



Artigos Originais

Relações profissionais em Equipes de Saúde: alternativas construcionistas relacionais

Professional relations in health teams: constructionist relational alternative

Laura Vilela e Souza¹
Fabio Scorsolini-Comin²

¹ Professora Assistente, Universidade Federal do Triângulo Mineiro

² Professor Assistente, Universidade Federal do Triângulo Mineiro

RESUMO - O objetivo deste artigo é a oferta de recursos conceituais construcionistas relacionais para pensar os relacionamentos entre profissionais de saúde em uma perspectiva que compreende a esfera relacional como *locus* de produção de realidades. Acredita-se que a oferta de um vocabulário alternativo para a compreensão das relações profissionais nesse âmbito possa disponibilizar repertórios linguísticos e discursos para a cocriação de novas realidades em saúde, que não atendam a uma única tradição, a um único modelo, ou que não favoreçam a adoção de práticas já cristalizadas. Os seguintes conceitos são evocados como eixos para a sua articulação com uma prática construcionista relacional em saúde: ser relacional, multivocalidade, reflexividade, práticas discursivas e responsabilidade relacional. Para facilitar o engendramento dessa conversa, exemplos fictícios inspirados no cotidiano da prática profissional em saúde são trazidos como disparadores para a reflexão desses recursos como formas de pensar as relações entre profissionais. O entendimento das pessoas como embebidas em múltiplos relacionamentos dá margem para o uso dessa multiplicidade nas situações nas quais a visão que uma pessoa tem da outra se cristalizou de maneira negativa. Ao descolar-se dessas descrições estereotipadas e produzidas tanto pelo senso comum como pelo discurso científico de tradição mais individualista, propõe-se um convite para que a equipe seja olhada como portadora e corporificadora de diferentes eus, e de múltiplas vozes, o que não coloca os profissionais como únicos ou permanentes, mas como coparticipes do processo de performance do grupo e de sua recriação ao longo do tempo.

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Prática Profissional, Construcionismo Social.

ABSTRACT - The aim of this paper is to offer relational constructionist conceptual and theoretical resources to think relationships among health professionals from a perspective that understands the relational sphere as the locus of realities production. It is believed that providing an alternative vocabulary for the understanding of professional relationships within this field can provide interpretative repertoires and discourses for the co-creation of new realities in health care that do not meet a single tradition, a single model, and do not favor the adoption of practices already crystallized. The following conceptual resources are presented with its articulation with a relational constructionist practice in health care: multivocality, reflexivity, discursive practices and relational responsibility. To facilitate the development of this conversation, fictitious examples inspired by the everyday practice of health professionals are presented as triggers for the reflection of these resources as ways of thinking about the relationships among professionals. The understanding of people as embedded in multiple relationships invites to the use of this multiplicity in situations where the person's idea about the other has been crystallized in negative ways. When professionals move from these stereotypical descriptions produced both by common sense and from the more individualistic tradition of scientific discourse, they are invited to see their team as carrying and embodying different selves, and different voices. This does not imply considering the professionals as unique or permanent, but as co-responsible of the performantory process of the group and its re-creation along the time.

Keywords: Health Care; Professional Practice; Social Constructionism.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é a oferta de recursos conceituais construcionistas relacionais para pensar os relacionamentos entre profissionais de saúde em uma perspectiva que compreende a esfera relacional como *locus* de produção de realidades. Nesse texto, saúde é considerada como construção social, fruto de trocas contextualizadas e ações conjuntas². Também o relacionamento entre pessoas não é aqui significado como a interação entre dois ou mais indivíduos autocontidos, em uma descrição individualista das

relações humanas, mas sim como algo que é intrínseco ao próprio processo que constrói o que é uma pessoa, um relacionamento ou uma interação³. Sendo assim, o “pensar” sobre as relações profissionais não está se

Autor correspondente

Laura Vilela e Souza

Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Avenida Getúlio Guaritá, 159 - Abadia

38025-180 - Uberaba, MG - Brasil

Telefone: (034) 33185944

Email: lauravilelasouza@gmail.com

Artigo encaminhado 18/01/2011

Aceito para publicação em 30/04/2011

referindo a uma ação que acontece dentro de uma mente individual ou entre mentes individuais. A origem de qualquer produção de conhecimento está aqui sendo entendida como um processo discursivo, como uma ação entre pessoas. Portanto, contrariando a epistemologia dualista de uma mente conhecedora e um mundo material, surge a epistemologia social, que entende a origem do conhecimento nos padrões de *relacionalidade social*. No campo da saúde, esse foco se concentra nos efeitos das diversas formas dos profissionais se relacionarem no contexto das práticas em saúde.

É justamente pela disponibilidade dessa diferença epistemológica que a proposta construcionista relacional se justifica para esse trabalho. O termo construcionismo relacional está aqui sendo utilizado como sinônimo para o termo construcionismo social, sendo que a opção pela primeira forma justifica-se, como afirma McNamee⁴, pela ênfase que o termo relacional oferece para a defesa da construção de significados como processos relacionais. Ainda, a substituição da palavra social pode evitar a confusão frequente entre construtivismo social e construcionismo social, e, por fim, tendo sido o termo construção social primeiro cunhado por Berger e Luckman⁵ em seu livro *A construção social da realidade*, e tendo esses autores utilizado em sua obra uma linguagem que prioriza o significado como posse individual, a substituição do termo pode marcar a diferença para uma posição de defesa de que é a partir dos processos relacionais que qualquer noção de individualidade pode emergir.

