

4. Interfaces teóricas no discurso profissional na área da surdez: práticas híbridas entre a saúde e a educação

“podemos perceber o contexto de forma *micro* - captando mais especificamente as informações de natureza sócio-interacional que informam uma conversa, ou de forma *macro* - refletindo sobre a visão sócio-histórica e institucional que ancora o discurso. Enquanto participantes em qualquer encontro face a face, nos utilizamos, a todo o momento, de pistas de contextualização (Gumperz, 1998) que nos remetem tanto para informações contextuais a nível micro (sócio-interacional, pessoal) como a nível macro (histórico, institucional).” (Ribeiro e Pereira, 2002:51)

Para fins de ancorar teoricamente a pesquisa de ordem interdisciplinar, com foco no discurso profissional na área da saúde no contexto da surdez, detalho, a seguir, construtos teóricos sobre a Linguística das Profissões e práticas profissionais híbridas, situadas entre a saúde e a educação.

No item 4.1, situo a pesquisa em uma abordagem institucional e interacional do discurso na Linguística Aplicada (Sarangi, 2006), para cooperação/colaboração na educação e promoção do desenvolvimento de crianças surdas. O estudo se insere no paradigma da Linguística Aplicada das Profissões (Sarangi, 2001, 2005, 2006, 2011 e 2012; Sarangi & Roberts, 1999), um interesse emergente do campo da Linguística Aplicada (LA) (Sarangi, 2006), visto que conduzo um estudo discursivo em meu local de trabalho, colocando em questão minhas práticas profissionais (Sarangi e Roberts, 1999).

Em seguida, no item 4.2, trato de Práticas Profissionais em saúde e surdez, discuto as práticas profissionais em saúde e surdez e faço reflexões na perspectiva da saúde coletiva no trabalho em saúde. Em 4.3. A mediação enquanto prática profissional no Grupo de pais, trato da mediação enquanto prática na teoria antropológica, além de situar a visão educacional que permeia meu posicionamento na pesquisa.

Ressaltamos que, para nós, todos estes aspectos apresentam uma interface com o discurso profissional na área da surdez e também com as práticas fonoaudiológicas desempenhadas junto às crianças surdas e junto a seus familiares. Desse modo, todo esse arcabouço teórico favorece a compreensão da proposta teórico-metodológica e analítica da pesquisa, na perspectiva interdisciplinar que aqui propomos.

4.1 A Linguística Aplicada das profissões

“Assim como quaisquer participantes do discurso, os pesquisadores também falam de algum lugar ou de uma perspectiva, que constrói seu objeto e gera os dados relevantes de um modo específico, constituindo uma possibilidade de compreender a questão estudada. (...) Teorias são construtos sociais, como outros quaisquer, que servem ao propósito de pesquisadores e revelam suas visões de mundo, ideologias e desejos, e, portanto, o que eles querem fazer com tais teorias no mundo social.” (Moita lopes, 2009:12)

A Linguística Aplicada das profissões (Sarangi, 2001, 2005, 2006, 2011 e 2012; Sarangi & Roberts, 1999) ilumina as práticas profissionais que serão analisadas neste estudo em relação a práticas profissionais híbridas na surdez e ao papel da mediação nos encontros da área da saúde. Estamos nos alinhando com Moita Lopes, quando o autor defende que a Linguística Aplicada

“é indisciplinar tanto no sentido mais óbvio de que é antidisciplinar quanto no sentido mais complexo de almejar atravessar /violar fronteiras ou de tentar “pensar nos limites” ou “para além dos limites” que se apresentam nas tradições epistemológicas desta área” (2009:34)

O autor se preocupa em avançar na produção de conhecimento ao fazer pesquisa e fazer política conjuntamente. Assim, discute a necessidade de, ao planejar a pesquisa, lidar com a “possibilidade de reinvenção social ou de anunciar futuros alternativos para as nossas vidas.” (p.34). Propomos, neste estudo, nos ocupar desse tipo de pesquisa.

De acordo com Sarangi & Roberts (1999:15), o discurso profissional é o que os profissionais rotineiramente fazem para realizar suas funções e assumir suas responsabilidades. Assim, o discurso profissional seria uma forma de prática profissional regulada por regras estabelecidas pelas instituições. No entanto, somos “trabalhadores do discurso” em nossas profissões.

“Os participantes que transformamos em nossos sujeitos de pesquisa (médicos, enfermeiros, terapeutas) são eles mesmos trabalhadores do discurso. Eles estão utilizando a linguagem para elicitare e narrar sintomas, transmitir diagnósticos, chegar a decisões de tratamento etc.” (Sarangi, 2001:1¹)

O discurso institucional relaciona-se ao profissional, mas dele se distingue em função das especificidades de cada profissão, e pode ser caracterizado como o conjunto de práticas consideradas racionais e legítimas, que são autoritariamente

¹ Traduções minhas ao longo do texto.

apoiadas por uma série de regras e regulações que governam as instituições (Pereira e Pereira, 2005:24).

Os discursos profissional e institucional estão inter-relacionados na ordem da interação, havendo restrições interacionais impostas pelo contexto institucional. Em relação a essas restrições, Pereira e Pereira (2005:24) chamam nossa atenção para o fato de que nem sempre o discurso institucional se distingue tanto da fala espontânea. Seria o caso da fala-em-interação instaurada como recurso discursivo em interações institucionais como as entrevistas psiquiátricas, por exemplo. Em grande medida, esse seria também modo interacional vigente em boa parte da interação em grupos de familiares mediados por profissionais. Excetuam-se aqueles momentos de orientação explícita ou de fornecimento de informações especializadas. Podemos considerar, a partir de Pereira e Pereira (2005:24), que o aconselhamento e a recomendação podem ser incluídos nos discursos profissionais, em especial, na área da surdez (Holzheim et al, 1997:431; Hintermair, 2006; Souza e Wieselberg, 2005; ap. Lanzetta, 2008; AHSa, 2008; Schmeltz, 2012:2).

Sarangi & Roberts (1999:62) mostram que há modos híbridos de fala envolvendo diferentes modalidades de socialização em comunidades de prática e diferentes facetas da identidade. O hibridismo discursivo aponta para a complexidade das práticas de trabalho. O modo de fala contendo experiência pessoal (anedotas ou relatos de experiência pessoal) pode ser utilizado pelos profissionais de saúde como recurso para atingir objetivos discursivos junto ao usuário².

Os autores afirmam, portanto, que, nas interações, é possível identificar um comportamento discursivo híbrido do profissional de saúde em que o modo profissional, institucional e da experiência se alternam de acordo com os propósitos discursivos que coexistem na prática profissional.

Sarangi (2005) destaca a importância de estudar a comunicação nos locais

² O termo “cliente”, originalmente utilizado por Sarangi em seus estudos, foi aqui substituído pelo termo “usuário”. Essa escolha lexical se dá em função de o termo “usuário” ser utilizado nas publicações do Ministério da Saúde e em documentos oficiais, para se referir a usuários de serviços públicos. De acordo com o Glossário da Rede Humaniza SUS, cliente seria um comprador de bens ou serviços, incluindo confiar sua saúde a um trabalhador da saúde, através do contrato terapêutico efetuado, implicando poder de decisão e equilíbrio de direitos. Por outro lado, usuário seria aquele que usa, podendo deste modo envolver o cliente e o familiar do cliente, o trabalhador da instituição e até mesmo o gestor do sistema. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28393&janela=1

de trabalho e propõe um método para analisar as atividades de trabalho. O autor comenta que as práticas comunicativas socialmente embutidas nas atividades de trabalho devem ser entendidas a partir da perspectiva da comunidade de prática. Ou seja, os membros da comunidade de prática terão vantagens ao refletirem sobre o objeto de pesquisa a partir da perspectiva êmica, a partir da experiência que têm de participação nas práticas comunicativas estudadas.

A perspectiva êmica é importante, porque o pesquisador não tem acesso direto a todo o conhecimento que os membros da comunidade de prática utilizam para interpretar as interações.

“A perspectiva êmica privilegia o ponto de vista dos membros da comunidade sob estudo e assim tenta descrever como os membros da comunidade atribuem sentido a um certo ato ou à diferença entre dois atos diversos” (Duranti, 1997:172).

De fato, além do conhecimento que pode ser dividido com o pesquisador, há um conhecimento tácito que subjaz à performance comunicativa que nem mesmo os próprios participantes acessam facilmente (Sarangi, 2005:161,162).

