

As dimensões intangíveis da prática assistencial: biopolítica, ética e afeto em sua relação com a clínica

Intangible dimensions of care: biopolitics, ethics and affection in relation to clinical practice (abstract: p. 15)

Las dimensiones intangibles de la práctica asistencial: biopolítica, ética y afecto en su relación con la clínica (resumen: p. 15)

Daphne Rodrigues Pereira^(a)

<daphne.pereira@inca.gov.br> 

Marilene de Castilho Sá^(b)

<marilene@ensp.fiocruz.br> 

^(a) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Praça Cruz Vermelha, 23, 7º andar, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20230-130.

^(b) Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Este artigo é parte inicial de uma pesquisa realizada em um centro de transplante de medula óssea, do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos usuários são pessoas em situação de extrema vulnerabilidade. Sua proposta é analisar dimensões que atravessam a prática em saúde e não se reduzem a resultados imediatamente mensuráveis, podendo ser chamadas de dimensões intangíveis do cuidar. O objetivo é refletir sobre o encontro profissional-paciente, em sua relação com o adoecimento e a morte, sob o conceito psicanalítico de inconsciente. Para isso, foi realizado o relato de situações vividas no campo denominadas vinhetas clínicas; e, com base nas articulações teóricas elaboradas, consideram-se os vetores da biopolítica, ética e afeto como axiais à assistência. Conclui com a necessidade de propor perspectivas do cuidar que reconheçam a subjetividade concernida à prática assistencial.

Palavras-chave: Transplante de medula óssea. Equipe de cuidados de saúde. Ética clínica. Psicanálise. Atenção hospitalar especializada.



Introdução

Os atravessamentos na relação profissional-paciente

A proposta deste artigo é analisar algumas dimensões que atravessam a prática assistencial em cenários críticos. Dimensões que estão concernidas na contribuição singular de cada profissional de saúde, em um movimento recíproco entre sua atuação e os efeitos que ela provoca no usuário e no próprio trabalhador. Essas dimensões não se reduzem a resultados imediatamente mensuráveis, escapando aos instrumentos usuais de apreensão. Por tais características, esses aspectos da assistência podem ser chamados de “dimensões intangíveis do cuidado”¹. No estudo ora proposto, as dimensões a serem analisadas se relacionam a biopolítica, ética e afeto, e a escolha por elas será mais bem explicada no tópico sobre os resultados.

Este artigo se refere à primeira etapa de uma pesquisa realizada em um centro de transplante de medula óssea do Sistema Único de Saúde (SUS), onde são atendidos usuários em situação de extrema vulnerabilidade orgânica – com potencial risco de morte – e vulnerabilidade psicossocial. Nesse contexto de alta complexidade, é comum o uso de grande aparato biotecnológico e a ocorrência frequente de situações para as quais ainda não há códigos previamente formulados, demandando uma tomada de posição no que tange ao encontro profissional-paciente.

Uma observação importante é que optamos por utilizar as palavras clínica, cuidado e assistência como análogas, apesar de reconhecermos que elas abarcam diferentes conceituações. A intenção é refletir sobre a prática do profissional de saúde e entendemos que, se os termos mencionados se referem a concepções distintas, eles também refletem os diferentes papéis que o profissional pode assumir. Isto é: dependendo das circunstâncias, o trabalho nesse campo pode adquirir aspectos que oscilam entre as diferentes concepções, engendrando diferentes formas de ação. Por essa razão, os termos citados serão utilizados como equivalentes ao trabalho do profissional de saúde, ainda que admitidas as diferentes interpretações que os circundam.

Metodologia

A participação observante

Os resultados aqui apresentados se referem à fase de observação de campo da pesquisa. Dessa etapa, foram retiradas situações percebidas pela pesquisadora e/ou relatadas pelos profissionais referentes ao exercício de suas atividades. Denominaremos de “vinhetas” essas situações que retratam, de forma condensada, aspectos concernentes às suas práticas. Elas serão apresentadas no início de cada subtópico dos resultados e por meio delas se desenvolverão as discussões.