Aqui se está falando de uma ruptura. Na contemporaneidade, a revolução metodológica das ciências sociais pede por propostas mais radicais que busquem uma entrada mais direta nas conversas culturais, com trabalhos que não apenas questionem aquilo que está sendo dado como óbvio, mostrando seu caráter relacionalmente construído, mas que ofereçam caminhos para a ação futura, ou seja, que coadunem uma visão crítica e também propositiva⁶. Valorizar as diferentes realidades relacionais locais e as diferentes formas de vida, com seus jogos de linguagem específicos, não quer dizer desenvolver esquemas teóricos sobre pedaços da realidade, mas investir no potencial da metateoria construcionista relacional, perguntando-se sobre novos mundos possíveis⁶. Isso pressupõe não ter uma postura apenas de criticar algumas formas de linguagem, pelas práticas de exclusão que elas podem gerar, mas propor discursos generativos que desafiem tradições de entendimento para novas propostas de ação social. Essa postura caracterizaria o pesquisador como um

ativista poético, ou seja, um criador de novas formas de linguagem e novos modos de ação ética no mundo⁷.

A epistemologia construcionista relacional adotada nesse trabalho propõe uma crítica à linguagem como representacional, ou seja, à ideia de que a linguagem represente uma realidade material separada e de um sujeito que a observa, e entende a linguagem como um meio pragmático, ou relacional, por meio do qual fazemos coisas uns com os outros⁸, como uma forma de ação comunicativa, incluindo ações verbais e não verbais. Pode-se dizer, portanto, que para essa proposta a linguagem é ação, daí a possibilidade de entender que, ao buscar discursos alternativos, ou marginalizados, novas formas de ação no mundo e realidades performatizadas se tornam possíveis. É por essa razão, que se acredita que a oferta de um vocabulário alternativo para a compreensão das relações profissionais nesse âmbito possa disponibilizar repertórios linguísticos⁹ e discursos para a cocriação de novas realidades em saúde, que não atendam a uma única tradição, a um único modelo, ou que não favoreçam a adoção de práticas já cristalizadas. Um posicionamento ético e político ficam evidentes nessa proposição, que é o da valorização de uma postura colaborativa¹⁰ enquanto marcador para as ações em saúde, ou seja, a defesa de práticas que enfatizem, na atuação dos profissionais: (a) o convite para a ampla participação, descentralizando as decisões; (b) a abertura para diferentes opiniões e não a busca pelo consenso; (c) a suspensão de conhecimentos prévios para a curiosidade ao conhecimento localmente produzido; (d) a valorização da novidade e da exceção, ao invés da busca por regularidades.

Tal proposta pode ser vista como um contraponto à racionalidade biomédica hegemônica em algumas práticas em saúde que, como aponta Pessotti¹¹, desqualifica os saberes que não possuem base empírica comprovada, em uma lógica de valorização de um modelo científico que tem na crença de uma objetividade o pilar para sua produção de conhecimento. Um dos efeitos dessa performance em saúde é a desvalorização de conhecimentos que não sejam produzidos a partir do modelo proposto pela Medicina baseada em evidência (MBE), “que utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica”^{12:p.1}. Diferente de tal ideia, este artigo valoriza não verdades únicas em saúde, mas a possibilidade de coexistência de verdades. Por sua vez, a proposta construcionista relacional reforça a crença em saúde

como performances de esforços colaborativos e coparticipativos entre profissionais e usuários de espaços produtores de saúde, de maneira horizontal e coletiva. Postura consoante com a defesa feita por Dimenstein e Macedo¹³ da produção do conhecimento em saúde deve ser vista como uma possibilidade de ação política, que busca na exploração de outra epistemologia científica aberturas para práticas em saúde que estejam em consonância com a filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS) que inclui o respeito aos direitos humanos, a um atendimento integral e humanizado e sensível às questões de exclusão social.

Nesse sentido, os seguintes conceitos e aportes teóricos e metodológicos são evocados como eixos para a sua articulação com uma prática construcionista relacional em saúde: ser relacional¹⁴, multivocalidade¹⁵, reflexividade¹⁵, práticas discursivas¹⁶⁻¹⁷ e responsabilidade relacional¹⁸. Para facilitar o engendramento dessa conversa, exemplos fictícios inspirados no cotidiano da prática profissional em saúde serão trazidos como disparadores para a reflexão desses recursos como formas de pensar as relações entre profissionais. A justificativa para a adoção dessa forma de ilustrar as considerações aqui tecidas se baseia na busca pelo alcance de diferentes audiências, compreendendo que nessas ilustrações o leitor possa também se reconhecer.

2. REALIDADES RELACIONAIS COMO FOCO DE ATENÇÃO

Situação 1: Em uma reunião de equipe de profissionais em um hospital na cidade de Maravilha do Sul, profissionais de diferentes áreas de conhecimento discutem o caso desafiador de uma paciente. Eles não conseguem se entender. Cada profissional tem uma ideia específica sobre qual é a patologia que acarreta tanto sofrimento à pessoa atendida. Mais do que discutir o diagnóstico, esses profissionais discutem paradigmas científicos distintos para o entendimento do ser humano e seu funcionamento. No final, a busca pela verdade os separa enquanto parceiros de trabalho.