A forma como a mediadora, fonoaudióloga que participa do contexto do Ambulatório, compreende e interpreta as narrativas das mães sobre suas vivências cotidianas junto aos filhos, no grupo de pais, é informada por essa perspectiva êmica.

“noções interacionais como footing, enquadre, e inferência não são tão simples de identificar e interpretar num determinado cenário de trabalho sem o benefício das contribuições das pessoas envolvidas neste mesmo cenário” (Sarangi, 2002 apud Sarangi, 2005).

Sobre o conhecimento dos profissionais de saúde, Sarangi (2005) esclarece que a especialização no ambiente de cuidado em saúde envolve vários tipos de conhecimento. O conhecimento científico é classificado pelo autor como a dimensão do “o que”; já o conhecimento processual é classificado como a dimensão do “como”. Sarangi (2005) retoma Freidson (1970)³, que discorre sobre a combinação dos conhecimentos técnico-científico e clínico-experiencial dos profissionais de saúde, e afirma que esses sistemas de conhecimento são interativos, cumulativos e sistemáticos. Desse modo, tais conhecimentos

³ Freidson, E. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, Dodd, Mead and Company.

interferem nos sistemas de interação entre os especialistas.

Sarangi (2001:3) já comentava essa relação entre conhecimento e prática profissionais e destacou que a aplicação do conhecimento científico deve ser mediada pela experiência clínica. O profissional da saúde seria um praticante mais voltado para a ação, para a *performance* prática, para o procedimento⁴. Porém, apenas parte do conhecimento especializado (científico e clínico) seria facilmente perceptível na ordem da interação (coletar dados de anamnese, tecer raciocínio diagnóstico, oferecer explicações, usar provas), de modo que outra parte do conhecimento não seria explícita. A parte tácita (Sarangi, 2005) do conhecimento estaria oculta e subentendida nas ações dos profissionais.

Nessa perspectiva, a análise da interação aciona um significado especial coconstruído entre os participantes (Schiffrin, 2000), em um modelo de comunicação interacional, para compreender as relações que se estabelecem na fala-em-interação entre os profissionais e os usuários de saúde, em processo de negociação. Sabemos que os participantes exibem e interpretam informações situadas (Schiffrin, 2000:405), fazendo sentido e interpretando as experiências de acordo com seus conhecimentos, que podem ser partilhados ou não. Se diferentes conhecimentos geram diferentes interpretações na interação (p.401), o papel da mediadora é o de tornar acessíveis seus conhecimentos profissionais. Porém, a intersubjetividade e a produção de sentidos são complexas nesse encontro, pois não há partilhamento de significados; o “leigo” depende do conhecimento do profissional para resolver os problemas que o fizeram procurar o serviço de saúde.

Sarangi (2005:163) contrasta o conhecimento do especialista, que domina em profundidade um campo de conhecimento, com o do “leigo”, que seria um conhecimento bastante típico, ou seja, inespecífico em relação às suas necessidades de saúde. O conhecimento é coconstruído sem que haja conhecimentos prévios partilhados. Em relação ao conhecimento do usuário de saúde, é interessante lembrar que o conhecimento do “leigo” deriva da experiência vivenciada por ele. Como mostra Bondía (2002), o saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana.

⁴ Acreditamos que nesse momento Sarangi (2001) não se refere a procedimentos enquanto tecnologia leve-dura (ver pág 17), mas sim, de forma ampla, a quaisquer procedimentos práticos utilizados na área da saúde.

“aprendizagem no e pelo padecer, no e por aquilo que nos acontece. Este é o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece.” (Bondía, 2002:27)

Em relação aos papéis dos participantes, como ressalta Sarangi (2006), profissionais de saúde são agentes disseminadores de conhecimento, além de selecionarem e aplicarem conhecimentos. Os linguistas aplicados, por sua vez, podem atuar como mediadores, educadores, colaboradores e copesquisadores.

Moita Lopes (2009), comentando sobre a parceria entre professor e linguista, que podemos transportar para o contexto da saúde ao abordar a parceria entre profissional de saúde e linguista, chama atenção para o aspecto político da pesquisa aplicada. Ainda, o autor ressalta que o pesquisador está intrinsecamente envolvido no conhecimento que produz (p.37).

“Fazer pesquisa no contexto aplicado, principalmente, precisa ser re-teorizado como fazer política, já que as teorias nos dão os limites do que podemos ver e constroem as verdades com as quais operamos como pesquisadores e para além do mundo da pesquisa” (Moita Lopes, 2009:36)

Para Sarangi (2006), a centralidade da interação no contexto de saúde explica a proliferação de treinamentos de habilidades comunicativas em currículos da área da saúde, principalmente para lidar com áreas delicadas para o usuário como fornecer más notícias e compartilhar a tomada de decisões (Sarangi, 2005:164). A preocupação com as habilidades interacionais envolveria, também, incertezas associadas ao diagnóstico e ao prognóstico (Sarangi, 2006). Ressaltamos que, no caso da surdez, o prognóstico se relaciona diretamente ao ambiente familiar da criança.

A busca por treinamentos indicaria certa percepção por parte dos profissionais da falta de recursos para gerenciar a interação, apesar de sua proficiência nos conhecimentos clínico e científico (Sarangi, 2005). O autor se refere a esse movimento como a “virada comunicativa no cenário da saúde”, que seria esse reconhecimento recente⁵, por parte da área da saúde, do fato de os profissionais falharem na dimensão comunicativa, não se sabe exatamente a razão (Sarangi, 2006:10).

⁵ Tomorrow's Doctors, GMC, 2002. Publicação da área da saúde relacionada ao tema.

“É sobrecarga de informação? É falta de informação adequada? É conluio entre médicos e pacientes no que diz respeito a não dizer a "verdade" dura? É o uso excessivo de jargão profissional? Ou é simplesmente uma questão de os profissionais não ouvirem o paciente?” (Sarangi, 2006:210).

Sarangi (2006) destaca que a resposta a essa crise foi uma mudança na direção de um cenário de cuidados de saúde centrado no paciente. Através de suas observações, Sarangi (2006) explicita a relação entre a agenda da Saúde e a das ciências sociais com a agenda da linguística, no âmbito da interação.

A interação seria, então, mais uma dimensão de conhecimentos especializados, além das dimensões científica e clínica (Sarangi, 2005). Os profissionais de saúde teriam conhecimento explícito e tácito em suas especialidades profissionais específicas e precisariam prestar atenção detalhada ao processo de interação com os usuários, que apresentam conhecimentos de outra natureza. Como aponta Schiffrin (2000:405), se os participantes têm diferentes conhecimentos eles irão interpretar as informações situadas de forma diferente.

O conhecimento interacional seria então coconstruído, em um modelo de comunicação interacional (Schiffrin, 2000; Pereira, 2013), através do qual o profissional modificaria seus conhecimentos de especialista na interação no ambiente de trabalho em relação aos conhecimentos trazidos pelo usuário. A inclusão da dimensão interacional nos estudos da profissão inaugura uma nova discussão, a respeito do papel social exercido pelo especialista em sua *performance* profissional e sobre o hibridismo de suas práticas e atividades (Sarangi, 2011).

Sarangi (2011) diferencia a noção de múltiplos papéis sociais, que diz respeito ao fato de cada pessoa acumular diversos status sociais nas diferentes instituições em que circula (i.e. papéis sociais que desempenho: fonoaudióloga, mãe, professora) da noção de *role-set* (conjunto de papeis), que se relaciona ao acúmulo de funções e atividades de cada papel social (i.e. professora que ensina, avalia, orienta).

Cada status então pode estar associado a um conjunto de papeis, e os papéis são dinâmicos (aspecto dinâmico do status), se atualizando ao longo da interação, havendo vários papéis possíveis para uma pessoa que participa de uma atividade. Cada papel envolve diversos direitos e deveres, e consiste em uma abstração com referências empíricas a grupos e profissões, ligando a pessoa, seus pensamentos e

ações, ao status estruturado em relações sociais (Sarangi, 2011).

Porém, nem sempre o papel corresponde às expectativas criadas pelos participantes. Os profissionais articulam incontáveis papéis e devem garantir regularidade no trabalho, sem que as tensões e conflitos causados por expectativas relacionadas à conduta apropriada em cada momento o prejudiquem (Sarangi, 2011). Essas expectativas se relacionam, na área da saúde, com os papéis comumente atribuídos aos profissionais dessa área pelos usuários. Nem sempre os usuários estão acostumados a participar de atividades de conscientização ou a serem incentivados a ser agentes do desenvolvimento de seus filhos. Ainda, frequentemente enxergam o trabalho com as crianças em atendimento como tarefa exclusiva dos profissionais de saúde e educação, desconhecendo seu papel importante no processo.