O método utilizado foi a participação observante. Segundo Peruzzo², esse é um neologismo de pesquisa participante, em que o pesquisador atua como parte do grupo investigado ao mesmo tempo que o observa. Algumas características desse método são: 1) a inserção do pesquisador no grupo pesquisado, participando de seu cotidiano; 2) a interação do pesquisador como participante do grupo; 3) o conhecimento do grupo acerca dos propósitos do investigador; 4) o vínculo do pesquisador com o grupo podendo anteceder o início da pesquisa, como é o caso ora apresentado; e 5) geralmente, há um compromisso do investigador em devolver à comunidade os resultados do trabalho.

Pode-se afirmar que a participação observante é um método intermediário entre a observação participante e a pesquisa participativa, pois permite maior envolvimento com o fenômeno estudado que a primeira, mas não chega a se engajar em uma produção conjunta e/ou intervenção como a segunda.

O pesquisador também pode aplicar técnicas complementares para coleta de informações, como entrevistas ou consultas a documentos, ainda que essa etapa não seja mandatória. Na pesquisa, da qual este artigo é parte, esteve prevista a fase de entrevistas posterior à de observação, que se deu, prioritariamente, durante os fóruns realizados para discussão de casos que ocorrem diariamente – sobre pacientes já em tratamento – e semanalmente, para os que estão aguardando o procedimento. Além desses espaços coletivos, foram também utilizados momentos de observação dentro da unidade.

A inserção do investigador no ambiente em que se desenvolve o fenômeno é o fundamento metodológico da pesquisa participante. Sua participação extrapola a mera observação, podendo assumir um papel nesse grupo. Por outro lado, remete-se a uma referência epistemológica que considera a construção do conhecimento na relação sujeito-sujeito, contrapondo-se a uma ciência que se afirma neutra ao propor uma relação sujeito-objeto com seu tema de estudo, como se isso nos fizesse imunes aos vieses e subjetivismos humanos. Esta opção de estudo requer muita maturidade intelectual e discernimento no momento da interpretação dos resultados².

Aqui, é crucial um embasamento teórico robusto, de forma que o pesquisador esteja balizado em suas análises. Todavia, de igual importância é estar advertido de que sua abordagem adota uma determinada perspectiva a ser reconhecida e validada, porém não como absoluta nem universal. A implicação do pesquisador deve levá-lo a reconhecer que sua capacidade analítica depende de sua capacidade de entender, discernir e estabelecer relações entre as partes e o todo, compreendendo os limites impostos por sua atuação.

Concomitantemente, no que se refere ao trabalho em saúde, é fundamental que haja tempo para o investigador compreender os processos que se desenvolvem e, para isso, sua presença precisa transcender a observação de um experimento empírico. Finalmente, observar, considerar e analisar como esses processos o afetam está concernido à tarefa do pesquisador, pois isso também se constituirá como parte de seus resultados e do material de análise. Esta pesquisa foi aprovada sob número de CAAE 27538819.0.0000.5240 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Refletir sobre o encontro profissional-paciente, com base em dimensões não quantificáveis, nos leva a interrogar, como faz Cecílio³: “É possível tomar estes espaços de encontros como objeto de práticas gerenciais?” (p. 550). E, adicionaríamos: tomando-os como objeto, quais perspectivas determinar para a sua análise?

A escolha, portanto, das dimensões da biopolítica, da ética e do afeto representa um produto da observação do campo e o amadurecimento de pesquisa bibliográfica anteriormente realizada sobre o tema⁴. Pensamos que considerar esses vetores pode contribuir para a formação e a prática em saúde e, conseqüentemente, para a melhor assistência ao paciente. Importante também salientar que o trabalho realizado por tais profissionais pesquisados se relaciona a pacientes potencialmente graves, o que traz peculiaridades fundamentais ao cenário considerado.