Diferentes categorias profissionais podem ser entendidas como diferentes comunidades de inteligibilidade, que defendem, cada uma delas, uma diversidade de validades empíricas, que são proposições consideradas como confiáveis na descrição das coisas “como elas são”¹⁹. A busca pela validade e a disputa pela verdade só fazem sentido dentro de um discurso em ciência que legitime a ideia da existência de conhecimentos objetivos e universais. A postura construcionista relacional aqui adotada convida à análise das implicações de se entender objetividade como fruto de trocas contextualizadas, em uma proposta alternativa à linguagem vista como correspondendo à realidade. Nessa proposta, a

concordância sobre a acurácia de uma descrição só acontece dentro de uma tradição discursiva específica e, dessa forma, as descrições sobre “a natureza das coisas” podem ser sustentadas, abandonadas ou modificadas sem ligação com o que chamam de fenômenos⁹.

Nas relações em equipes de saúde, as linguagens sociais^{16,20-21} das diferentes categorias profissionais podem gerar ontologias e moralidades que, na disputa pela melhor descrição “do problema”, entram em conflito. Não apenas essa diferença pode gerar conflitos, mas também o fato de que as pessoas participam de núcleos sociais diferentes e, portanto, desenvolvem moralidades e ontologias diferentes, ainda que compartilhem de uma mesma categoria profissional. Além disso, o conflito pode surgir porque, embora partícipes de diferentes moralidades e ontologias, podem compartilhar de uma mesma premissa, que é a de que a realidade pode ser objetivamente compreendida. Aqui, o convite é para a performance da negociação dessas diferenças a partir do foco nos processos sociais que as referenciam¹⁹. O termo performance é utilizado por Hosking e McNamee⁶ como forma de enfatizar as ações não linguísticas. Para as autoras, as pessoas performam juntas na produção de um mundo, uma identidade, uma vida e uma realidade vivida. As realidades relacionais são construídas e reconstruídas por múltiplas e simultâneas formas de relacionamento em fluxo. A partir dessa perspectiva, o relacionar-se é entendido como uma performance corporificada, que inclui a construção e o uso de artefatos.

Nesse trabalho, os conceitos de multivocalidade e reflexividade são considerados como recursos para a performance de negociação de novos relacionamentos em equipe. O conceito de reflexividade é o posicionamento^{15:p.579} que uma pessoa faz na conversa ao pontuar sobre “sua situacionalidade histórica e geográfica”. Essa posição inclui contar sobre “o lugar de onde se fala”, de forma que o ouvinte tome suas palavras não como às expressões fidedignas de como as coisas são, mas sim em seu caráter construído e contextual, com aberturas para o questionamento de suas origens discursivas e de seus efeitos nos processos relacionais entre as pessoas. Esse conceito pensado para as relações entre membros de uma mesma equipe profissional pode implicar em um profissional contar para os colegas de que forma a questão que está sendo conversada se implica com histórias de sua vida. Qual não seria o efeito se um dos profissionais, no exemplo fictício anterior, compartilhasse que sua busca por um diagnóstico preciso tinha relação com o fato de já ter

presenciado mortes que aconteceram no hospital pelo erro da equipe em saber qual era a causa do sofrimento do paciente? Ou outro profissional contar que sua dificuldade em lidar com uma paciente diagnosticada com Anorexia Nervosa tinha relação com sua adolescência de luta contra o peso? Essas avaliações reflexivas, todavia, não devem ser consideradas como a verdade última sobre como o trabalho dessa equipe deva ser feito, mas como a busca de ampliação da crítica e convite para outras formas de vida¹⁵.

Já o conceito de multivocalidade refere-se à inclusão de múltiplas vozes nas conversas em saúde. Todas as palavras que povoam a linguagem são vozes sociais e também históricas²⁰, que possibilitam determinadas significações concretas, expressando uma posição socioideológica. Tal posição não seria reproduzida na fala, mas, ao falar, a pessoa se apropriaria dos diferentes discursos circulantes em sua época²². Assim, a fala de uma pessoa não é individualizada, mas conversa com outros eus que se atualizam no dizer. Em contraposição a um discurso monológico, o discurso dialógico encerra esses diferentes outros não como pontos de vista que devam ser considerados no diálogo, mas como expressões de outras vozes que estão circulando no espaço discursivo. Portanto, as pessoas são entendidas como povoadas por essas diferentes vozes, vozes que nem sempre concordam ou consensuam diante de uma questão. Assim, pode-se entender o diálogo na equipe profissional como um espaço no qual os diferentes outros se atualizam nas práticas discursivas.

Não cabe apenas a consideração de que se trata de discursos que partem de diferentes saberes (o que já é um pressuposto de uma equipe composta por diferentes pessoas e categorias profissionais), mas sim de que o contexto do grupo e da situação-problema dispara ou propicia o encadeamento de diferentes sequências interativas que sempre se endereçam a, respondem a ou recriam um dado contexto. Os discursos, nesse sentido, pertencem apenas àquele espaço e não podem ser deslocados para outros lugares ou situações, ainda que essas pessoas sejam mantidas em interação. Para Bakhtin^{20,p.327}, quando se analisa uma fala isolada, fora de seu contexto de enunciação, “encobrem-se os indícios que revelariam seu caráter de dirigir-se a alguém, a influência da resposta pressuposta, a ressonância dialógica que remete aos enunciados anteriores do outro, as marcas atenuadas da alternância dos sujeitos falantes que sulcaram o enunciado por dentro”. Esses “fenômenos” se relacionam com um todo do enunciado e, segundo

o autor, deixam de existir desde que esse todo é perdido de vista.