O hibridismo é mediado pelos papéis exercidos pelos participantes, em relação a contextos específicos (p.272). De acordo com Sarangi (2011), o papel social se refere à relação social mantida entre os participantes de um encontro, sendo construído a partir dessa relação. Já o papel discursivo se refere a relação entre os participantes e a mensagem. Ainda, há os papéis da atividade, com objetivos definidos, que conferem uma natureza situada aos papéis.

Tipos de atividade envolvem restrições relacionadas aos participantes e formulam modos de caracterizar cenários (i.e. consulta fonoaudiológica, grupo de aconselhamento de familiares de surdos) (Levinson, 1979; Sarangi, 2000). Tipos discursivos estariam associados aos tipos de atividade, constituindo modos de caracterizar formas de fala (i.e. anamnese). O hibridismo interacional seria a manifestação de complexos tipos discursivos inseridos em certos tipos de atividades (Sarangi, 2011).

Turnos mais longos, alocados espontaneamente, com uso de vocabulário técnico ou jargões que demonstram autoridade, são utilizados muitas vezes por profissionais em encontros com usuários dos serviços de saúde. Já turnos mais curtos, alocados apenas quando solicitados, entrecortados por pedidos de clarificação ou informação, são característicos da fala dos usuários, que têm *role-status* mais periféricos como participantes.

Nessa tese, porém, quando propomos um grupo focal no qual os familiares participam mais ativamente, com suas necessidades sendo colocadas no centro da interação, produzimos um encontro distinto entre profissional e usuário, com

papeis discursivos modificados.

A divisão profissional do trabalho implica um hibridismo de papéis, nem sempre conflituosos, muitas vezes complementares, relacionado a tipos de atividades e tipos discursivos diversos (Sarangi, 2011). Em nosso caso, a atividade analisada é a participação dos familiares e da mediadora em um grupo focal. Os papeis discursivos de narrador, recipiente, mediadora, etc são intercambiáveis entre os participantes. Já os papeis sociais em jogo são de usuárias do serviço de saúde (mães de surdos) e profissional de saúde (fonoaudióloga).

No caso dos profissionais de saúde, Sarangi (2011) cita um encontro de aconselhamento no qual o médico acumula os papéis de informar sobre um exame e aconselhar o paciente sobre a decisão a tomar, sendo bastante direto em seus conselhos. É interessante notar que o médico fornece muitas informações, consideradas relevantes mesmo sem ter sido solicitadas pelo usuário, que se limita a dar sinais de *feedback* com respostas mínimas, assumindo posição passiva na interação.

Em um texto mais recente, Sarangi (2012) defende que a LA pode estender o escopo de seus estudos para o discurso profissional, comentando que há pouca aplicação de descobertas a partir de atividades discursivas nesse campo. O autor aborda as relações possíveis entre pesquisador e profissional, defendendo uma pesquisa colaborativa em contextos profissionais, na qual o pesquisador e o profissional devem se envolver na reflexividade sobre o trabalho que desejam transformar (Sarangi, 2012:3). Nesse caso, o pesquisador, no âmbito da LA faria o papel de mediador entre os conhecimentos da linguística e o contexto de aplicação/uso desses conhecimentos ou poderia seria um colaborador, trabalhando conjuntamente com profissionais, praticantes em cenários da vida real (p.8).

Os especialistas seriam praticantes e poderiam disseminar e produzir conhecimento através do próprio processo de trabalho (p.5). Os conhecimentos dos especialistas iriam além dos conhecimentos contidos nos livros, sendo complementados pelos conhecimentos advindos da experiência. Em nosso caso, poderíamos citar o conhecimento tecnológico, de como operar equipamentos e dar sentido a resultados de exames audiológicos; e o conhecimento sistêmico de como funcionam as instituições e as leis do Sistema Único de Saúde (SUS), para ser eficaz na produção do cuidado para um surdo.

Sarangi (2012) ressalta, porém, que todos os tipos de conhecimento do

profissional precisam ser manifestados no conhecimento comunicativo ou na experiência funcional (p.5), ou seja, na prática, no uso do conhecimento. Ele retoma a questão do conhecimento tácito e destaca que a fala não revela todo o conhecimento do especialista, desse modo, há sempre uma assimetria entre o conhecimento e o uso do conhecimento, grande parte do conhecimento profissional não fica explícito, mas tácito.

Isso ocorre quando questões não são explicadas para o usuário, e quando as motivações do profissional não são reveladas. O mais interessante para este trabalho, porém, é quando Sarangi chama atenção para o fato de também não ser possível acessar o mundo da vida do usuário no nível da interação, devido a seu comportamento responsivo (Sarangi, 2012:6). Entendemos que essa dificuldade pode ser reduzida quando se oferece espaço para o mundo da vida do usuário, através das narrativas de experiência pessoal.

“A fronteira entre [conhecimento] 'puro' e 'aplicado' é quebrada quando nós fixamos o olhar na prática profissional. A prática profissional é constituída pelos conhecimentos 'saber isso' (baseado em conteúdos) e “saber-como” (baseado no processo), ambos os quais podem não estar manifestos explicitamente no nível comunicativo.”

Sarangi (2005:162,164) destaca que a compreensão da dimensão da interação pelo pesquisador pode ser aprimorada pela participação densa no contexto estudado e pela análise de atividades completas no ambiente de trabalho, evitando a descontextualização e a hipergeneralização. A participação do profissional de saúde na análise seria primordial, visto que o conhecimento necessário para a análise vai além do que é dito. Uma dimensão de conhecimento profissional estaria escondida na prática, na ação (Sarangi, 2012:6).

“se nosso trabalho pretende ser relevante no aspecto prático, precisamos alinhar nossa interpretação com o 'conhecimento em ação dos praticantes profissionais', que nem sempre é linguisticamente manifestado. Conduzir pesquisa colaborativa envolve dificuldades se nós não engajamos os praticantes profissionais na interpretação dos dados” (Sarangi: 2001:8)

No que tange às relações entre pesquisador e pesquisado (Sarangi, 2006), eu me posiciono como uma pesquisadora privilegiada, por estar investigando meu próprio ambiente de trabalho, minha própria atividade, minha própria prática de trabalho, meu próprio discurso profissional e, também, por estar atuando na qualidade de agente de mudança (ao menos no plano das intenções). Como ressalta Moita Lopes (2009), o pesquisador deve intervir visando fomentar

alternativas para a vida social.

“A abordagem de pesquisa não é mais uma etnografia descritiva do tipo de segurar o espelho para a natureza com o fim de instrumentalizar projetos identitários alternativos indiretamente. Envolve uma etnografia-colaborativa entre professor e pesquisador” (Moita Lopes, 2009:46).

Deste modo, o único posicionamento possível em relação à dicotomia entre consultoria e consulta (Sarangi, 2006) seria o segundo, ou seja, realizar uma exploração em colaboração com a prática profissional, em que o linguista aplicado, enquanto analista de discurso, participa para problematizar o que constitui o objeto e objetivo da pesquisa, embora dependa fortemente das ideias do profissional para fazer sentido do fenômeno em estudo.

Se, por um lado, o profissional pode ter dificuldades em perceber a centralidade da interação em sua prática profissional cotidiana, uma intervenção colaborativa do pesquisador da LA pode promover uma percepção conjunta da centralidade da linguagem em sua atuação (Sarangi, 2012:7).

Por outro lado, *outsiders* podem, por exemplo, interpretar uma sessão de psicoterapia como uma conversa comum, ou interpretar brincadeiras e conversas com crianças em fonoterapia como brincadeiras e conversas comuns. Sarangi (2012) chama atenção para essa possibilidade de má interpretação que os analistas podem vivenciar. O autor chama esse tipo de ambivalência interpretativa de 'paradoxo do analista' e defende que os *insights* do profissional enriquecem os comentários avaliativos do linguista. Perguntar aos profissionais o que eles acham que está acontecendo em uma interação na qual eles estão/estiveram envolvidos seria necessário para compreender a atividade (Sarangi, 2012:10).