Biopolítica e Canguilhem: um outro olhar sobre a norma

Ele era uma pessoa com a idade próxima a minha e com outras características também muito parecidas comigo, que descobriu a doença num momento especial da vida profissional. Ele tinha um nível cognitivo muito bom e tentava racionalizar demais as coisas. Eu tive uma identificação muito grande com esse paciente e isso não foi muito bom. Eu cheguei a pedir a outro profissional para tentar acompanhá-lo, porque eu pensei: “talvez não esteja conseguindo me isentar, porque estou tendo uma identificação muito grande”. Mas não adiantou nada! Porque o paciente pediu que eu continuasse cuidando dele. Eu queria fugir. Mas o paciente quis ficar. Porque se sentia ouvido. E porque eu falava. Ele queria dados, eu dava. Ele sabia que tinha voltado a doença. Eu falei: “tudo bem, eu vou cuidar de você”. Quando ele tomou a coragem de fazer o transplante, (em outro centro transplantador, onde veio a falecer) eu sabia que ele não ia viver. Ele também sabia, mas ele tomou a decisão. E a mãe depois veio me procurar, veio me agradecer porque eu tomei conta dele. Eu tenho até hoje um cartão que ele escreveu e sua mãe veio me trazer. Neste cartão está a síntese de tudo que eu quero ser como profissional. Porque eu fui o profissional que ele precisou. E a mãe me agradeceu sabendo, porque não tinha mentira ali. E era uma hora que eu queria ter fugido, mas eu fiquei. Eu cuidei. Então, se eu cuidei está bom! Se eu tivesse ouvido só a mim, eu teria fugido. Mas ele me escolheu e me dizia: “você é o único que me ouve”. Então não adianta, vai ser eu. Mesmo assumindo que era um caminho sem volta. Mas ter conseguido estar ao lado dele foi a melhor recompensa que eu podia ter tido. Porque é o cuidar que eu sempre vi em oncohematologia. É você cuidar, independente do fruto que aquilo leva. Mesmo que não dê certo. Porque para ele deu, então para mim, também. A doença não ter sido curada é apenas um pequeno aspecto da questão. (Participante Ômega)

As primeiras discussões sobre biopolítica tiveram início antes da Segunda Guerra. O termo é um neologismo que buscava fazer uma analogia entre a normatividade vital e a social, referindo-se a uma visão ideal de sociedade que os setores hegemônicos buscavam impor como padrão. Com a perspectiva de corpo social como análogo ao corpo humano, tudo o que se diferencia da ordenação biológica é tomado como patológico, tornando a política uma imunização do adoecimento do corpo social com a convicção de dinâmicas a serem controladas. Por esse prisma, anormal confunde-se com patológico e normatividade com normalidade^{5,6}.

O conceito ganhou maior relevância com Foucault, que empregaria esse termo pela primeira vez em 1974, nos seminários proferidos na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)⁵. Para esse autor, a concepção de biopoder é concomitante à medicalização da sociedade, que ocorre no início do século 18 e se relaciona a quatro processos envolvidos na expansão do saber médico: a instauração da medicina de Estado e da polícia médica, a constituição da medicina urbana, a transformação do hospital em lugar de tratamento e a instituição de mecanismos de administração médica. Sua produção esboçava aí uma articulação das relações da medicina com a população, a cidade e a doença, como um fenômeno natural que continha certos padrões.

Tal expansão das fronteiras de intervenção médica se coaduna com o desenvolvimento do mercantilismo – posteriormente, do capitalismo – e dos interesses governamentais. A população passa a ser a força que produz riquezas, submetida a um enquadramento disciplinar/higienista. Portanto, controle da população, força produtiva e política higienista concernem todos aos mesmos objetivos⁵.

Safatle⁶, no entanto, tomando como referência o pensamento de Canguilhem, propõe um outro olhar para a noção de normatividade, articulado ao conceito de errância. Comumente se compreende norma por meio de uma ideia de mecanização, de repetição; ou como um juízo, com o qual, uma vez emitido, gera um comprometimento. Ainda uma vez, noções que derivam do ordenamento jurídico. Os autores acima citados, todavia, defenderão outro olhar sobre o termo.

Canguilhem⁷ enfatiza o equívoco de se tomar o normal como regra, traduzindo assim “um valor atribuído a esse fato por aquele que fala, em virtude de um julgamento de apreciação que ele adota” (p. 48). Ele subverte o significado usualmente adotado, trazendo o conceito de norma, de normativo, como vinculado àquele que o institui. E utiliza a expressão normatividade biológica para trazer a ideia de que a luta por vencer os perigos impostos à sobrevivência se encontra na própria origem da vida.