Assim, as práticas em saúde buscam ser compreendidas a partir da noção de complexidade, que como informa Spink²³, não é a consideração de múltiplos pontos de vista de diferentes pessoas sobre “uma realidade”, mas múltiplas formas de realidade em si mesmas²⁴. Portanto, o convite não é para a colocação dos diferentes pontos de vista de todos os profissionais de uma equipe de saúde sobre algum fenômeno, em uma postura perspectivista que defende que a construção do conhecimento se dá a partir do ponto de vista de cada pessoa ao olhar “o mundo”²⁴, multiplicando não realidades, mas os olhares sobre uma única realidade, mantendo um viés realista. A proposta construcionista relacional não é de um único objeto que é visto de diferentes formas, nem de diferentes aspectos de uma única realidade, é de uma realidade que é feita, atuada e performada.

O uso do recurso da multivocalidade pode se dar tanto com o profissional colocando-se no diálogo a partir de diferentes vozes, como na abertura deste para a convivência com diferentes racionalidades e saberes em saúde, colocando-os em conversa uns com os outros⁸. No exemplo fictício citado, um profissional que percebesse que sua postura na reunião em muito atendia à voz de seu professor da faculdade que, com toda sua autoridade, pregava que um bom profissional deveria ser capaz de curar seu paciente, poderia experimentar resgatar em si a voz de um paciente que poderia estar menos preocupado com a cura de sua moléstia e mais interessado em ter qualidade de vida durante o tratamento.

Outro recurso interessante para pensar a produção de sentidos nas relações em equipes de saúde é o estudo das *práticas discursivas*, considerado como ferramenta útil para transformação social¹⁷. Idealizado por Spink e Medrado¹⁷ como uma proposta teórica metodológica em pesquisa, o estudo das práticas discursivas é aqui oferecido como ferramenta de análise das conversas entre profissionais na produção de sentidos sobre saúde. Entender esses sentidos por meio do estudo das práticas discursivas convida a reflexão do caráter histórico e cultural dessas produções, focando os tempos históricos que os atravessam. Esses tempos são definidos como *Longo*, *Vivido* e *Curto*¹⁷. Segundo os autores, a análise dos contextos discursivos pode se dar de maneira temporal, entendendo os diferentes tempos históricos que os atravessam. Em uma análise de *Tempo Longo* busca-se o reconhecimento dos conteúdos culturais e discursos institucionalizados presentificados na linguagem em uso. Discurso é entendido pelos autores

como regularidades linguísticas, sendo que diferentes grupos sociais compartilham de diferentes discursos. Nas conversas em equipes multiprofissionais, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, entre outras disciplinas científicas, passam a ser entendidas como instituições promotoras de discursos oficiais que são utilizados nas trocas conversacionais para a produção de sentidos sobre “o mundo”.

Em uma análise de *Tempo Vivido*, buscam-se os jogos de linguagem próprios da história de socialização de cada pessoa. Esse tempo conta dos posicionamentos²⁵ assumidos pela pessoa nas relações com diferentes grupos sociais e inclui suas narrativas identitárias. Por fim, uma análise de *Tempo Curto* mostra os processos dialógicos no microcosmo da interação face a face entre as pessoas¹⁷. É o momento da interanimação dialógica ou da interanimação dialógica das vozes dos discursos²⁶. Essa noção pode ser apropriada a partir da consideração de que, em todas as direções, “o discurso se encontra com o discurso de outrem e não pode deixar de participar, com ele, de uma interação viva e tensa. O discurso nasce no diálogo como sua réplica viva, forma-se na mútua-orientação dialógica no discurso de outrem no interior do objeto”²¹ (p. 88-89). Esse processo dialógico, de reação responsiva e recíproca entre os discursos, é chamado de interanimação dialógica²², que em muito guarda correspondência com o conceito de multivocalidade.

A localização das conversas entre profissionais de uma equipe de saúde com relação a essa temporalidade implica no esforço de reconhecimento de quais discursos, linguagens, vozes e posicionamentos estão sendo privilegiados, quais as realidades que eles convidam, quais performances circunscrevem e quais sentidos produzem. Empreende-se, então, um esforço de desfamiliarização com relação aos conceitos utilizados para se entender saúde²⁷. Considerando-se as práticas discursivas assim entendidas, um profissional pode fazer uso de um discurso compartilhado por seus colegas de profissão, em uma ação que acaba por manter *o status quo* de suas práticas. Porém, dada sua história de socialização esse mesmo profissional pode contar com outras descrições possíveis para aquilo que vai ser considerado problema em saúde, abrindo espaço para a diferença.

Retomando a primeira situação fictícia apresentada, os saberes cristalizados em torno do que seja saúde, no discurso de cada profissional, acaba por gerar um diálogo no qual essas falas se propõem a convencer outro em torno de um melhor

posicionamento. Por esse prisma, a reunião não se configura como uma oportunidade de troca e de reposicionamentos, mas apenas de sustentação de tradições em saúde já arraigadas nesses profissionais. O sentido do reunir-se em torno de um caso, por si só, acaba cedendo lugar a um embate de saberes e poderes que não promovem a mudança e a construção de uma equipe de saúde comprometida com uma prática que se propõe transformadora, justamente pela sobreposição de saberes, e não de transformação dos mesmos no espaço discursivo e da enunciação.

3. O POTENCIAL DA MULTIPLICIDADE DE EUS

Situação 2: A profissional Ana vai para casa chateada mais uma vez em razão de uma nova discussão com sua chefe. No serviço de saúde em que trabalha, a história de anos de desavenças entre as duas é conhecida por todos. Quando as duas se encontram, por mais que uma ou outra até tente, não conseguem se relacionar de uma forma diferente. Ao final, ambas perderam a esperança de encontrar na outra algo que continue a fazer a conversa valer a pena.

