



Pesquisa, Teoria e Metodologia - Dossiê

## A Construção do Cuidado no Diálogo entre Usuários e Profissionais de Saúde

*The construction of care in the dialogue between users and health care professional*

Carla Guanaes-Lorenzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Professora doutora, Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP – Brasil

**RESUMO** - O processo de cuidado em saúde tem sido alvo de muitas reflexões, que apontam para a necessidade de se discutir como tem se construído, no cotidiano das práticas em saúde, a relação entre pessoas e serviços. Estas reflexões têm sido fundamentais para uma maior integração das dimensões técnico-científicas às dimensões humanas e existenciais presentes no processo de cuidado, reconhecendo, tanto a importância dos recursos advindos das tecnologias duras (dos instrumentos e procedimentos médico-clínicos), como das tecnologias leves (diálogo, escuta, interação). De modo complementar a estas reflexões, busco, neste artigo, refletir sobre a construção do cuidado em saúde, considerando uma característica específica dessa construção que é o diálogo entre usuários e profissionais de saúde. Essa reflexão é desenvolvida tendo como base as contribuições do movimento construcionista social em Psicologia, e tendo o filme “Solitário Anônimo”, de Débora Diniz, como pano de fundo.

**Palavras-chave:** assistência à saúde; comunicação; participação do paciente; relações médico-paciente.

**ABSTRACT** - The process of health care has been the object of many reflections that point to the need to discuss how the relationship between users and services has been built in daily medical practice. These reflections have been fundamental to an increasing integration of the two dimensions of the process of care: on the one hand, the technical and scientific dimension and, on the other, the human and existential one. This integration recognizes both the importance of resources arising from hard technologies (instruments and medical-clinical resources), and resources that come from light technologies (dialogue, listening, and interaction). As a complement to these reflections, in this article I seek to reflect on the construction of health care, considering a specific feature of this construction, namely, the dialogue between users and health professionals. This reflection is developed based on the contributions of the social constructionist movement in psychology, and it has the movie entitled "Alone and Anonymous", by Debora Diniz, as a backdrop.

**Keywords:** delivery of health care; communication; patient participation; physician-patient relations.

### 1. INTRODUÇÃO

O processo de cuidado em saúde tem sido alvo de muitas reflexões, que apontam para a necessidade de se discutir como tem se construído, no cotidiano das práticas em saúde, a relação entre pessoas e serviços. De certo modo, estas reflexões se articulam às já conhecidas críticas à hegemonia do modelo biomédico, geralmente descrito como médico-centrado, hospitalocêntrico e curativista, e as propostas de humanização da assistência em saúde, dando visibilidade à “crise de legitimidade” que atravessa esse campo na atualidade<sup>1</sup>.

Esta crise na saúde explicita o paradoxo decorrente dos avanços científicos e tecnológicos da Medicina, com seus efeitos positivos (avanços no processo diagnóstico e aumento da eficiência e eficácia de intervenções terapêuticas, por exemplo) e negativos (fracionamento do cuidado, medicalização, encarecimento dos procedimentos, iatrogenia, etc).

Como analisa Ayres<sup>2</sup>, esse “paroxístico progresso tecnológico da Medicina acarretou profunda insegurança quanto à adequação prática e correção moral do que está sendo feito nas práticas terapêuticas” produzindo, dentre outras dificuldades, “uma progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e se tornarem cientes de seus próprios limites” (p.82/83).

Estas reflexões têm sido fundamentais para uma

**Autor correspondente**

**Carla Guanaes-Lorenzi**

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP,  
Departamento de Psicologia.

Avenida Bandeirantes, 3900. Monte Alegre.

CEP: 14040901 - Ribeirão Preto, SP – Brasil.

E-mail: [carlaguanaes@ffclrp.usp.br](mailto:carlaguanaes@ffclrp.usp.br).

Artigo encaminhado: 22/05/2013

Aceito para publicação: 30/07/2013

maior integração das dimensões técnico-científicas às dimensões humanas e existenciais presentes no processo de cuidado<sup>1,2</sup>, reconhecendo, tanto a importância dos recursos advindos das tecnologias duras (dos instrumentos e procedimentos médico-clínicos), como das tecnologias leves (diálogo, escuta, interação)<sup>3</sup>. Por esta perspectiva, cabe questionar não a legitimidade das tecnociências, mas, sim, problematizar o seu lugar de destaque na assistência em saúde, deixando em segundo plano outros conhecimentos (advindos de diferentes disciplinas e também da vida) igualmente fundamentais à construção do cuidado<sup>2</sup>. Trata-se de valorizar mais amplamente a centralidade do ato de cuidar, que se dá no encontro dialógico entre pessoas<sup>1,4</sup>.

De modo complementar a estas reflexões, busco, neste artigo, refletir sobre a construção do cuidado em saúde, considerando uma característica específica dessa construção que é o diálogo entre usuários e profissionais de saúde. Essa reflexão é desenvolvida tendo como base as contribuições do movimento construcionista social em Psicologia<sup>5</sup>, e tendo o filme “Solitário Anônimo”, de Débora Diniz, como pano de fundo<sup>6</sup>.