Corroborando essa concepção, o autor traz as etimologias das palavras anomalia e anormal, apontando para o equívoco de torná-las sinônimos. Ele elucida que anomalia se refere à descrição de uma coisa desprovida de uma superfície regular, enquanto anormal se relaciona ao que fere uma lei, daí que carrega um valor. Ele enfatiza com isso que anomalia é diversidade e que anormal não pode ser confundido com patológico, o qual subentende a existência de *pathos*, de sofrimento, de sentimento de vida contrariada. Sua concepção é de que o homem normal é aquele capaz de criar diferentes normas, de viver sob a égide de

diferentes normas. Quando o homem, por doença ou qualquer outra limitação, é obrigado a se submeter a uma norma única, aí residiria o sentimento de privação, de frustração. Somente nesse sentido as anomalias poderiam ser vistas como doenças, pois privariam o homem de sua capacidade de instituir novas regras para o seu viver.

Dissertando sobre o que seria a doença – e tomando-a como uma incapacidade de responder às exigências da vida no sentido biológico –, Canguilhem⁷ aponta que a condição que cada um requer para responder ao que lhe é demandado pode variar muito entre diferentes pessoas, tornando difícil que se estabeleça uma fronteira absoluta entre doença e saúde. No entanto, acompanhando uma pessoa ao longo de um período, é perfeitamente possível conhecer quais os seus parâmetros de saúde e de doença. Destaca-se com isso que o normal não possui um estatuto coercitivo de referencial coletivo, mas a flexibilidade do um a um.

O autor lembra também que a vida, para o ser humano, não é um processo retilíneo. Ele fala sobre as variações, que chama de infidelidades do meio. E, partindo dessa lógica, a doença é sempre, primeiramente, a experiência do adoecer, experiência em sua dimensão afetiva. A ciência seria apenas uma tentativa de explicação da doença, mas não substituiria a experiência. Retornamos então a Safatle⁶, cuja interpretação feita sobre a obra de Canguilhem⁷ o leva a afirmar que: “não há uma continuidade quantitativa entre o normal e o patológico, mas uma descontinuidade qualitativa” (p. 346). Em se tratando de patologias, termos como mais, ou menos, não têm significação apenas quantitativa, mas significam também uma alteração da qualidade. Doença não seria uma alteração da norma, mas, ao contrário, um engessamento. Uma incapacidade de criar uma nova norma em uma repetição infinita. O patológico consistiria em fixidez extrema a determinada configuração, uma incapacidade de lidar com a indeterminação.

Nessa mesma direção, saúde não é sinônimo de estase, mas da possibilidade de se instituir novas normas em novos contextos. Na direção colocada por Canguilhem⁷, tal característica seria passível de ser transposta para dinâmicas sociais e políticas.

Assim, retomando a vinheta clínica, pensamos que é fundamental considerar a experiência do paciente ao abordá-lo. Como é narrado, a despeito dos atravessamentos da clínica, que poderiam ser vistos como perda da neutralidade – quando o profissional reconhece que sua identificação interferia em seu julgamento –, o que se sedimenta é o desejo do paciente quando ele diz “você é o único que me ouve”.

Remetendo-nos a Canguilhem e retornando à vinheta, pensamos que um meio saudável é onde o ser humano possa criar novas normatividades, incluindo aquilo que até então é considerado como anômalo. O saudável consiste na possibilidade de criar alternativas, de percorrer novos caminhos se assim for necessário. Pois, aqui, a primeira indicação para o paciente era que ele fizesse imediatamente o transplante, mas isso não era possível para ele naquele momento. Por fim, quando ele optou por isso, clinicamente já não era mais o *timing*. Mas novamente sua escolha foi respeitada e o acompanhamento permaneceu até o desfecho.

O dever, esse imponderável inerente à vida, impõe que o organismo se reconstrua, reconstruindo sua história, inclusive retroativamente. Dessa maneira, a despeito da morte do paciente, o profissional conclui que essa era uma parte do todo que lhe competia, que era o cuidar. Sua fala final espelha bem isto: “A doença não ter sido curada é apenas um pequeno aspecto da questão”. (Participante Ômega)

O paradigma que podemos extrair dessa noção é a de uma mobilidade normativa, que traz em seu cerne o tensionamento provocado pela dialética existente entre vida e morte para o vivente⁶. O que nos interessa em tais proposições – embasados na vinheta citada – é como pensar a atuação profissional de forma a construir um paradigma de cuidado que não entenda tratar apenas como extirpar a doença. Pois se não é possível fazê-lo, ainda assim podemos acompanhar as pessoas em suas trajetórias de vida e isso é cuidar.