Essa visão profissional, êmica ou de *insider*, seria composta de práticas de categorização, próprias da profissão. Tais práticas de categorização seriam as seguintes: codificação do que é observável; destaque de características significativas (figura-fundo); representação subjetiva dos entendimentos, o que não constitui um processo neutro nem objetivo; recontextualização para ajustar características percebidas a modelos de explicação da profissão (Goodwin, 1994⁶, apud Sarangi, 2012:10-11). Desse modo, as categorias emergentes nos dados serão influenciadas pela categorização prévia do profissional, que dificulta a

⁶ Goodwin, C. (1994) Professional vision. *American Anthropologist* 96 (3): 606-633.

percepção de perspectivas alternativas, o que pode ser minimizado pela colaboração do profissional com o pesquisador de LA. O trabalho conjunto, porém, pode gerar tensões, como quando o pesquisador de LA propõe categorias de análise que não são legitimadas pelo profissional (Sarangi, 2012:11).

Um exemplo dessas tensões, descrito pelo autor, foi de um 'enquadre terapêutico', proposto pelo analista no contexto de aconselhamento genético e refutado pelo profissional. De acordo com Sarangi (2012), o profissional não se via fazendo terapia, mas sim cumprindo seu dever de preparar o usuário para possíveis resultados desfavoráveis. O analista decidiu adotar a categoria 'enquadre reflexivo', que não contrariava a identidade do profissional e permitiu uma mudança no foco do analista, com um ajuste das categorias de análise negociado conjuntamente entre profissional e analista. O desafio desse tipo de colaboração seria utilizar categorias de análise que ajudassem os profissionais a entender suas práticas e revelar padrões interacionais, objetivando um progresso em suas habilidades comunicativas. Portanto, o analista deve ter cuidado para não fazer inferências prematuras, buscando fazer sentido nas descobertas em relação ao contexto situacional e às especificidades do usuário em questão (p.12-13).

Assim, para Sarangi (2001) o pesquisador de LA pode contribuir para a compreensão do trabalho discursivo empreendido por profissionais da saúde e favorecer mudanças em suas práticas, resolvendo dilemas profissionais ao fornecer entendimentos alcançados através de pesquisas colaborativas. Porém, descobertas a partir de atividades discursivas e sua adoção por profissionais ainda permanecem pouco explorados. Muitos pesquisadores estão interessados em como a linguagem media as atividades profissionais, mas não se engajam em compreender “o que constitui o conhecimento e a prática profissionais além da *performance* de linguagem” (Sarangi, 2001:4), ao prover *insights* sobre o conhecimento da prática terapêutica (p.9). Ou seja, é necessário aliar aquilo que é dito na interação ao que é entendido pelo profissional em uma atitude reflexiva.

Nesse sentido, a posição híbrida que ocupo, de pesquisadora e profissional, favorece a realização desta pesquisa, visto que, pesquisando meu próprio contexto profissional, já tenho acesso a conhecimentos e a experiências de trabalho do campo, já passei pelo processo de socialização nos modos de pensar e atuar típicos da profissão, e posso utilizar meus próprios *insights* enquanto praticante para enriquecer a prática analítica interpretativa (Sarangi, 2006); desse modo, sou

profissional-pesquisadora em meu próprio contexto profissional, com postura engajada e política (Moita Lopes, 2009:194). Por outro lado, ao sobrepor os papéis de pesquisadora da Linguística Aplicada e profissional da saúde atuante na pesquisa, não poderei me beneficiar das contribuições da problematização conjunta que leva à interpretação dos problemas interacionais (Sarangi, 2006). Certamente o olhar dos meus leitores funciona como um suporte a mais em minha reflexão, contribuindo como em todo o processo de análise e interpretação de dados.

Uma vantagem importante da minha condição híbrida de profissional e pesquisadora é a possibilidade de, efetivamente, alcançar uma descrição densa da prática profissional, o que só é possível mediante uma participação igualmente densa (Geertz, 1973⁷ apud Sarangi, 2006), que envolva imersão prolongada no contexto da pesquisa (envolvimento etnográfico), continuidade de envolvimento e manutenção das relações com os participantes ao longo do tempo, bem como *feedback* e facilitação das condições que potencializem a absorção das descobertas da análise (Roberts and Sarangi 2003 e Sarangi, 2006). Além disso, meus conhecimentos enquanto “*insider*” poderão proporcionar outra dimensão analítica ao estudo, reduzindo os *gaps* de compreensão de como se dá a interação no encontro profissional-usuário.

A proposta de análise de atividades profissionais de Sarangi (2005:165) envolve os seguintes aspectos: mapeamento temático e interacional dos encontros; flexibilidade comunicativa em relação aos tipos de atividade e de discurso; integração de recursos retóricos e discursivos; noções de enquadre, footing e trabalho de face de Goffman; noções de pistas de contextualização e inferência conversacional de Gumperz; alinhamento; relações de papel discursivo e social; participação e descrição densas. O método leva em consideração a interação social no nível micro e a transformação da sociedade em nível macro.

Com esse tipo de análise, o autor consegue acessar aspectos da interação como mudanças de tópico entre o domínio profissional e do mundo da vida do usuário, envolvendo uma janela temporal que engloba passado, presente e futuro. Da mesma forma, o autor constrói mapas temáticos e interacionais que permitem identificar trajetórias interacionais produtivas ou não produtivas (Sarangi,

⁷ Geertz, C. (1973). The interpretations of cultures. New York: Basic Books. (pp. 3-30).

2005:165).

Ainda, a análise de atividades revela aspectos da interação que conferem envolvimento, como fazer perguntas e oferecer escuta, ou aspectos da interação focada na especialidade, lançando mão de explicações e informações. As possibilidades de participação interacional do usuário, como fazer perguntas e introduzir tópicos de preocupação, também podem ser analisadas através dessa proposta (Sarangi, 2005:165). Em relação a essas configurações interacionais, é interessante retomar Bondía (2002), que nos mostra como a informação não necessariamente cria sentidos ou gera experiência. O autor afirma que:

“experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca [...] A informação não é experiência. E mais, a informação não deixa lugar para a experiência, ela é quase o contrário da experiência, quase uma anti-experiência” (Bondía, 2002:21)

Sobre aconselhar apenas provendo informação, Schmeltz (2012) nos relembra que existe informação em abundância na rede mundial de computadores e em outras fontes. Como audiologista, ele reconhece que seu papel mudou de um provedor de informação para um profissional que ajuda o familiar a filtrar e compreender informações através do aconselhamento. Porém, grande parte das interações no contexto da saúde é entendida como oferta de informações por parte do profissional (Sarangi, 2005:167).

Por outro lado, ao focar o mundo cotidiano, a presença de narrativas se viabiliza, não apenas na voz do profissional enquanto estratégia discursiva para atingir objetivos terapêuticos, mas também na voz do usuário, seja para apresentar sintomas, dúvidas ou questionamentos. Assim, a experiência ocupa lugar na interação, possibilitando a criação de sentido para o que acontece no mundo vivido, embora sempre enquanto construção do participante.

Além disso, Ainsworth-Vaughn (2001⁸ apud Pereira e Pereira, 2005) afirmam que a estrutura de conversa é fundamental nos encontros entre profissional e usuário, que se sentiria mais confortável em encontros mais espontâneos. Por outro lado, Pereira e Pereira (2005) afirmam que o fato dos profissionais por vezes evitarem o estilo conversacional mais espontâneo proposto

⁸ AINSWORTH-VAUGHN, Nancy (2001) The Discourse of Medical Encounters. In: The Handbook of Discourse Analysis. Schiffrin., D., Tannen, D. & Hamilton, H. E. (eds.). Blackwell Publishers.

pelo usuário pode gerar problemas interacionais. Arminen (2005) discute que a fala espontânea seria também institucional no discurso profissional, não sendo, portanto, o que estabeleceria as distinções entre a conversa espontânea e a institucional.

Na pesquisa aplicada, a influência da pesquisa na vida dos pesquisados é vista com fundamental importância (Sarangi, 2006). Isso ocorre, pois a LA é entendida como uma ação investigativa baseada em questões sobre aspectos da vida social mediados pela comunicação, ou como criação de inteligibilidades (Moita Lopes, 2006:20). Aqui, os participantes são familiares de surdos e profissionais que abrem suas práticas comunicativas para a análise discursiva da pesquisa, em busca de resultados em suas vidas, aderindo à minha proposta enquanto profissional e pesquisadora.