São muitas as análises possíveis sobre esse filme. Por apresentar uma temática complexa, tornam-se inesgotáveis as suas possibilidades interpretativas. Entre outros aspectos, o filme permite explorar uma diversidade de vozes (do idoso, dos diferentes profissionais de saúde, da família), de disciplinas (Direito, Psicologia, Medicina, Filosofia, etc) e de temas (família, saúde-doença, cuidado, direitos humanos, morte, vida, relação terapêutica). Cada escolha permite avançar na construção de conhecimento em um campo, ao mesmo tempo em que abre espaço para muitas outras conversas.

Reconhecendo o limite, mas também a potencialidade, que essa complexidade impõe a essa construção narrativa, elejo, como foco de análise desse artigo, o diálogo que se constrói na interação entre idoso e profissionais de saúde, tal como retratado nesse filme. Entendo que este diálogo, que parece característico de uma situação tão particular, traz elementos comuns ao modo como o cuidado tem se produzido em nosso cotidiano, em encontros situados entre usuários e profissionais de saúde, assim dando forma a um padrão de relacionamento marcado pela solidão e anonimato de ambos.

Considerando este objetivo, este artigo está estruturado do seguinte modo: inicialmente, apresento a “poética social” como método de

investigação e a análise de dois momentos do filme “Solitário Anônimo”, 1) a imposição de um cuidado e 2) a imposição de uma identidade. Na análise destes momentos, discuto como a dificuldade de diálogo cria um distanciamento entre idoso e equipe profissional, limitando o desenvolvimento de uma relação de cuidado. A partir disso, proponho a compreensão do diálogo como potencialidade, apresentando alguns recursos que podem contribuir com a construção de relações mais dialógicas e responsivas na assistência em saúde.

## 2. A “POÉTICA SOCIAL” COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO: MOMENTOS MARCANES

Assistir ao filme “Solitário Anônimo” foi, para mim, uma experiência marcante e provocadora. O filme retrata a situação de um homem idoso que, deitado na grama à espera da morte, é levado a um hospital para ser cuidado e assim recuperar a vida. A recusa do idoso em ser cuidado e a insistência da equipe de saúde em fazê-lo; a busca do idoso pela morte e a luta da equipe por lhe dar a vida; a ordem judicial que regula a vontade do idoso e as ações da equipe são marcas de um processo interativo tenso e dilemático, e, por isso mesmo, tão potente para gerar reflexões sobre as complexas relações construídas nesse contexto.

Se, por um lado, a situação retratada no filme pode ser descrita como uma situação incomum, possivelmente distante da rotina dos serviços, por outro, podemos encontrar nessa situação ressonâncias das maneiras como também experimentamos as relações com alguns serviços e profissionais de saúde em nosso cotidiano. Nesse sentido, concordo com Shotter<sup>7</sup> que a produção de conhecimento se enriquece especialmente da compreensão das irregularidades das situações inusitadas, assim apontando caminhos para transformações no mundo social.

Nesse artigo, a *poética social* como método de investigação foi utilizada como recurso para análise reflexiva sobre esse filme. Como apresentam Shotter e Katz<sup>8</sup>, o termo poética deriva do grego *poesis*, que significa dar ou emprestar forma a algo. Segundo os autores, em nossa relação com o mundo, alguns momentos nos tocam de uma maneira particular, apresentando irregularidades que denunciam uma experiência de não encaixe, de quebra ou falta de sentido. A análise de tais momentos (*momentos marcantes ou “arresting moments”*) pode contribuir com a abertura para novos significados, permitindo a construção de conexões criativas entre eventos que, à

primeira vista, se mostram de difícil compreensão<sup>9,10,11</sup>.

Com base neste entendimento, selecionei, para análise, dois momentos marcantes em minha relação com o filme. Esta análise não restringe outras possibilidades de descrição desses mesmos momentos; visa, apenas, construir um senso de experiência compartilhada, que pode contribuir com o processo de produção de sentidos sobre a construção do cuidado na assistência em saúde.

### 2.1 Momento 1: A Imposição de Um Cuidado

[Profissional 1] – Deixa eu falar... se o senhor não engolir ela (sonda) não entra...

[Senhor] – Não... eu não quero isso...

[Profissional 1] – Mas o senhor precisa...

[Senhor] – Não preciso...<sup>6</sup>

Logo nos momentos iniciais do filme, o idoso aparece deitado em uma maca e é levado para a enfermaria de um hospital, onde é recebido por profissionais de saúde. Estes dizem que ele precisa se alimentar e que, para tanto, passarão uma sonda. O idoso diz que não quer que isso seja feito. No entanto, considerando este um procedimento necessário para a recuperação da vida, os profissionais dão continuidade à sua ação. Dificuldades surgem no desenvolvimento desse procedimento, em função do que entendem como falta de colaboração do idoso, que não aceita o tratamento. Pedem sua ajuda, pedem que ele engula voluntariamente a sonda, argumentam que precisam tratá-lo. O idoso contorce-se, queixa-se de dor, entende estar sendo violentado em sua vontade. Caracteriza-se, assim, a construção de uma relação tensa, em que *posições*<sup>12</sup> de pessoa são construídas\*: o idoso como paciente difícil e resistente, e os profissionais de saúde como “selvagens”, que agem sem demonstrar respeito para com o cidadão.