A perspectiva ética do cuidar: um constante engendrar-se

O paciente estava em transplante autólogo^(c), que é o menos complexo, e esse paciente agravou e evoluiu para parada (cardiorrespiratória), isso no meio de um procedimento que costuma ser tranquilo, sem intercorrência. Eu me vi numa situação que eu não acreditava. Porque geralmente é mais tranquila. E eu lembro que, durante a massagem cardíaca, quando já tinha passado 45 minutos, eu só saí de cima dele quando um colega médico me cutucou e disse: “acabou, não dá mais”. E aquilo me marcou muito, eu fiquei uns dois anos sem repetir o procedimento. Porque foi bem ... bem chato. E neste dia, o paciente olhou para mim, já em processo de morrer, e falou assim: “vai ficar tudo bem, eu vou sobreviver”? E aí eu menti, mesmo sabendo que a situação era muito grave. Eu falei: “vai, vai ficar tudo bem e você vai sobreviver”. E essa mentira, isso ficou muito marcado para mim. Essa coisa de mentir para o paciente e tudo mais, isso me incomoda bastante.

Durante muito tempo, quando um paciente me perguntava sobre seu quadro, eu não conseguia responder. Até que numa conversa com a psicóloga do setor, ela me falou assim: “ah, você não precisa mentir, você precisa ver o contexto e falar dentro do contexto. Tipo: hoje está acontecendo isso, a gente está tendo que fazer isso por você, está fazendo o melhor para você”. Até porque sobre morte e vida a gente não tem controle. A gente tem casos de pacientes que a gente acha que não vai dar em nada, o paciente está só afundando e ele ressurgiu das cinzas e sobrevive. Então, este controle absoluto entre vida e morte a gente não tem. Mas esse episódio em si me marcou muito e afetou o meu trabalho. Eu precisei de alguns anos para eu poder passar por isso e encarar novamente como parte do meu trabalho. (Participante Beta)

^(c) Transplante em que o doador da medula óssea é também o receptor.

Tedesco e Nascimento⁸ falam sobre o modo de subjetivação em Foucault, explicando que ele compreende as transformações que emergem em cada um ao lidar com o código instituído. Disso deriva que uma ação, para ser considerada moral, não precisa estar circunscrita à prescrição das leis e normas. Mesmo que esteja, é necessário lembrar que

ela também implica uma atitude em relação a si, o chamado modo de subjetivação. Pois, ao reduzirmos o ato moral apenas ao que é legal ou determinado pelas normas, nos distanciamos da ética e nos circunscrevemos ao aspecto jurídico. Nesse caso, em vez de modo de subjetivação, o que se produz é apenas uma judicialização da vida – observação que se coaduna com a citação de Safatle⁶, mencionada previamente.

Essa ruptura com modelos estabelecidos *a priori*, no entanto, é comumente associada à instabilidade e à angústia. Como nos diz Kehl⁹: “Uma formação social, inscrita explicitamente nos códigos que regem a vida de uma comunidade, libera o sujeito da necessidade de elaborar uma resposta neurótica para seu conflito” (p. 46). Isto é, um código socialmente instituído nos libera da injunção de responsabilização por nossas decisões. A consequência disso é que, somente por meio de uma relação com os códigos morais que inclua certa inventividade, é possível se compreender o aspecto ético de uma conduta moral como técnica de engendramento de novas possibilidades de vida. O exercício ético pressupõe a criação de condições que permitam a transformação das pessoas.

Ainda com Tedesco e Nascimento⁸, lemos que o significado de governar é direcionar condutas dentro de um determinado campo de possibilidades. Esse governo não se dá em um espaço vazio. Sua incidência, seja direta ou indireta, é sempre sobre pessoas. Da mesma forma, entendemos que a prática profissional também está assujeitada aos ditames das instituições, o que reverbera na assistência prestada. Todavia, nosso recorte é o profissional de saúde, de forma que deixaremos para outros estudos o aprofundamento das questões organizacionais.