Sarangi (2006) destaca que alguns contextos profissionais são mais centrados na linguagem do que outros (e.g., área médica vs. arquitetura) e as práticas de algumas especialidades podem requerer utilizar a linguagem em diferentes graus (e.g., psicoterapia vs neurocirurgia). No caso da fonoaudiologia, a centralidade da linguagem fica evidente, pois, ao considerar questões relativas à comunicação humana, a linguagem tem papel central em nossas práticas profissionais, ocupando lugar muitas vezes obrigatório tanto de objeto de pesquisa como de recurso de trabalho, na prática profissional. É através da linguagem que podemos atuar nas demandas de cuidado referentes à linguagem, pois é através da interação dialógica que procuramos promover o desenvolvimento linguístico e discursivo das crianças surdas.

No contexto da surdez, acrescento a essa demanda por uma comunicação efetiva a necessidade de tomar decisões relacionadas a escolhas terapêuticas e educacionais, a importância da agência da família em participar das decisões relacionadas ao desenvolvimento da criança. Em coconstrução com a mediadora e a família, o caminho em relação à terapia e à escolarização da criança surda é traçado; a necessidade da participação familiar na terapia é destacada, seja em relação ao aprendizado da Libras, à realização de treinamento auditivo para desenvolver habilidades auditivas, à descoberta de meios de interação diferenciados junto à criança. Nesse sentido, é ainda mais importante considerarmos as consequências potenciais para a interação das diferenças de conhecimentos entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

4.2 Práticas profissionais em Saúde e Surdez

“É nesse espaço – do trabalho vivo em ato – que os trabalhadores reinventam, dia a dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde (...) que ocorre a relação intersubjetiva entre trabalhador e usuário, que se constrói e se reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneiras que produzam sentido pelo menos para o trabalhador.” (Merhy e Feuerwerker, no prelo, p.7).

Embora o campo da saúde tenha uma tradição de medicalização e verticalização (Merhy et. al., 2010), permeada por ações disciplinadoras e controladoras por parte dos profissionais de saúde, o que caracteriza muitos dos trabalhos no campo da surdez (Skliar, 2005), a saúde coletiva inaugura a possibilidade de construir sentidos com o outro, o usuário dos serviços de saúde.

A saúde coletiva procura, assim, afastar-se de uma atenção à saúde com generalizações, além de condutas verticalizadas e unidirecionais por parte dos profissionais, que retiram do usuário dos serviços sua subjetividade e singularidade, produzindo um modelo de atenção em saúde pautado em prescrições e normatizações.

“Esse modo de produzir o encontro, de se posicionar para o encontro, anulando o “saber-se” (saber sobre essa doença nele, saber sobre si mesmo, sobre suas questões, seus desejos, seus medos, sobre seus limites e possibilidades), diminui significativamente a possibilidade de o outro, que procura o cuidado, usufruir dos benefícios que o meu saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer.” (Merhy, et. al., 2010:8).

O afastamento se deve, portanto, à percepção de uma relação empobrecida frequente no campo da saúde, em que a ausência de possibilidade de o outro agenciar e protagonizar o cuidado com si mesmo e com escolhas da sua vida leva a dificuldades de adesão a tratamentos e de responsabilização pela própria saúde (Merhy et al. 2010:8).

Há certa percepção da necessidade de transformação das práticas profissionais na saúde, visando “o acolhimento concreto dos usuários em ações e serviços de saúde, segundo suas necessidades, sempre que busquem essas ações e serviços” (Ceccim, Bravin e Santos, s/d p.160). Machado et al. (2006 apud Martineli, 2008), também indicam que é preciso repensar novas formas de assistência na integralidade do cuidado à saúde, através do estabelecimento de

novas relações entre trabalhadores⁹ e usuários, centradas em suas necessidades, evitando-se assim a fragmentação da assistência.

Merhy et. al. (2010) nos mostram que essa postura nos serviços de saúde leva ao reconhecimento da importância do encontro (e da escuta que o constitui) entre quem cuida e quem demanda o cuidado. Ainda, leva ao reconhecimento de que o encontro que produz cuidado permite desestabilizar certezas sobre o outro e sobre acontecimentos e exige “recolher movimentos ainda não observados, a-significantes, gestos indiciários, falas ainda inaudíveis, atos ainda não perceptíveis” (Deleuze e Guatarri, 1995 apud Merhy et. al., 2010).

“Essa posição possibilita a construção de ofertas antes não pensadas, novas leituras do processo de produção mútua do cuidado entre o cuidador e aquele que demanda o cuidado.” (Merhy, Feuerwerker e Cerqueira, 2010¹⁰)

Nessa perspectiva, considera-se que as ações cuidadoras são de domínio dos profissionais de saúde e também dos usuários dos serviços de saúde e de suas famílias. A tarefa de promover saúde passa a ser compartilhada, demandando e ao mesmo tempo favorecendo a comunicação dos trabalhadores de saúde com os usuários.

A concepção da saúde coletiva coloca o usuário numa posição ativa na produção de sua saúde e no encontro com os profissionais de saúde (Merhy et. al., 2010), indicando a necessidade de que o encontro faça sentido para o usuário e aproximando-se assim da concepção de Freire (v. seção seguinte) em relação à educação. As próprias necessidades de saúde passam a ser consideradas a posteriori e não mais a priori nessa concepção, tal como o universo temático é tratado na teoria de Freire. As necessidades sentidas pelos usuários passam a ser consideradas como legítimas e prioritárias e não mais aquelas consideradas importantes a priori pelos profissionais de saúde.

O cuidado, portanto, abrange práticas de saúde como o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, a atenção às necessidades de saúde, o compromisso, o atendimento a questões sociais, econômicas, e políticas, enfim, a integralidade da atenção à saúde (Merhy, 2002

⁹ Nesse contexto, a escolha pelo item lexical “trabalhador” ao invés de “profissional” busca englobar todos os tipos de funcionários no ambiente dos serviços de saúde, sejam eles profissionais de nível técnico ou superior, sejam eles trabalhadores administrativos ou auxiliares de serviços gerais, por exemplo.

¹⁰ Com base em Deleuze e Guatarri (1995) e Merhy (1997).

apud Martineli, 2008).

Tais práticas constituem o campo das tecnologias¹¹ leves, aqui entendidas como todos os conhecimentos e ações aplicados à produção de algo (Franco e Merhy, 1999 apud Rodrigues e Araújo, s/d). As tecnologias leves estão relacionadas aos modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização, ou seja, o trabalho vivo, a produção de serviços (Franco e Merhy, 1999 apud Rodrigues e Araújo, s/d).

Porém, outras tecnologias costumam ser hegemonicamente priorizadas na área da saúde. Em geral são mais valorizados nesse campo o conhecimento materializado em máquinas e instrumentos - tecnologias duras - e os saberes e práticas estruturados da área da saúde - tecnologias leve-duras (Franco e Merhy, 1999 apud Rodrigues e Araújo, s/d).

“O que confere vida em ato ao trabalho em saúde são as tecnologias leves, que permitem ao trabalhador ações sobre as realidades singulares de cada usuário em cada contexto, dando sentido para o uso das duras e leve-duras.” (Merhy e Feuerwerker, no prelo, p.7).

Considero ser possível e desejável buscarmos traçar alguns paralelos entre as dimensões das tecnologias dura, leve-dura e leve e as dimensões dos conhecimentos científico, clínico e interacional abordadas por Sarangi (2005). Ao menos, considero interessante procurarmos refletir sobre as similaridades e diferenças existentes entre essas duas perspectivas ao olhar para as relações entre profissional e usuário. O quadro comparativo a seguir resume brevemente as perspectivas.

Quadro I – Tecnologias e Conhecimentos

Tecnologias		Conhecimentos	
duras	equipamentos e medicamentos;	técnico-científico	o que
leve-duras	conhecimentos estruturados	clínico-experiencial	como
leves ou relacionais	acolhimento, integralidade da atenção à saúde, foco nas necessidades do usuário de saúde	interacional	modificações na interação em relação com o cenário e as circunstâncias do usuário

Fontes: Merhy e Feuerwerker (no prelo) e Sarangi (2005).

A tecnologia dura tangencia, de certo modo, o conhecimento científico (técnico-científico, ou dimensão do “o que”). Esse conhecimento se encontra,

¹¹ MERHY, E. E. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.

porém, materializado concretamente em forma de instrumental a ser utilizado (i.e. AASI). Por outro lado, se pensarmos no conhecimento a ser aplicado na forma de efetuar seu manejo (por exemplo, colocar e retirar o AASI da orelha da criança), relacionamos a tecnologia dura ao conhecimento processual.