Assistir a essa cena é uma experiência, no mínimo, desconcertante. O corpo do idoso, bastante magro e fragilizado, contrasta com o tratamento oferecido pela equipe de saúde. O diálogo se desenvolve de modo tenso. Perguntas são deixadas sem resposta ou, quando respondidas, não atendem às expectativas dos profissionais. Os pedidos da equipe não são atendidos pelo idoso, sendo a recíproca verdadeira. Do lado da equipe, o uso do imperativo predomina marcando a

ordenação do que precisa e deve ser feito – a necessidade de um tratamento para a recuperação da vida. Do lado do idoso, predomina a negativa (verbal e pelo corpo que sinaliza a dor), a angústia e o sofrimento que atravessa a relação ali vivida – negação, assim, do tratamento, o que conduz à morte. Na disputa entre posições tão distintas, a dificuldade de diálogo entre o idoso e os profissionais de saúde ganha uma visibilidade impertinente.

A interação apresentada no filme remete à complexidade<sup>13</sup>, sendo que a multiplicidade de posições e discursos sociais impede conclusões únicas e generalizantes. Ainda assim, o filme parece chamar por um posicionamento moral, ético e político, na defesa de um ou outro polo do relacionamento entre idoso e equipe de saúde. Nessa disputa, o tema do “cuidado” aparece como pano de fundo.

Nesse artigo, parto do entendimento de que é nos processos de interação social e nos momentos ativos de uso corporificado da linguagem que reside o processo de significação sobre nós mesmos e sobre o mundo em que vivemos<sup>7</sup>. Esse processo de produção de sentidos deve ser considerado em sua complexidade. No momento de uma interação, quando as pessoas conversam, elas o fazem a partir das referências do contexto social, cultural e histórico em que vivem, utilizando-se de discursos sociais e gêneros de fala próprios a esse contexto<sup>14</sup>. Este aspecto mostra como nossas interações estão fortemente marcadas por significados socialmente construídos acerca do mundo social, como, por exemplo, nas conversas sobre o que é bom ou mau, correto ou incorreto, normal ou patológico, cuidado ou descuido, e assim por diante. Porém, para além da análise das regularidades que atravessam o processo de produção de sentidos, consideramos que o momento interativo é também marcado pela incerteza, que se explicita principalmente quando alguns significados socialmente compartilhados parecem insuficientes para dar conta do mundo em que vivemos, ou quando experimentamos as dificuldades dos processos de negociação entre visões contrastantes de mundo. Por isso, o diálogo pode ser entendido também como arena de desentendimentos, imprecisões e irregularidades e, assim, recurso potencial para a transformação de sentidos<sup>15</sup>. Nesse plano de análise, somos confrontados, por exemplo, com os limites de nossas construções sociais.

Se partirmos desse entendimento, no filme, a ação da equipe profissional parece estar investida prioritariamente pelo entendimento de cuidado como

tratamento de uma condição debilitante. Nessa dimensão, cuidar do idoso é garantir-lhe tratamento médico/hospitalar, para isso sendo usados todos os recursos clínicos e tecnológicos possíveis para essa ação. O cuidado, aqui, aparece construído como necessidade para recuperação da vida, sendo o profissional de saúde o especialista que pode/deve dizer o que o corpo precisa para melhorar. A *posição*<sup>12</sup> do idoso, por outro lado, parece estar investida pelo entendimento de cuidado como opção individual (direito à liberdade de escolha) e, sendo assim, da morte como uma escolha possível. A partir dessa *linha de história*<sup>12</sup>, o idoso não legitima o tratamento que recebe como cuidado, pois este não atende às necessidades que ele apresenta àquela interação. No entanto, no campo discursivo hegemônico em que se dá a construção do ato de cuidado em saúde, a posição do idoso não encontra (e não pode encontrar) legitimidade.

Como discutem Corradi-Webster e Carvalho<sup>16</sup>, a construção social do cuidado está fortemente ancorada em uma tradição individualista, que acentua a responsabilidade pessoal pela saúde. Desse modo, qualquer ação individual que coloque a saúde (e por implicação, também a vida) em risco é ação passível de questionamento. Ao conceito de saúde é agregado um valor moral alto, e as pessoas que não adotam os comportamentos de saúde apregoados como saudáveis podem ser rotuladas de resistentes e irresponsáveis. Entretanto, os discursos sobre saúde nunca se referem apenas à saúde, mas trazem consigo a ordem econômica, política e social em que são gerados.