Do que foi dito no parágrafo anterior, pode se derivar que governar implica a possibilidade de transformação das condutas das pessoas assujeitadas a um governo. Ainda seguindo essa acepção, as autoras⁸ lembram que uma definição de cuidado é toda prática cuja finalidade seja orientar determinadas condutas, objetivando uma modificação no modo de ser dos que se submetem a tal prática, tornando análogos os conceitos de cuidado e governo. Daí a proposta de pensar as práticas assistenciais como formas de governo do outro; o que não exclui, claro, outras maneiras de se exercer o cuidado, mas que não serão nosso objeto.

Ao propor esta aproximação entre assistência e governo, o problema da ética é posto sob novo prisma: como a “relação consigo” participa do contexto de governo do outro. Importante sinalizar que não está se defendendo a ideia de governo como dominação sobre o outro; antes, essa dominação recai sobre si mesmo. Reconhece-se, com isso, que todos precisamos nos encontrar assujeitados a algo para melhor gerirmos as ações – sejam as nossas próprias, sejam as de quem pretendamos cuidar. A prática assistencial seria, sob tal acepção, uma forma de governo do outro, e o cuidado pode ser traduzido como um conjunto de atos que influenciam na forma de o outro autogovernar-se⁸.

A ética se aplica ao contexto de governo do outro porque, se houver uma relação de dominação, não há espaço para uma mobilidade das relações de poder; de forma que, na clínica, é fundamental alocar-se ao lado da incitação ao movimento nas relações de poder. Concomitantemente, para aquele que pratica o cuidado, é preciso que também



se encontre assujeitado aos mesmos riscos de dominação e que os evite também para si, relançando, a todo momento, as mesmas questões de forma a nunca se encontrar absolutamente convencido de nada. A elaboração de novas regras de viver para o outro implica a constante reconstrução de suas próprias regras⁸.

Essa elaboração teórica nos toca ao pensarmos que, na vinheta descrita, vários vetores atravessavam a situação. Dentre todos os possíveis, elegemos dois pontos como principais: o problema da verdade e o da finitude. Na experiência narrada, o profissional conta como, ao se deparar com um momento crítico, lançou mão de palavras apaziguadoras com o intuito de acalmar o paciente. Mas, diante da morte dele, tais palavras retornam como se fossem uma mentira, uma nódoa em sua atuação. Esse evento é tão marcante que o impede de realizar certo procedimento por anos, impactando seu trabalho.

Ainda em seu relato, fala como sua conversa com a psicóloga do setor foi uma busca por uma resposta instituída, uma referência, que apaziguasse a angústia diante da falta de códigos que estabelecessem como se pautar em uma situação como aquela. Existiriam regras claras sobre o que dizer diante de um momento como aquele? Teria sido mais correto declarar ao paciente que ele morreria? Por outro lado, como se manter impassível diante da morte iminente, que chega em um momento inesperado, quando os esforços eram para curar uma doença e não se preparar para a morte? Morte que, a despeito de sua chegada imponderável, é algo que subjuga a todos nós – e, portanto, ao profissional também?

Provocamos assim a se pensar a ética na assistência como um engendramento em que esteja inserida uma estilística da existência, como obras construídas no um a um, como uma posição a ser tomada a cada vez. Lembrando que aquele que cuida o faz submetido à mesma vulnerabilidade, ao sofrimento e à morte que aquele que é cuidado.

Afetar: em qual sentido?

A minha realidade era de CTI e vim trabalhar no transplante, então, é uma realidade diferente. Uma das frustrações que começaram a dar é que, quando uma criança piorava, a gente ia usar as técnicas de terapia intensiva, a sensação que dava era que nada funcionava. E aí teve uma criança que morreu de um quadro muito estranho, que a gente não estava acostumada a ver. Pra gente, foi uma coisa muito chocante, uma coisa de impotência e algo que a gente não conseguia evitar que acontecesse. Aí ele morreu e uns dias depois eu tive um sonho que era esquisito.

No meu sonho, eu estava muito tranquila. Eu estava no meu carro e eu tinha conhecimento que o corpo dele estava na mala do meu carro. E eu não me chocava com isso, eu achava que era normal o corpo dele estar na mala do meu carro. E o meu problema era aonde que eu ia deixar o corpo dele. E eu perguntava para as pessoas e ninguém conseguia me tirar esta dúvida e começou a me dar uma certa angústia, mas não por ter o corpo dele no meu carro, mas porque eu não sabia o que fazer em relação a este corpo. Era um negócio bem estranho. Na hora eu não estava angustiada, ou achando estranho ter um corpo na mala do meu carro.