Uma alternativa para a performance relacional em equipes de profissionais de saúde é oferecida pelo uso do conceito de *ser relacional* do teórico Gergen¹⁴. Como opção à concepção de “eu” como autocontido, sugere-se o “eu” como emergindo dos relacionamentos, ou seja, relacionamento como um processo de coordenação que precede o próprio conceito de eu¹⁴. A escolha pelo termo ser, nesse sentido, busca enfatizar a identidade em fluidez e movimento, evitando pensar eu como estático, como acontece no discurso individualista ou monológico. A identidade entendida a partir desse conceito transforma as explicações sobre as relações entre pessoas. Uma dificuldade de comunicação entre profissionais de saúde deixa de ser entendida como tendo origem em um ou outro profissional, e passa a ser entendida como ação conjunta, como ação entre interlocutores.

Quando uma pessoa ouve as colocações de outrem, relaciona a origem de suas opiniões à existência de um mundo interno do qual derivariam seus pensamentos, sentimentos, desejos, necessidades, interesses ou intenções. Esse modelo faz com que o julgamento da fala do outro seja também o julgamento do outro, incluindo aí juízos de valores com relação às falhas individuais e movimentos de culpabilização. Além disso, a impossibilidade de acesso direto ao mundo interno alheio pode levar a práticas relacionais de desconfiança, ou seja, de dúvida se o outro estaria dissimulando o que “verdadeiramente” pensa ou sente¹⁴. Essa tradição discursiva pode dificultar que uma equipe consiga concordar com objetivos comuns de trabalho, uma vez que o modelo

avaliativo das comunicações humanas utilizado relaciona as ineficiências da conversa aos indivíduos que dela participam. Conversar seria, então, uma arte individual.

Se o “eu” nasce de trocas conversacionais contextualizadas, diferentes eus podem ser performados em diferentes contextos relacionais. Isso não quer dizer que existiria um eu verdadeiro e versões, simulações, máscaras ou dramatizações de outros eus, ao contrário, a própria noção de um eu verdadeiro é colocada em cheque pelo discurso construcionista relacional. Na segunda situação exemplificada, Ana é constituída pela sua chefe, pelas suas falas. Tanto o é que, quando interagem, evocam sentidos construídos pela diáde ao longo do tempo. Brigas e discussões passadas são evocadas e lembradas sempre que uma nova discussão é trazida à baila. A ideia de um “eu” autocontido, com uma essência que permanece ao longo do tempo, pode ser o que mantem Ana e sua chefe considerando uma a outra como “a mesma pessoa da última briga”. Considerar o “ser” como um processo relacional poderia ajudar que em um novo encontro das duas, uma pudesse explorar na outra aquilo que ainda lhe é desconhecido. Poder relacionar aquilo que uma não gosta na outra não àquilo que a pessoa é, mas a “resíduos”¹⁴ de relacionamentos anteriores dos quais a pessoa participou, pode ajudar na possibilidade de encontrarem juntas outras formas de relação.

Assim, os posicionamentos em uma equipe de saúde são sempre em relação a outro ou diferentes outros. Essa consideração desafia a tradição normalista de que a pessoa é sempre a mesma nos diferentes contextos, cristalizando falas como “sempre foi um bom profissional”, “sempre foi respeitado”, “sempre foi de difícil contato”. Sempre se é em relação a algo. O entendimento das pessoas como embebidas em múltiplos relacionamentos⁹ dá margem para o uso dessa multiplicidade nas situações nas quais a visão que uma pessoa tem da outra se cristalizou de maneira negativa. Ver o outro como unificado é uma forma, no contexto da saúde, de atribuir-lhe um lugar ao qual a pessoa nem sempre pode responder. Quando se atribui ao outro um lugar fixo e que não é passível de negociação, excluem-se da conversa próximas situações que poderiam negar esse sentido ou mostrar indícios que conduziriam a algo novo, diferente, quiçá transformador.

Ao identificar-se a chefe que oprime e a profissional que sempre fica insatisfeita, colocamos essas duas pessoas em posições estanques e que dificilmente se alternam. Tão normalizante quando uma prática é a forma como ela é analisada, discutida,

observada. Os movimentos de mudança e de ruptura podem e devem ser incentivados em equipe, a fim de que as relações sejam plurais, assim como os eus. Retirando esses rótulos organizacionais das relações em equipe, pode-se favorecer a assunção de uma nova performance, que por sua vez, não se propõe definitiva, mas sempre disparadora de novas proposições e oportunidades de ser em relação.

Na mesma direção crítica, o conceito de *Responsabilidade Relacional* de McNamee e Gergen¹⁸ é oferecido como recurso para novas formas de diálogo, e é aqui exposto como estratégia para os processos dialógicos em equipes de saúde. Tal conceito foi pensado como alternativa a construções individualistas como agência pessoal, intencionalidade de ações, consciência privada e liberdade pessoal. Ele propõe trocar a ideia de culpabilização individual por responsabilização relacional, ou seja, explicar os fracassos e sucessos nos relacionamentos em termos de suas matrizes relacionais.

Como afirmam Camargo-Borges, Mishima e McNamee²⁸, o recurso da responsabilidade relacional pode possibilitar performances colaborativas em saúde a partir do respeito que os diferentes participantes do fazer em saúde passam a ter uns pelos outros, dada à coresponsabilização sentida sobre as produções em saúde realizadas. Segundo as autoras, esse recurso “tem seu foco primordial na relação, no “nós”, no que as pessoas fazem juntas, promovendo maior comprometimento, responsividade, inclusão, envolvimento e pertença no processo conversacional, gerando assim um respeito maior pela relação e um cuidado na sua preservação”^{28:p.17}. Algumas perguntas sugeridas por essas autoras em seu trabalho poderiam ser úteis para pensar o uso do recurso da responsabilidade relacional no caso fictício anteriormente citado. Ao invés de perguntas como “Quem é o culpado?”^{28:p.17}, as perguntas que Ana e sua chefe poderiam fazer seriam: “Como temos contribuímos para a manutenção desta situação? Ou, ainda, Como poderíamos fazer diferente?”^{28:p.17}. Dessa forma, o insucesso desse relacionamento não seria visto como culpa da chefe ou de Ana, mas das relações estabelecidas por elas e também do modo como os outros profissionais envolvidos participam disso e oferecem modos diferentes de compreensão.