Partindo do entendimento de cuidado como construção social, o posicionamento do idoso no filme se coloca como uma exceção impertinente à regra da busca pela saúde e da necessidade de cuidado individual. Nesse sentido, ao longo do filme, são muitas as tentativas dos profissionais de saúde de questionar a capacidade de julgamento do idoso (sua consciência). Frente à necessidade de tratar (“... desde que o senhor esteja aqui, a gente tem que tratar do senhor”), o idoso se constrói e é construído como resistente e irresponsável, pois não reconhece que viver não é uma escolha (“Mas a vida é tão boa... por que que o senhor está querendo morrer?”)<sup>6</sup>.

Assim, o filme ilustra que o entendimento compartilhado de cuidado, sustentado pelo discurso médico, prepara os profissionais de saúde para lidar com pessoas que recorrem aos tratamentos médico-hospitalares como recurso para viver, e não em

situações em que essa ajuda é vista como uma obstrução ao desejo de morte. Esse entendimento orienta uma prática coletiva, um modo correto de lidar com as pessoas que são encaminhadas para assistência médica (voluntária ou involuntariamente). Como, então, cuidar de alguém que não deseja ser cuidado ou que não legitima o hospital como local de ajuda? A dificuldade de situar a ação do idoso numa ordem coletiva traz importantes desafios e questionamentos. Um dos efeitos da dificuldade de responder e significar a problemática apresentada pelo idoso é recorrer à culpabilização ou à patologização individual: alguma coisa deve estar errada com ele para que deseje algo tão diferente do que orienta nossas práticas sociais cotidianas.

Essa dimensão dilemática e inusitada que se dá no momento interativo entre esse idoso e profissionais de saúde pode ser especialmente útil para se pensar transformações no modo como, cotidianamente, entendemos o cuidado. São estas situações únicas e irregulares que nos confrontam com uma experiência de quebra de sentido, de não encaixe, forçando a ampliação de significados para dar conta da complexidade das situações que vivenciamos no cotidiano. Situações complexas exigem entendimentos complexos. No plano das interações imediatas, fica evidente que não há uma única maneira de se entender cuidado. Se, por um lado, o ato de cuidar pode evidenciar o intuito de tratar e recuperar a vida, paradoxalmente, no relacionamento imediato, esse cuidado pode ser construído como uma imposição a uma vida que não mais se deseja. Na disputa entre posições tão díspares frente ao significado da vida, difícil é saber quem emerge como algoz ou vítima nesse jogo da verdade.

É importante destacar, contudo, que na situação apresentada no filme, a relação entre o idoso e a equipe de saúde é também mediada por uma ordem judicial, que legitima e valoriza um entendimento único de cuidado e cobra por uma identidade oficial. Dessa perspectiva, tanto profissionais de saúde como pacientes têm seus recursos de negociação limitados pelas regras dadas por esse contexto mais amplo.

## 2.2 Momento 2: A Imposição de Uma Identidade

((Foco nas mãos do paciente e do homem que está colhendo as digitais))

[Homem]: é... é na realidade... o... esse método... a gente está desenvolvendo pra pessoas que não tem muito:: trato

com a identificação então qualquer pessoa pode identificar você... se tiver um material desse pode identificar... o resultado é... tão bom ou até melhor do que... a tinta...<sup>6</sup>

Ao ser encontrado deitado na grama, à espera da morte, um bilhete é encontrado junto ao idoso. Destinado “a quem interessar possa”, neste bilhete o idoso se posiciona como “Solitário Anônimo”, explicando não ter vínculos ou relações naquela região do país. Ao ser levado para o hospital, essa descrição identitária mostra-se insuficiente, trazendo desafios para a equipe<sup>6</sup>.

A falta de informações acerca dos dados pessoais e demográficos que usualmente identificam os pacientes no serviço (nome, filiação, estado civil, escolaridade) traz limites para a ação da equipe, que passa a perseguir a busca por estas descrições, a despeito do desejo expresso pelo idoso de não ser identificado. Essa situação culmina pela busca de um técnico especializado em digitais que usa de tecnologia específica da área para identificá-lo e restituir-lhe a identidade. Com isso, a vida pregressa do idoso é resgatada, integrada então à esperança de construção de uma narrativa lógica e coerente de sua trajetória de vida. Como os jornalistas descrevem em noticiário de televisão: “a Assistente Social também descobriu que é formado em Direito e Filosofia pela Universidade de Brasília e é fluente em cinco idiomas... Apurou ainda que não foi a primeira vez que saiu de casa... mas nunca tinha ficado tanto tempo...”<sup>6</sup>. O anonimato mobiliza muitas pessoas. A descoberta de sua identidade oferece, ao menos aparentemente, um desfecho a essa história.

No entanto, o que a revelação dessa identidade representa? Que idoso existia antes dessa descoberta? O que esta identidade que lhe foi atribuída efetivamente significa pra ele e para os profissionais de saúde? Ou, ainda, de que modo os posicionamentos desse idoso contribuíam para a construção também das pessoas dessa equipe de saúde? Teria essa descoberta o poder de desvendar o mistério que levava esse idoso a querer algo tão difícil de ser compreendido pela equipe? Saber de sua história permitiria à equipe legitimar sua vontade e relacionar-se com ele de outro modo?