Entendo que a tecnologia leve-dura possa se confundir tanto com a dimensão conhecimento técnico-científico, visto que envolve o conhecimento estruturado nas áreas da saúde (i.e. Compreender a fisiologia da audição), quanto com a dimensão do conhecimento clínico (clínico-experiencial ou processual, a dimensão do “como”), já que envolve a necessidade de aplicar procedimentos junto ao usuário (por exemplo, perceber reações da criança ao som).

Já o conhecimento interacional proposto por Sarangi (2005) pode ser considerado correlato à tecnologia leve. Acolher e compreender as necessidades do usuário envolve encontrar modos produtivos de interagir com ele, de forma a possibilitar o envolvimento do usuário com sua condição de saúde. A proposta terapêutica depende da relação entre profissional e usuário, que parte da coconstrução na interação de conhecimentos não partilhados previamente. Assim, o profissional deve estar aberto à escuta do usuário, atento às suas narrativas e buscando identificar suas necessidades.

A aplicação da tecnologia leve (ou conhecimento interacional) gera múltiplas consequências para o encontro, como centrar a interação na busca por envolvimento, ao fazer perguntas, escutar, produzir narrativas, ou focalizar a interação na especialidade, na diferença de saberes entre profissional e usuário, utilizando prioritariamente explicações e informações.

“Para a concretização de um ato de saúde, os trabalhadores se utilizam de valises tecnológicas, compostas por 3 modalidades tecnológicas: as duras, que correspondem aos equipamentos e medicamentos; as leve-duras, que correspondem aos conhecimentos estruturados como da clínica e da epidemiologia e as leves, que correspondem as tecnologias relacionais, que possibilitam ao trabalhador escutar, comunicar-se, compreender, estabelecer vínculos e cuidar dos usuários” (Merhy, 1997 apud (Merhy, Feuerwerker, no prelo, p.7).

Essa correspondência parcial entre as classificações propostas por Sarangi e por Merhy pode ser notada, porém, a correspondência é inexata, em parte pela própria característica da prática profissional, que, como mostra Sarangi, demanda conhecimentos (ou tecnologias) de diversas naturezas. Tais tecnologias (ou conhecimentos) são interativas, por isso existe essa diversidade de possibilidades

de recorte e classificação. Por outro lado, como esses conhecimentos (ou tecnologias) são cumulativos e se combinam de diferentes maneiras, originam sistemas de interação diversos entre os profissionais dependendo da situação interacional, do encontro profissional-usuário, da necessidade específica do usuário, das tecnologias (ou conhecimentos) do profissional.

“é no território das ações cuidadoras que a negociação pode acontecer. A partir das mútuas afetações. É esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental da clínica. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada afetivamente, interessadamente, pois aí é que se faz valer a autonomia dos usuários e que se torna possível fabricar o trabalho da equipe de saúde.” (Merhy et. al., 2010:12).

Os conhecimentos, partilhados ou não (Schiffrin, 1987), se associam e se atualizam na interação, construindo práticas distintas, com diferentes consequências para o encontro. Aqui sinalizamos para a importância da valorização da experiência, da percepção particular e sempre parcial dos acontecimentos, da subjetividade do usuário, do encontro não necessariamente intersubjetivo na relação profissional-usuário. Há sempre incompletudes e não se pode assumir que o processo de comunicação se dá de forma completa na relação entre os interlocutores (Pereira, 2002).

“No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de uma única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos” (Merhy et. al., 2010:12).

O fato de o profissional da saúde ser um praticante não deve minimizar a intensa relação entre conhecimento e prática profissionais. O uso do conhecimento científico é em grande parte mediado pela experiência clínica (Sarangi, 2001) e não deve prescindir do conhecimento interacional.

“Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) - portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível).” (Merhy et. al., 2010:12)

Seguindo essa perspectiva, o foco do encontro profissional-usuário deve

possibilitar a autonomia do usuário, o atendimento de suas necessidades, e não o procedimento oferecido a priori pelo serviço.

Podemos também agregar ao trabalho de análise de atividades profissionais propostas por Sarangi (2005), com outro olhar complementar. É o olhar do “insider”, que como já citado é viabilizado ao interpretarmos nossa própria prática profissional, como procuraremos fazer aqui. Observando interações entre profissional e usuário à luz das teorias de análise do discurso, podemos perceber padrões recorrentes e até reconhecer pistas de interações mais, ou menos, produtivas, favorecendo nossa interpretação e enriquecendo nossas práticas profissionais em prol do benefício do usuário. Assim, podemos, também, agregar a essa perspectiva de saúde a análise de atividades profissionais propostas por Sarangi (2005), atuando como pesquisadores de nossa prática e complementando nosso olhar de “insiders”.

Frequentemente, o cuidado na clínica fonoaudiológica envolvendo a surdez se mostra centrado na produção de atos e técnicas, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários e suas famílias, porém urge abordar a assistência de forma integrada.

Creio que devemos enquadrar a clínica fonoaudiológica com crianças surdas e suas famílias também como promoção de saúde. Para tal, para além de empregar técnicas de oralização e treinar para desenvolver habilidades auditivas junto às crianças surdas (tecnologias leve-duras) deveremos estar implicados, principalmente, em instrumentalizar as famílias (tecnologias leves) para estimular o desenvolvimento global de suas crianças.

Para Souza et al. (2011:144), promover saúde consiste em criar oportunidades para que a comunidade torne capaz de atuar na melhora da qualidade de vida e saúde, seja modificando ambientes ou construindo novas parcerias. No caso de familiares ouvintes de surdos, penso que dentre essas ações seria importante capacitar a família para tornar o ambiente doméstico mais favorável ao desenvolvimento infantil e para construir parcerias com a comunidade surda.

Acredito que, no caso do atendimento de surdos, entendidos como minoria linguística com especificidades no processo de aquisição de linguagem, que adota um viés sócio interacionista, não podemos, portanto, nos furtar da tecnologia leve.

“é importante usar meios e ações de continuidade da assistência deste paciente e apoio à família através da promoção em saúde. Porém, a continuidade necessita da participação ativa do familiar para auxiliar e dar continuidade do cuidado do paciente para a sua reabilitação.” (Martineli, 2008: 11-12)

Na afirmação anterior a profissional, que é uma enfermeira intensivista, se posiciona em relação a necessidade de o cuidado posterior à alta ser realizado pela família. No caso de crianças surdas, entendemos que o cuidado da família precisa ser precoce e contínuo, durante todo o processo de desenvolvimento infantil. Até porque concordamos que o “território das ações cuidadoras é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias.” (Merhy et. al., 2010:11)

Para Martineli (2008, baseada em Machado et al., 2006), na concepção de integralidade destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia, pois essa articula a concepção da realidade do contexto com as ações transformadoras. A educação em saúde se ancora no conceito de promoção de saúde, que é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, ou seja, envolve necessariamente a participação da população em sua vida cotidiana.

A psicóloga Fernandes (2006) discute possibilidades de diálogo interdisciplinar entre linguística, psicologia, sociologia e fonoaudiologia, buscando fundamentar novos dispositivos de atenção em saúde mais integralizadores, que atendam às necessidades de saúde do ser humano em toda sua plenitude. A autora afirma que a atenção à saúde tem sido centrada no paradigma da normalidade e comenta que “o que deveria ser uma característica a mais da subjetividade do sujeito passa a ser a totalidade do mesmo: a pessoa com surdez passa a ser “O SURDO”” (Fernandes, 2006).

Afastando-se do paradigma de tratamento da pessoa surda centrado na remissão do sintoma, entendemos, assim como Fernandes (2006:2), que as práticas de reabilitação devem considerar “a questão linguística do humano, como fator de promoção de saúde (física, mental e social)”. Sabemos que a área da saúde demonstra estar alterando sua busca em direção ao alcance da funcionalidade, desvinculando o olhar da “doença” e, desse modo, afastando-se também da busca pela “normalidade”¹². A consciência de que o diagnóstico não

¹² Anteriormente havia apenas a CID-10 (Classificação Estatística Internacional das Doenças e

garante a compreensão das necessidades do usuário, não possibilitando, portanto, prever totalmente serviços de apoio, é chave para modificar a oferta de cuidados.