Assim como acontece na proposta do ser relacional, o construto da responsabilidade relacional não clama por autenticação ontológica, e ao colocar-se como alternativa na área das conversas em saúde, por exemplo, não entra em uma disputa se suas proposições são ou não melhores do que as

proposições individualistas em termos de referência a um mundo material que pudesse ser percebido por vias diretas ou indiretas. Ao contrário, tais conceitos foram pensados como opções de inteligibilidades relacionais, que, utilizadas nas práticas discursivas, poderiam ser mais generativas nos relacionamentos, o que nos leva a rejeitar a simples culpabilização de Ana ou de sua chefe como responsáveis pelos desentendimentos ou pelo fracasso observado há anos nesse relacionamento profissional.

Nesse sentido, conversas entre profissionais de saúde que utilizem argumentos que localizam as ações humanas como tendo origem em uma racionalidade individual podem continuar sendo consideradas como úteis em muitos momentos de trabalho em equipe. Todavia, a disponibilidade para outros jogos de linguagem podem favorecer com que diferentes formas de vida possam ser performadas nas relações humanas, disponibilizando possibilidades para as situações nas quais os relacionamentos profissionais encontram-se desgastados.

Nessa perspectiva de ser uma oferta de inteligibilidade relacional, as proposições construcionistas relacionais convidam a ver as pessoas como povoadas por múltiplas vozes, como trazendo de seus relacionamentos diferentes versões de realidades^{16, 18}. Assim, ao ouvir o outro é possível fazer as perguntas: Quais vozes podem ser reconhecidas em sua fala? A quais relacionamentos elas se referem? É o chefe do serviço que está falando ou é o pai de família que está falando? É a profissional empenhada na defesa dos direitos em saúde ou é a pessoa responsável por prestar conta dos gastos da instituição? De que lugar essa pessoa fala? Quais os endereçamentos de sua fala? A quais acontecimentos ou posicionamentos ela responde? Quais vozes estão de fora?

O potencial dessa proposta está em perceber as ações da pessoa como representante de sua imersão em diferentes grupos sociais, o que não significa trocar o *locus* de responsabilização para os grupos, mas perceber que qualquer sentido produzido depende da ação conjunta¹⁸. Todos os membros da equipe estão, inequivocamente, comprometidos no processo, sendo coresponsáveis pelos rumos com que o grupo vai tomando, tanto no sentido de uma oferta favorecedora de contato e de transformação quanto de limitação da prática por desavenças e dificuldades que não se localizam nos indivíduos, mas em suas relações. A oferta de uma prática linguística que justamente relativize esses posicionamentos destaca que as ontologias e moralidades nascem de práticas humanas.

As dificuldades ou facilidades de relacionamento podem e devem ser percebidas também como disparadoras de um diálogo promotor de desenvolvimento da equipe, deslocando a necessidade de um consenso ou de uma única verdade norteadora. Não haveria um caminho a se atingir, mas sim a ser percorrido, em um compromisso com o fazer e o aprender a ser em cada relacionamento, independente de resultados pontuais e de conversas estereotipadas que selem uma aparente concordância em equipe.

4. CONFLITOS E COORDENAÇÃO DE AÇÕES

Situação 3: Um novo grupo de trabalho com profissionais de uma unidade de saúde se formou. Todos estão cheios de ideias sobre como deve ser o atendimento oferecido, muitos não se conhecem, vieram de lugares distintos e trazem experiências diversas sobre como a saúde deve ser promovida na instituição. Ao se encontrarem, contam de suas expectativas com relação ao trabalho a ser realizado e começam a perceber que nem todos têm a mesma opinião sobre aspectos que são tão caros para cada um. Buscando defender o que valorizam, usam dos mais diversos argumentos para convencer o grupo do que é o melhor, mas, ao fazê-lo, acabam por ofender uns aos outros e, aos poucos, vão perdendo qualquer vontade que a princípio os motivou a estar juntos.

Usualmente, o lugar do profissional no contexto das instituições em saúde é o de alguém que possui um conhecimento especializado, que foi obtido e certificado por instituições com compromisso de validade científica. Portanto, o profissional é posicionado e posiciona-se como alguém que tem algo de valor a ser oferecido em conversas sobre o bem estar da população atendida. A competição entre diferentes saberes em saúde só acontece em um paradigma de ciência que defende a existência de uma única verdade sobre as coisas, em uma tradição científica comumente nomeada de moderna²⁹. Uma das dificuldades desse discurso é que ao ter que defender que algo é verdade, a pessoa acaba por qualificar como falso qualquer fala que seja diferente da sua¹⁴. Para esse teórico, os recursos tecnológicos hoje disponíveis para a comunicação entre as pessoas ao redor de todo mundo, facilitaram com que diferentes versões de mundo fossem compartilhadas, complexificando o cenário de discussão de quais das verdades pregadas pelos mais diferentes grupos, comunidades, culturas e povos seriam as “mais verdadeiras”³⁰. Diferentes formas de vida são oferecidas pelos mais diferentes discursos em saúde popularizados.