Neste momento do filme, a questão da identidade é tratada de maneira estática, materializada em um documento (carteira de identidade). O acesso a essa

identidade traz momentaneamente a sensação de descoberta de um mundo anterior e interior. No entanto, essa identidade estática e autocontida pode ser compreendida como um mito da modernidade<sup>17</sup>, que fecha possibilidades para um entendimento mais flexível acerca de como as pessoas chegam a ser o que são em seus relacionamentos e de como estas versões identitárias são construídas socialmente. Como afirma Shotter<sup>15</sup>, nossa vida e nossas identidades encontram-se entrelaçadas às realidades conversacionais que criamos em nossas interações. Ao se descreverem e serem descritas de determinadas maneiras, as pessoas emergem como sendo de um determinado tipo, com um conjunto de características pessoais. Assim, o que normalmente entendemos como sendo o *self* pode ser visto como uma “realização retórica” momentânea, isto é, a construção de uma história possível de si, no diálogo com outros.

Nessa perspectiva, o idoso deitado na maca, solitário e anônimo, assim se constrói e se revela a cada momento de encontro e diálogo, com cada profissional de saúde. Colaborador ou resistente ao tratamento, crente ou ateu, leigo ou instruído, passivo ou um ativista político, estas são todas posições construídas de dentro de uma dada *linha de história* e situação interativa<sup>12</sup>. Explorar também essas posições fluidas e imprecisas, construídas na relação vivida e significativa com cada profissional de saúde, talvez se mostrasse um caminho igualmente importante na busca da identidade do idoso. Talvez, nesse caminho, os profissionais de saúde também pudessem se revelar como menos anônimos e, assim sendo, menos solitários no processo de tomada de decisão sobre a vida das pessoas de quem precisam cuidar. Afinal, para além da identidade de “profissional de saúde”, todos mantêm relações específicas (e, possivelmente, igualmente intensas) com a situação que lhes foi também imposta pela decisão do idoso de querer morrer. Este ponto será explorado de modo mais aprofundado na seção “Diálogo como potencialidade”.

### 3. DIÁLOGOS SOLITÁRIOS E ANÔNIMOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Em uma análise específica sobre o uso feito do termo diálogo em textos acadêmicos, Steward e Zediker<sup>18</sup> afirmam a diversidade de uso desse termo entre autores construcionistas sociais e identificam duas dimensões distintas nesses estudos. A primeira, que denominam de *descritiva*, refere-se à característica relacional e interacional da condição humana, ou seja, considera a linguagem como

imane ao processo de intercâmbio social. A segunda dimensão, que denominam de *prescritiva*, inclui autores que propõe recursos conversacionais que visam favorecer uma comunicação aberta a novas possibilidades. Ou seja, nessa dimensão, os autores buscam explicitar a qualidade dos diálogos estabelecidos e seu potencial generativo, entendendo o diálogo como prática.

Em meu contato com a diversidade de propostas existentes no campo dos estudos construcionistas, a versão *responsiva-relacional* proposta por Shotter<sup>7</sup>, parece-me particularmente útil na compreensão do processo de interação social. Isso porque privilegia o momento interativo de produção de sentidos (dimensão *descritiva* de diálogo), ao mesmo tempo em que amplia o entendimento de linguagem, valorizando sua dimensão corporificada. Por outro lado, nesta versão de construcionismo, o diálogo aparece descrito também como recurso para criatividade, espontaneidade, imprevisibilidade e mudança – o que, numa dimensão *prescritiva*, constitui um recurso para se pensar a qualidade dos diálogos estabelecidos. Nesse sentido, esta versão pode ser especialmente útil para um entendimento do processo de construção do cuidado em saúde – foco deste artigo.

Em síntese, Shotter<sup>7</sup> dá ênfase ao momento interativo do uso corporificado da linguagem. Enfatiza a dimensão responsiva do processo de significação, assumindo que não existe a possibilidade de uma relação não *responsiva* entre a pessoa e o mundo que a cerca. Do mesmo modo, diminui a ênfase na análise da conversação dada por alguns estudos construcionistas, e amplia a ênfase no aspecto *relacional* do processo de significação. Segundo ele, o processo de produção de sentidos envolve sempre uma *ação conjunta* entre dois ou mais interlocutores, em contexto e tempo determinados. É sempre no momento interativo, no contexto relacional imediato, nos limites entre o que uma pessoa fala e a outra responde, numa *zona dialógica* e, portanto, de incerteza, que o sentido se produz<sup>19</sup>. A partir disso, o autor se dedica à compreensão das especificidades do *momento interativo*. Para ele, é apenas a partir de uma atenção também a esta linguagem corporificada e significativa, que se inscreve no momento interativo, que se pode ter acesso a mundos que permaneceriam, de outras formas, não revelados nas práticas cotidianas.