O conceito de funcionalidade abarca tanto as estruturas do corpo quanto suas funções. Além disso, considera os “componentes das atividades, através da execução de tarefas e a participação do indivíduo e seu envolvimento nas situações de vida real” (Instrutivo Saúde Auditiva, 2012:2). Enquanto a funcionalidade abrange os aspectos positivos da interação entre um indivíduo com determinada condição de saúde e fatores contextuais, ambientais e pessoais, a incapacidade é o termo que faz referência a deficiências, limitações de atividades e restrições de participação, indicando, portanto, os aspectos negativos da interação do indivíduo com tais fatores (op.cit., 2012:2).

O Instrutivo Saúde Auditiva (2012) ressalta que apenas conhecendo a funcionalidade e a incapacidade de um usuário poderemos compreender suas necessidades de saúde, educação, benefícios sociais e integração social. Consideramos que compreender a forma como o usuário encara esses aspectos é, também, fundamental.

“O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva mais social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade.” (Instrutivo Saúde Auditiva, 2012:2)

A Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência tem como objetivo inicial garantir o desenvolvimento de “estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades” (Portaria MS 2.073/04, Art. 2º, parágrafo I).

Com ações de promoção e prevenção é possível intervir na história natural da deficiência auditiva (Ministério da Saúde, 2004). Promover qualidade de vida e prevenir agravos que determinem o surgimento de comprometimentos linguísticos, cognitivos, sociais ou emocionais ao fomentar o desenvolvimento infantil da criança surda através de atendimento individual e orientação à família

Problemas Relacionados com a Saúde - Décima Revisão), mas desde 2003 já vem sendo utilizada no Brasil a CIF (Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), para complementar a atribuição de benefícios e o planejamento de ações em saúde. “CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, S. Paulo, EdUP, 2003.

é, então, o principal objetivo da habilitação da criança surda com foco na capacidade funcional, contribuindo para a inclusão social.

Se a Política de Saúde Auditiva busca ampliar e fortalecer o acesso à informação disponibilizada para o usuário no SUS, a promoção da saúde é considerada estratégia fundamental, com lugar privilegiado ocupado pelas tecnologias leves, como a educação em saúde, que depende da comunicação nas interações entre profissionais e usuários.

A formação de um grupo de familiares de surdos e profissionais de saúde para instrumentalizar os pais possibilita a promoção de saúde da criança surda. Entendemos que isso ocorra, pois com o grupo podemos propiciar a autonomia da família em protagonizar a produção de saúde e desenvolvimento infantil, ao identificar necessidades de saúde da criança.

4.3 Mediação enquanto prática profissional no Grupo de pais

“O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (Spink e Medrado, 2004:41).

O papel da mediação no Grupo de pais, realizado pela mediadora, é informado pela teoria antropológica, que entende a mediação como fenômeno sociocultural inserido em práticas sociais. Inserimos a mediação também em uma proposta construcionista e interacionista, a partir de práticas discursivas bem como em uma teoria crítica, educadora, a de Paulo Freire.

A mediação, segundo Velho (2001¹³ apud Loureiro, 2001), constitui um fenômeno sociocultural de ação social permanente, que está presente em diversos níveis e processos interativos e seu estudo permite demonstrar como se dão interações entre categorias sociais e níveis culturais distintos. A atuação do mediador, categoria inserida na análise da identidade antropológica de sujeitos sociais, é capaz de estabelecer pontos de contato e comunicação entre diferentes mundos, entre universos pelos quais transita, possibilitando transformações sociais ao possibilitar a troca de informações e valores. Para Velho, a “possibilidade de lidar com vários códigos e viver diferentes papéis sociais, num

¹³ VELHO, G. e KUSCHNIR, K. 2001. Mediação, cultura e política. Rio de Janeiro, Aeroplano.

processo de metamorfose, dá a indivíduos específicos a condição de ‘mediadores’ quando implementam de modo sistemático essas práticas” (Velho, 2001:25).

Através do estudo das interações face a face, podemos estudar a construção identitária dos indivíduos, constituída através de “deliberações e escolhas a partir de um quadro sociocultural e de um campo de possibilidades” (Velho, 1999:28). Podemos estudar, ainda, como essas deliberações e escolhas foram realizadas em espaços socioculturais distintos, sejam eles públicos como a escola, a terapia, a rua ou privados, como a casa. Segundo Velho (1999) os indivíduos constituem suas identidades através do estabelecimento de relações entre a memória, ou seja, as experiências que indicam o sentido da singularidade do indivíduo e o projeto¹⁴, o conjunto de condutas organizadas para atingir finalidades.

“Projetos se relacionam às redes sociais em que os atores se movem e são construídos através de experiências socioculturais e de vivências e interações interpretadas.” (Velho, 1997:26).

O significado atribuído aos acontecimentos, comportamentos, e interações a partir do compartilhamento das memórias de cada participante é um objeto relevante para nossa investigação interacional. Considerando que “a construção do indivíduo e de sua subjetividade se dá através de pertencimento e participação em múltiplos mundos sociais e níveis de realidade” (Velho, 2001:20) vemos que, paralelamente, o projeto de cada participante e do grupo se inserem também em nosso objeto de estudo, visto que nossa busca é pela interpretação dos significados das ações simbólicas humanas e pela reflexão e coconstrução de conhecimentos.

“Quanto mais exposto estiver o ator a experiências diversificadas, quanto mais tiver de dar conta de ‘ethos’ e visões de mundo contrastantes, quanto menos fechada for sua rede de relação ao nível do seu cotidiano, mais marcada será a sua autopercepção de ‘individualidade singular’. Por sua vez, a essa consciência da individualidade – fabricada dentro de uma experiência cultural específica – corresponderá uma maior elaboração de um ‘projeto’” (Velho, 1997:32)

Apesar da familiaridade que tenho com o tema surdez, através de estudos teóricos, da experiência de trabalho com esse grupo, e de minha relação familiar com um surdo e amigos surdos, é primordial esclarecer que meu conhecimento sobre as vidas, hábitos, crenças, valores e sistemas de coerência (Linde, 1993) das

¹⁴ Noção retomada por Gilberto Velho (2003), a partir de Schutz, Alfred. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

relações das famílias de surdos é superficial e permeada por ideias preconcebidas. Torna-se necessário compreender que meu conhecimento sobre a surdez e minhas possibilidades de troca com familiares de surdos vêm de encontro tanto ao lugar que ocupo, à minha subjetividade quanto às possibilidades que tenho de ouvir o outro, de aprender com suas experiências e de me colocar em seu lugar.

“Estou consciente de que se trata de uma interpretação e que, por mais que tenha procurado reunir dados ‘verdadeiros’ e ‘objetivos’ sobre a vida daquele universo, a minha subjetividade está presente em todo o trabalho.” Velho (1997:130)

Velho (1997:126) afirma que, por haver descontinuidades entre o ‘mundo’ do pesquisador e outros mundos, o contato pode gerar experiência de estranheza, não-reconhecimento ou choque cultural. Deste modo, é importante conhecer a visão de mundo dos atores sociais e as regras que norteiam suas interações, para procurar perceber como os indivíduos constroem e definem sua sociedade e o que importa para eles ao vivenciarem suas experiências.

“Porém, é mister salientar que é muito fácil, injusta e apressada uma análise que atribua a princípios biológicos ou somente a princípios econômicos os principais fatores dessas desigualdades, quando componentes culturais mostram-se fortemente presentes nas entrelinhas de cada fato e de cada comportamento.(...) expressam condições de vida, possibilidades e constrangimentos de um código cultural em relação aos valores dominantes em códigos de elite” (Loureiro, 2001:45)

Assumir o pressuposto de que a sociedade é um produto humano, ou seja, tomar a realidade como construção social, implica tomar a interação como aspecto central nos processos de transformação social. Tais processos se dariam através da tipificação, institucionalização e socialização¹⁵ (Spink e Frezza, 2004:25). A *tipificação* seria o processo pelo qual o outro é apreendido a partir de esquemas tipificadores (i.e. preconceitos) em interações face a face. A *institucionalização* se caracterizaria como o processo pelo qual, através das gerações, os esquemas tipificadores se tornariam hábitos e adquiririam autonomia. A institucionalização nos faria perceber como se fosse objetivo um processo subjetivo, já instituído e internalizado através da socialização.