A gênese do conflito entre profissionais de equipes de saúde não mais localizada no plano individual chama a atenção para o fato de que os treinamentos desses profissionais que focuem nesse

aspecto não seriam suficientes para que o trabalho em equipe apregoado pelas políticas públicas em saúde se efetivasse. Faz-se necessária uma reformulação epistemológica, na qual conhecimento, verdade e profissionalismo possam ser completamente reconfigurados.

Além dos discursos oficiais científicos apregoados pelas instituições profissionalizantes, os profissionais em uma equipe de saúde têm também disponíveis para suas conversas, as tradições de coordenação de ações trazidas de outros relacionamentos ao longo do processo de socialização de cada um. Dentre essas tradições, a coordenação de ação de defesa de ideias é culturalmente legitimada em um contexto de discussão de opiniões sobre algo. Tradições realistas e racionalistas alimentam discussões argumentativas, nas quais um tenta convencer o outro de seus argumentos³¹. Nesses casos, a busca é pela aplicação universal das decisões tomadas pela equipe e um bom funcionamento do grupo, relacionar-se-ia à necessidade de concordância com relação a qual é o problema e sua solução, em um reducionismo das possibilidades dialógicas e performáticas em saúde. A divisão entre categorias profissionais com diferentes interesses limita o diálogo e ofusca a consideração dos interesses em comum que estão presentes na equipe. No caso dos recursos oferecidos nesse texto (sobretudo o da responsabilidade relacional), o interesse comum em jogo é o “manter a conversa”, o que se oporia ao interesse em chegar a uma verdade final, uma vez que está condenaria a continuação do diálogo.

Nessa situação apresentada, o que vai ser definido como conflito ou solução depende das ações de outros envolvidos, bem como da participação em outros domínios de inteligibilidade. Os profissionais, ao utilizarem da retórica para o convencimento, nem sempre trazem a descoberta do outro como uma pauta, mas sim uma vontade de que suas colocações possam ser validadas e apreciadas no novo contexto. Assim, o que clama é um desejo de permanência de posicionamentos e de discursos que já fazem parte do repertório do participante. Convencer o outro pode não apenas ampliar o escopo da atuação, mas atrair o outro para perto, em uma ilusão de controle socioideológico²⁰.

A tradição individualista presume a liberdade de expressão de opiniões, o direito da pessoa de trazer à baila a sua individualidade. Assim, qualquer diálogo em equipe se torna partidário de individualidades e de visões de *selves* tais como cristalizados, em uma ilusão ao ser autocontido. A proposta construcionista relacional convida ao entendimento dos argumentos

como histórica e culturalmente situados, como convenções que reconhecemos como mais adequadas dentro de um campo circunscrito de trocas sociais. Como afirma Gergen^{31:p.32}: “qualquer padrão ou requisito fixo sempre acabará com o privilégio de participação significativa de alguma pessoa ou grupo”. As falas dos profissionais, nesse sentido, seriam o uso de palavras emprestadas de outros contextos conversacionais, não sendo a expressão de um eu individual, mas de uma multiplicidade de outras conversas, o que nos desloca de um ser individual para um ser relacional.

Os embates em equipe (no exemplo, de pessoas que queriam trazer coisas novas e de outras que queriam manter o *status quo*), que geram conflitos, podem ser interpretados como desejos de melhorar o trabalho oferecido, por exemplo, e não como ataques pessoais ou como invasões no modo como cada pessoa maneja a sua vida, a sua história e a sua atuação profissional. Nas equipes de saúde, pode-se pensar na ferramenta da dupla escuta, que leva à análise da conversa a partir de dois focos, um no conteúdo e outro no processo. Esse último é o convite para refletir sobre de que forma os profissionais estão se relacionando, perguntando-se se outros modos de conversa seriam mais úteis para um dado momento considerando os objetivos comuns a todos.

Em uma equipe como a ilustrada na terceira situação, não se trata de dizer que essa é a melhor forma de conversar, mas pensar como sendo uma proposta. Não se trata, ainda, de buscar regras genéricas sobre qual é a melhor forma de conversar, mas sim um vocabulário de ação que possa promover mudanças no grupo. Em uma postura apreciativa, pode-se construir coletivamente o que neste grupo já constituído existe de positivo e que pode ser trazido como uma contribuição para a própria resolução de conflitos. Assim, deve-se buscar falar não das polaridades de opinião, mas das zonas de incerteza. Um exercício que se propõe como alternativa/ferramenta de ação é o de “como se”¹⁰. Em uma equipe, os participantes podem fazer o exercício de ouvir um determinado conflito “como se” fossem o paciente, “como se” fossem a mãe do paciente, “como se” fossem “o médico”, entre outros, experimentando possibilidades de diferentes performances e convidando para diferentes posicionamentos. Assim, não apenas se assumiriam as várias vozes, mas a também a sua corporificação por meio de um exercício que visa o reconhecimento de outras formas de escuta, diálogos e práticas em relação ao que é dito.