O foco na construção relacional do sentido tem levado também à reflexão sobre a qualidade das relações que estabelecemos com o mundo e com as

pessoas que nos cercam. Com esse enfoque, Shotter<sup>20</sup> analisa que uma condição especial dos diálogos generativos é a *responsividade*. Esta noção refere-se a um tipo especial de relacionamento, em que as pessoas estão engajadas em uma forma dialógica de conversação. *Conversas dialógicas* são necessariamente responsivas. Ao contrário, *conversas monológicas* carecem do sentido de responsividade, dada a dificuldade de se responder ao outro como alteridade e de se estabelecer um relacionamento em que novas possibilidades de significação possam ser conjuntamente construídas. Nas conversas monológicas a multiplicidade de vozes é abafada por uma voz dominante, sem relação com outros discursos e interlocutores<sup>21</sup>.

Se analisarmos as conversas desenvolvidas entre o idoso e os profissionais de saúde ao longo do filme, podemos considerar que estas caracterizam *conversas monológicas, não responsivas*. Nessa interação, a multiplicidade de vozes é abafada por uma voz dominante e autocontida. Tanto profissionais de saúde como o próprio idoso estão presos em suas próprias narrativas (seja em relação à imposição de um tratamento, seja da imposição de um anonimato e de um suposto direito de morte), pouco abertos ao que os outros lhe apresentam como possibilidade e diferença. O aprisionamento dessas pessoas nesses discursos monofônicos impede a abertura para outras possibilidades narrativas, bloqueando o contato com dúvidas, incertezas e questões que, se exploradas, poderiam tornar flexíveis os limites desse relacionamento, assim transformando uma conversa de disputa em uma conversa colaborativa, de geração de possibilidades.

Segundo Steward e Zudiker<sup>18</sup>, a construção de uma relação dialógica envolve sempre a convivência com uma certa tensão discursiva, que aparece na disputa entre “deixar o outro acontecer para mim” ou “defender minha própria posição”, entre assumir a “multivocalidade” ou a “univocalidade”, ou entre a valorização da “teoria” versus da “prática”. Para os autores, a busca por manter-se na defesa de um desses polos dificulta a construção de relações dialógicas numa interação social.

No filme, a dificuldade de construção de uma relação dialógica entre o idoso e a equipe de saúde é marcada por estas três tensões. O diálogo desenvolve-se com base na persuasão. Tanto usuário como profissionais buscam afirmar e defender suas posições, o que impede a escuta dos entendimentos do outro em relação à mesma situação. As múltiplas vozes e

sentidos que atravessam a construção do problema apresentado cedem lugar à defesa de uma compreensão única de cuidado e de identidade; e a busca por modos alternativos de compreensão da situação vivenciada dá lugar apenas aos procedimentos (ao ato de cuidar através unicamente dos recursos médico-hospitalares e a busca da identidade por técnicas de coleta de impressão digital).

Como o filme claramente apresenta, muito se sofre e se perde com o uso do diálogo como ferramenta de disputa e persuasão.

#### 4. DIÁLOGO COMO POTENCIALIDADE

[Senhor] – Por quê que a banana é torta?

[Homem] – Por que o quê?

[Senhor] – Por que a banana é torta?

[Homem] – Por que a banana é torta? Uai... não sei... por quê?

((O senhor sorri, ainda de olhos fechados.))<sup>6</sup>

Como construir relações responsivas e dialógicas?

O entendimento de diálogo como prática social tem levado alguns autores a refletirem sobre alguns modos de conversação que favorecem a construção de relações dialógicas e responsivas, assim criando possibilidades de transformação. A seguir, destacarei algumas dessas contribuições, que julgo servirem como recursos potencialmente úteis para a ampliação da escuta e do diálogo no cuidado em saúde.

A primeira delas refere-se ao próprio reconhecimento dos processos de construção social e, com isso, o investimento no desenvolvimento de conversas que incentivam a polifonia (multiplicidade de vozes) e a polissemia (diversidade de sentidos). A explicitação do caráter socialmente construído do conhecimento tem sido discutida como recurso para ampliação das possibilidades de significação<sup>22</sup>. Este tipo de reflexão dá visibilidade à dialogia que atravessa nossa relação com as pessoas e com o mundo. Nesse artigo, essa postura se marca na defesa de uma concepção de cuidado como construção social e relacional.

Uma segunda contribuição refere-se à adoção de uma “postura de curiosidade” sobre o ponto de vista do outro<sup>23</sup>. Esta postura incentiva que se investigue a lógica de significação que atravessa a narrativa apresentada por uma pessoa. Se retomarmos novamente os momentos do documentário recortados para análise nesse texto, poderia ser útil aos profissionais de saúde, por exemplo, conhecer um pouco mais da *linha de história* que orienta o idoso na construção de seu *posicionamento*. Descontextualizados de suas linhas de história, quaisquer posicionamentos carecem de legitimidade social<sup>12</sup>.