O estudo da produção de sentidos no cotidiano, tendo o interacionismo como proposta a partir da análise das práticas discursivas, se situa no paradigma construcionista (Spink e Frezza, 2004:17, 25). Práticas discursivas são maneiras

¹⁵ Conceitos introduzidos por Berger e Luckmann (1976) e retomados por Spink e Frezza (2004).

como as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais, ou seja, a linguagem em ação (Spink e Medrado, 2004:45). O construcionismo procura tematizar como conferimos sentido ao mundo em que vivemos, ou seja, como significados subjetivos passam a ser por nós interpretados como facticidades objetivas (Spink e Frezza, 2004).

As práticas discursivas, na concepção de Bourdieu (1977: 646; ap. Pereira e Cortez, 2011:80), são concebidas como práxis, para o uso de estratégias investidas de todas as funções possíveis e não somente as de comunicação. Para Spink e Medrado (2004:45-47, com base em Bakhtin), práticas discursivas seriam constituídas pela dinâmica e pelo conteúdo. A dinâmica seria composta pelos *enunciados* orientados por vozes e pelas *formas*, ou gêneros de fala. Enunciados seriam expressões, ou seja, palavras e sentenças utilizadas em ações situadas. As vozes (da professora, do pai, do amigo, da mãe...) seriam formadas por diálogos pregressos vivenciados pela pessoa com outros interlocutores e orientariam os seus enunciados em momentos de esforço para produzir sentido, dependendo do contexto (tema, interlocutor, local etc). Os conteúdos seriam os repertórios interpretativos, ou seja, o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem, utilizados em construções discursivas, de acordo com o contexto e com o gênero de fala.

O engajamento mútuo de agentes humanos em diversas atividades – práticas sociais e discursivas - cria, sustenta, desafia, e por vezes muda a sociedade e suas instituições. Tornar-se usuário de uma língua e um membro de determinado grupo numa certa comunidade local envolve participar com outros membros em uma variedade de práticas que frequentemente constituem identidades (linguísticas, de gênero, entre outras) em um mesmo momento, numa mesma atividade (Eckert & McConnell-Ginet, 1992).

É durante o engajamento com os outros em atividades, sejam quais forem essas atividades, que as pessoas constroem de forma colaborativa um senso de si mesmas e dos outros como certos tipos de pessoas, como membros de várias comunidades, havendo diversas formas de adesão e privilégio nessas comunidades. Uma comunidade de prática é um agregado de pessoas que se unem em torno de um compromisso mútuo em algum esforço comum. Práticas ou modos de fazer as coisas e falar, crenças, valores, relações de poder, emergem

durante suas ações conjuntas em torno de atividades (Eckert & McConnell-Ginet, 1992).

Configurações particulares de práticas e formas de pertencimento que constituem uma comunidade particular em determinado momento formam uma comunidade de prática (i.e. família, pessoas trabalhando junto, um time esportivo, um grupo de vizinhos que brincam juntos). Comunidades podem ser grandes ou pequenas, intensivas ou difusas; elas nascem e morrem, podem persistir através de muitas mudanças em seus membros, e podem ser estreitamente articuladas com outras comunidades. A identidade individual é baseada em múltiplos pertencimentos em diferentes comunidades de prática, na gama de esforços e práticas que emergem a partir delas, na gama de formas de participação que o indivíduo goza em cada comunidade, e nas formas em que o indivíduo trata de articular esses vários pertencimentos (Eckert & McConnell-Ginet, 1992).

Um grupo de familiares de surdos, embora também participantes de outras comunidades de prática (no âmbito da família, religião, trabalho, por exemplo), pode, a princípio, ser considerado de uma comunidade de prática, na medida em que os participantes tenham o compromisso mútuo de trocar informações sobre a surdez, compreender melhor suas experiências de criar crianças surdas, aprender Libras e/ou estratégias comunicativas específicas para interagir com surdos etc. Apenas o esforço comum dessas mães em se engajar repetidas vezes em atividades particulares ao grupo, como levar seus filhos à terapia fonoaudiológica e à consultas com audiologistas para ajustes nos aparelhos, buscar escolas adequadas e se empenhar em aprender Libras e estratégias de interação eficazes com crianças surdas já evidenciaria a constituição de uma comunidade de práticas.

Agier (2001) destaca que “é a partir dos contextos e das questões em jogo nas situações de interação que a memória é solicitada seletivamente” (p. 12). Para o autor, um jogo dialético envolve o pertencimento aos grupos se sentindo parte de uma coletividade e, ao mesmo tempo, a necessidade de ser único, de ser reconhecido em sua diferença (p. 51). Nesse sentido, evidencia-se a importância da experiência singular de cada familiar com a surdez e a necessidade de contextualizar os conhecimentos teóricos às especificidades de cada indivíduo e de cada grupo.

“se procurarmos entender os sentidos que uma doença assume no cotidiano das pessoas,

passamos a focalizar a linguagem em uso. O olhar recai sobre a não regularidade e a polissemia (diversidade) das práticas discursivas.” (Spink e Medrado, 2004:44).

De fato, tentamos dar sentido às nossas experiências narrando, em situações concretas, definindo assim nossas intenções, desejos e medos e é a partir da linguagem que estruturamos nossas experiências do mundo e de nós mesmos, construindo e reconstituindo a realidade (Brockmeier e Harré, 2003:530). No grupo focal de familiares de surdos nós podemos, mães e mediadora, significar e ressignificar experiências. Desse modo, essa atividade se constitui uma forma de promover saúde, considerando que as condições ambientais oferecidas à criança poderão ser favorecidas através da interação.

Na mediação de Grupos de Pais, assumimos a teoria crítica, educadora, de Paulo Freire, entendendo que é do grupo que irão emergir os temas significativos para o próprio grupo. Assim, é importante para o educador “conhecer não só a *objetividade*, mas a consciência que tenham dessa objetividade; a percepção de si mesmos e do mundo *em* que e *com* que estão.” (Freire, 1987:49).

Num encontro de participantes que buscam compreender suas experiências na vida cotidiana, há construção de saberes através de uma relação dialógica que busca recriar conhecimentos através de narrativas. A proposta de Freire se relaciona, portanto, com a organização dos encontros e com a seleção de temas utilizados no Grupo Focal, ora selecionados por mim, como mediadora, ora emergentes na fala-em-interação entre os participantes.

A proposta de Freire conduz a que todos os participantes se façam sujeitos, sendo que o investigador deve observar as mudanças no modo dos participantes em sua percepção crítica das experiências. Apesar de se referir a realidade e objetividade, Freire constrói a realidade como mutável, assim como os seres humanos. Destaco que ele não aborda o construcionismo, mas também não nega a problematização sobre a socioconstrução da realidade, abordando de certo modo o tema ao afirmar que a compreensão que temos da realidade pode ser alterada através da reflexão.

O autor valoriza a interação social e a ação, que focalizamos nesse estudo. Ao frisar que outras realidades podem e devem ser imaginadas, ao afirmar a busca pela visualização de novas possibilidades ou ficções, Freire nos sugere a importância das narrativas. Como mostram Brockmeier e Harré (2003:534), ao tematizarem o mundo da ficção, através de narrativas:

“a ficção funciona como um espelho da habilidade humana para indeterminar permanentemente as restrições. A ficção explicita o fato de que a mente, pelo menos algumas vezes, pode ultrapassar seus próprios limites e pode “ler” significados como possibilidades de ação e opções de conduta”. (Brockmeier e Harré, 2003:534)

O ato de narrar experiências vivenciadas, como será visto no capítulo de Análise de dados, se constitui em uma valorosa prática discursiva que viabiliza atividades de coconstrução de experiências, de sentidos e de identidades pessoais e de grupo.

“Se houvesse uma vida “real” que fosse realmente vivida por alguém, como poderíamos saber sobre tal realidade? Ela certamente não é dada a priori porque tudo o que se passa em uma vida é também parte dessa mesma vida. Viver é atribuir significado a uma vida; na verdade, o processo de construção de significado pode ser visto como o centro da vida humana” (Brockmeier e Harré, 2003:530)

É importante pontuar que as opções que podem ser exploradas por nós na narrativa tem relação direta “com nossa realidade material fluida e simbólica de nossas ações, mentes e vidas” (Brockmeier e Harré, 2003:534). Buscamos atuar no grupo como educador problematizador, proporcionando, junto aos familiares, condições de conscientização, reflexão crítica e transformação do ambiente disponível para a criança surda. O intuito é propiciar condições para que as mães se percebam como aprendizes ativas, pessoas que possam se conhecer e transformar, pessoas empoderadas.