As formas de conversação tradicionalmente criam uma ideia de nós e outros, e nós como algo

ligado a bom e outros como algo ligado a ruim. Assim, “toda vez que declaramos qual é a questão ou o que é bom, utilizamos palavras que privilegiam determinados “existentes” ao mesmo tempo em que empurram o ausente e o contrário para as margens”^{31.p.29}. As equipes de saúde podem evitar explicar as ações do outro a partir de seus elementos negativos, em uma tendência a ir para os extremos. Não se trata, contudo, de buscar o consenso, mas de abrir-se para a convivência de múltiplas performances.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste artigo foi a de oferecer uma possibilidade de diálogo para as diferentes equipes de saúde que se veem, diariamente, atravessadas por conflitos e situações que parecem de difícil solução. As respostas para tais conflitos, longe de cristalizarem discursos como “é assim mesmo”, “trabalhar com pessoas é complicado” ou “isso é próprio do humano”, podem ser construídas na própria equipe que se identifica em conflito. Não localizar o sucesso ou insucesso da equipe em potencialidades individuais é uma das possibilidades aqui apresentadas, o que invalida posições como “depois que ele chegou o grupo nunca mais foi leve”, “ela é uma pessoa difícil” ou “ela é que salva o grupo”.

Ao descolar-se dessas descrições estereotipadas e produzidas tanto pelo senso comum como pelo discurso científico de tradição mais individualista, propõe-se um convite para que a equipe seja olhada como portadora e corporificadora de diferentes eus, de múltiplas vozes que não coloca os profissionais como únicos ou permanentes, mas como copartícipes do processo de performance do grupo e de sua recriação ao longo do tempo. Assim, não haveria o discurso do médico, o do psicólogo ou o da enfermeira, mas de pessoas formadas em diferentes linhas teórico-metodológicas, que podem, juntas, ressignificar suas próprias convicções, em busca de uma construção coletiva do que é necessário para a equipe.

Tal como a menina que assume seu próprio desconhecimento sobre o viver, em “A descoberta do mundo”, de Clarice Lispector, convida-se que os profissionais de saúde possam refletir sobre sua prática, buscando sempre novos sentidos. Ao finalizarmos este percurso, concordamos com o posicionamento clariceano^{1.p.115}: “Porque o mais surpreendente é que, mesmo depois de saber de tudo, o mistério continuou intacto. Embora eu saiba que de uma planta brota uma flor, continuo surpreendida com os caminhos secretos da natureza”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lispector C. A descoberta do mundo. Rio de Janeiro: Rocco; 1999.
2. Shotter J. Social accountability and selfhood. Oxford: Blackwell; 1985.
3. McNamee S. Research as social construction: transformative inquiry. *Sau. & Transf. Soc.* 2010; 1(1):9-19.
4. McNamee S. Reply the social networking site for The Taos-Tilburg PhD Program. <http://taos-tilburg.ning.com>. <Acesso em 30.06.2009>
5. Berger PT, Luckmann T. A construção social da realidade. 12 ed. Petrópolis: Vozes; 1995.
6. Hosking DM, McNamee S. Social constructionist inquiry. Trabalho não publicado.
7. Gergen KJ. An invitation to social constructionism. 2 ed. London: Sage; 2009.
8. Wittgenstein L. Investigações filosóficas. São Paulo: Nova Cultural; 1999.
9. Spink MJP (org). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
10. Anderson H. Conversação, linguagem e possibilidades: um enfoque pós-moderno da terapia. São Paulo: Roca; 2009.
11. Pessotti I. A formação humanística do médico. *Med* 1996; 29:440-48.
12. Dib RPE. Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras* 2007; 6(1):1-4.
13. Dimenstein M, Macedo JP. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: Spink MJP (org). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p.207-34.
14. Gergen KJ. Relational being: beyond self and community. New York: Oxford University Press; 2009.
15. Gergen KJ, Gergen M. Qualitative inquiry: tensions and transformations. In: Denzin NK, Lincoln Y (org). The landscape of qualitative research: theories and issues; 2007. p.575-610.
16. Bakhtin M. Marxismo e filosofia da linguagem. 9 ed. Lahud M, Vieira YF, trad. São Paulo: Hucitec; 1999.
17. Spink MJP, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ (org). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2000. p.41-61.
18. McNamee S, Gergen KJ. Relational responsibility: resources for sustainable dialogue. Thousand Oaks: Sage; 1999.
19. Gergen KJ. Realities and relationships: soundings in social construction. 2 ed. Cambridge: Harvard University Press; 1997.
20. Bakhtin M. Estética da criação verbal. Pereira MEGG, trad. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
21. Bakhtin M. Questões de literatura e de estética. Bernadini AF, trad. São Paulo: UNESP/Hucitec; 1998.
22. Abdala Junior R. O cinema na conquista da América: um filme e seus diálogos com a história. *Rev Bras Educ* 2008; 13(37):123-37.
23. Spink MJ. Social psychology and health: assuming complexity. *Quaderns de Psicol* 2010; 12(1):7-21.
24. Mol A. Ontological politics: a word and some questions. In: Law J, Hassard J (org). Actor network theory and after. Oxford: Blackwell Publishers; 1999. p.74-89.
25. Harré R, Van Langehove L. Dynamics of social episodes. In: Harré R, Van Langenhove L (org). Positioning theory. Oxford: Blackwell; 1999. p.1-13.
26. Wertsch JV. Vygotsky y la formación social de la mente. Zanón J, Cortés M, trad. Barcelona: Paidós Iberica; 1988.
27. Spink MJP, Frezza RM. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: Spink MJP (org).

Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2000. p.17-39.

28. Camargo-Borges C, Mishima S, McNamee S. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Revista Interinstitucional de Psicologia* 2008; 1(1):8-19.
29. Lyotard JF. *O pós-moderno*. Rio de Janeiro: José Olympio; 1986.
30. Gergen KJ. *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. 2 ed. New York: Basic Books; 2000.
31. Gergen KJ. Rumo a um vocabulário do diálogo transformador. In: Schnitman DF, Littlejohn S (org). *Novos paradigmas em mediação*. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.29-45.