Outro recurso que pode ser útil na construção de relações mais dialógicas e responsivas é o uso da *alusão* e da *tolerância* como alternativa à afirmação de uma verdade única, e o reconhecimento da incerteza que é característica dos processos de interação social<sup>8</sup>. Tais aspectos sugerem que as grandes narrativas explicativas sobre o mundo sejam colocadas em suspenso, assim permitindo a emergência das incertezas que habitam nossas práticas cotidianas. No filme, essa postura poderia fomentar o reconhecimento das dúvidas que surgem no momento interativo, tanto por parte do idoso (Em que situações duvidou de seu posicionamento? Quando sentiu falta da rede social que lhe fazia menos anônimo? Quando a morte lhe começou a soar menos como ameaça e mais como direito?), como por parte da equipe profissional (O que a situação vivida representa? O que pensam sobre essa situação? Como aquela situação inusitada os afeta? Já desejaram morrer – seja por desespero, seja por conceber isso como direito? Já assistiram a outros que desejavam viver e não podiam?). Refletir sobre estas questões poderia reduzir o distanciamento experimentado na interação, ampliando as possibilidades de reflexão sobre o tema.

Outro recurso que pode se mostrar útil refere-se ao abandono de uma “postura de especialista”<sup>24</sup>, marcada por uma relação hierárquica e supostamente neutra do profissional de saúde. Esta postura tem sido fortemente sustentada pelo cientificismo e positivismo que, como ressalta Martins<sup>25</sup>, frequentemente, confunde cientificidade com veracidade: “por julgar-se científica e entender que é verdadeira por isso, a Medicina tende a esquecer que seu ‘objeto’ é um paciente real, concreto, que ultrapassa em complexidade os esquemas fisiopatológicos, físico-químicos, que sua Ciência pode abarcar” (p.24). Como retratado no filme, essa postura de especialista sustenta uma relação solitária e anônima – uma vez que os profissionais ocupam o lugar de quem conhece

e sabe o quê o idoso de fato precisa e necessita. Como dito em outro momento deste texto, não se trata de negar o conhecimento técnico-científico ou especializado, fundamental à boa prática médica. Trata-se, ao contrário, de não destacá-lo como o único recurso fundamental à construção do cuidado. No filme, a imposição, sustentada pela ênfase no discurso técnico, de um cuidado e de uma identidade, amplia a tensão nos diálogos entre idoso e equipe de saúde.

Outro recurso apontado na literatura construcionista para potencializar a construção de relações dialógicas advém da responsabilidade relacional como alternativa à tradição individualista<sup>22</sup>. Esta postura marca a transição de um discurso que situa o processo de conhecimento na mente individual (e, em função disso, cria práticas de culpabilização e avaliação individual) para um discurso que situa o processo de conhecimento nos relacionamentos humanos. No filme, essa postura sugere que cuidado e identidade sejam tomados como construções sociais, resultantes do que idoso e profissionais de saúde, como participantes de um contexto social e histórico específico, produzem conjuntamente.

Além das contribuições específicas desses autores, concordo com Shotter<sup>26</sup> que a construção de relações dialógicas envolve um tipo diferente de conhecimento, que ele chama de *conhecimento de terceiro tipo*. Este tipo de conhecimento não se origina da teoria (conhecimento especializado, geralmente de conteúdo) ou da prática (conhecimento do como fazer, do funcionamento das estruturas e padrões), mas de dentro do próprio momento interativo. Trata-se de um conhecimento criado relacionalmente, no diálogo das pessoas com elas mesmas e com o mundo, através de suas respostas espontâneas e não convencionais. É de dentro de sua participação no momento interativo que as pessoas constroem possibilidades e limites para a relação vivida, para o que podem ou não fazer, dizer e sentir, podendo inclusive ressignificar as regras prático-morais por elas mesmas construídas<sup>26,27</sup>.

Cecílio<sup>4</sup> recorre ao conto “A morte de Ivan Illich”, de Tostói, para provocar reflexões acerca da gestão do cuidado. Analisando a situação de encontro verdadeiro e honesto que se dá entre Guerássim (serviçal, na posição de cuidador) e Illich (juiz, na posição de doente), o autor destaca que apesar do encontro entre os dois “ser um encontro marcado por determinações que lhe são externas, ele comporta sempre uma margem de liberdade de criação, de invenção, do inusitado, de atualização do virtual, que escapa aos determinismos que estão presentes na situação”

(p.548). Desse modo, Cecílio<sup>4</sup> chama a atenção para as outras tecnologias de cuidado, que podem advir do gesto, da proximidade física, da escuta e da generosidade de um cuidador capaz de uma “escuta mais fina das necessidades singulares de cada pessoa” (p.553). Chama, também, a atenção para a potencialidade dos sujeitos no espaço do encontro, momento que permite a ruptura com o instituído e a abertura para a criação.

Para concluir, considero importante que os profissionais de saúde possam utilizar esse tipo de reflexividade como um importante recurso prático, assumindo uma postura crítica sobre o quê o uso de suas teorias e técnicas possibilitam e impedem. Não se trata da negação dos avanços do conhecimento técnico-especializado, mas de perceber esses conhecimentos teóricos e técnicos no momento interativo – momento em que o cuidado se produz relacional e dialogicamente como realidade. Nesse momento, mais do que a postura neutra e ascética de um profissional, pode ser especialmente potente a postura viva, envolvida e atenta de um profissional reflexivo – capaz de visitar suas próprias experiências e refletir sobre as dúvidas e incertezas presentes na sua própria história e no contexto de seu campo de conhecimento / especialidade. Essa postura dialógica e reflexiva aceita e acolhe a diferença, reconhecendo a necessidade de percorrer também os caminhos complexos e desconhecidos das interações humanas. Afinal, “*por que a banana é torta*”<sup>6</sup>? Eu não sei... Você sabe?

#### NOTA

\*A Teoria do Posicionamento tem sua estrutura conceitual-metodológica baseada na tríade *posição / força social da ação / linha de história*. Através dessa tríade, busca descrever como a vida social é construída na conversação. A *posição* refere-se aos atributos morais e pessoais apresentados em uma conversação, e que são marcados por uma determinada *força social*, isto é, pelo poder presente nos enunciados na construção de práticas sociais. Por sua vez, as posições que as pessoas assumem guardam relação com as *linhas de história* das conversações em desenvolvimento, isto é, estão ligadas às histórias conversacionais que orientam a construção de uma dada narrativa, no momento de uma interação<sup>12</sup>.

#### AGRADECIMENTOS



Agradeço aos estudantes do LAPEPG-USP (Laboratório de Pesquisa e Estudo em Práticas Grupais) pelas contribuições dadas ao desenvolvimento desse artigo. Em especial, agradeço à estudante de pós-graduação Giovanna Cabral Doricci por sua cuidadosa revisão dos aspectos formais do texto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc* 2004; 13(3): 16-29.
2. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface comunic saúde educ* 2004; 8(14): 73-92.
3. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde debate* 2003; 27(65): 316-323.
4. Cecílio LCO. A morte de Ivan Illich, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface comunic saúde educ* 2009; 13(1): 545-555.
5. Gergen KJ. *Realities and relationships: soundings in social construction*. 2 ed. Cambridge: Harvard University Press; 1997. 356 p.
6. Diniz D. *Solitário Anônimo* [I vídeo-disco]. Brasília: Imagens Livres, Anis; 2007. I vídeo-disco: 18min, NTSC, sonoro, colorido.
7. Shotter J. *Conversational realities revisited: life, language, body and world*. Chagrin Falls: Ohio, Taos Institute Publications; 2008. 239 p.
8. Shotter J, Katz AM. 'Living Moments' in dialogical exchanges. *Human systems* 1999; 9(2): 81-93.
9. Shotter J. Social constructionism and social poetics: Oliver Sacks and the case of Dr. P. In: Bayer BM, Shotter J (eds.). *Reconstructing the psychological subject: bodies, practices and technologies*. London: Sage; 1998. p. 33-51.
10. Cunliffe AL. Social poetics as management inquiry: a dialogical approach. *J management inq* 2002; 11(2): 128-146.
11. Guanaes C, Japur M. Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estud. psicol (Natal)* 2008; 13(2): 117-124.
12. Harré R, Langenhove LV. The dynamic of social episodes. In: Harré R, Langenhove LV (eds.). *Positioning Theory: moral contexts of intentional actions* Oxford: Blackwell Publishers; 1999. p. 01-13.
13. Spink MJP. *Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade*. *Quaderns de psicologia* 2010; 12(1): 41-56.
14. Spink MJP, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJP (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 1999. p.41-61.
15. Shotter J. Dialogical realities: the ordinary, the everyday, and other strange new worlds. *J theor soc behav* 1997; 27(2/3): 345-357.
16. Corradi-Webster CM, Carvalho AMP. Diálogos da psicologia com a enfermagem em tempos de transformação paradigmática. *Rev esc enferm USP* 2011; 45(4): 974-80.
17. Ibañez T. Como se puede no ser construccionista hoy en dia? In: Ibañez T. *Psicologia social construccionista*. México: Universidad de Guadalajara; 2001. p. 245-257.
18. Stewart J, Zediker K. Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern communication journal* 2002; 65(1): 224-242.
19. Shotter J. Making sense on the boundaries: on moving between philosophy and psychotherapy. In: Griffiths AP (ed.). *Philosophy, psychology and psychiatry*. Cambridge: Cambridge Press; 1994. p.55-72.
20. Shotter J. Spontaneous responsiveness, chiasmic relations and consciousness: inside the realm of living expression. John Shotter's Home Page. <http://pubpages.unh.edu/~jds/Consciousness.htm>. 2002. <Acesso em 12.02.2013>.
21. Bakhtin MM. *Problemas da poética de Dostoiévski*. 3ª ed. Bezerra P (trad.). São Paulo: Forense Universitária; 2002. 275 p.
22. McNamee S, Gergen K. *Relational responsibility: resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks: Sage publications; 1999. 236 p.
23. Cecchin G. Construindo possibilidades terapêuticas. In: McNamee S, Gergen K. *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artes médicas; 1998. p. 106-116.
24. Anderson H. *Conversation, language and possibilities: a postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books; 1997. 308 p.
25. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface* 2004; 8(14): 21-32.
26. Shotter J. *Cultural politics of everyday life*. Toronto: University of Toronto Press; 1993. 240 p.
27. Guanaes C. *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor; 2006. 285p.