Foi uma morte que me chocou bastante e acho que esta sensação de impotência... Eu não sei se é uma sensação, como se fosse assim: “tá na tua conta”! Como se fosse uma responsabilidade nossa. Tipo: “tá aí, é teu, o que você vai fazer com isso”? Na verdade, eu estranhei muito, eu não costumava ter este tipo de sonho, com certeza. Eu atribuo a essa situação aqui, que a gente ainda estava muito assustada, meio que sem saber ainda o que fazer. A verdade é esta: depois de acostumada a trabalhar e ter segurança pra trabalhar há vários anos, você se depara com uma situação que não tem controle algum, que não consegue resolver. E revisar na cabeça mil vezes para saber o que podia estar fazendo diferente. E naquela época, eu não tinha o conhecimento que tenho hoje, de entender que é uma outra medicina, que é isso mesmo, que tem coisas que a gente vai fazer, mas que a evolução vai ser diferente pelo quadro deles. Mas naquele momento me chocou muito aquela impotência. (Participante Delta)

Quando analisado em sua arqueologia, afeto evoca a passividade diante de algo que escapa à razão, sendo da ordem do inelutável, com potencial de determinar não somente um modo de vida, mas também um destino. A dimensão dessa concepção é muito bem ilustrada por Menezes¹⁰ que, embasando-se em Canguilhem, afirma: “a maneira como a ‘afetividade’ será concebida justificará esta ou aquela ação de tratamento e certamente terá efeitos a médio e longo prazo na conformação da cultura” (p. 234). Isso equivale a dizer que nossa interpretação de mundo é influenciada por como somos afetados por situações da vida cotidiana, incluindo as vivências profissionais.

Remetendo-nos à psicanálise, constatamos que não há uma definição única de afeto na teoria psicanalítica. Todavia, existem algumas formulações que servirão de balizas para nosso estudo.

O primeiro ponto é que, inequivocamente, o corpo está implicado. Referindo-se à origem dos afetos, Freud¹¹ afirmará que a causa deles se correlaciona mais com a fisiologia, ou com a filogenética, do que com a dimensão energética, pois mantém a premissa apresentada, ao longo de sua obra, de afeto como “precipitado de experiências traumáticas primevas” (p. 97) que, ao se depararem com situações semelhantes, são “revividos como símbolos mnêmicos” (p. 97).

Ressaltamos que reviver aqui não se aplica a uma linearidade de causa e efeito. Ao contrário: pode se dar exatamente o oposto em um movimento *a posteriori*. Por exemplo, ao se perceber tomada por um afeto penoso, uma pessoa pode aceder a uma vivência análoga e assim, retrospectivamente, compreender uma vivência traumática. É o chamado *après-coup* em psicanálise.

O segundo aspecto é que todo bebê, ao nascer, depende de um outro para que possa sobreviver. Ele dependerá dos cuidados daquele para poder se desenvolver, no tipo de agrupamento familiar que for, e os cuidados requeridos extrapolam a mera resposta a necessidades biológicas. Referimo-nos ao afeto do desamparo, inerente a todo ser humano e que o distingue de outras espécies animais, geralmente aptas a sobreviverem sozinhas ao nascer. Partindo dessa consideração, ao retornarmos à noção de que o modo

como o afeto é concebido na cultura terá efeitos sobre todos os seus membros, ela ganha ainda mais impacto. Pois, na perspectiva pela qual se dê essa apresentação do mundo, ou seja, na configuração cultural em que isso ocorrerá, estarão impregnados os afetos que constituem tal cultura.

A consequência da afirmativa acima é que uma vivência afetiva pode advir por elementos simbólicos, como a relação com um objeto, ou um pedaço de linguagem. E mais: é possível ser afetado, ser “pego” por coisas sem que se saiba por que nem por onde se é pego. De forma que também não sabemos como nos posicionamos diante dessas coisas, e tanto a referência quanto a causa permanecem um enigma. Ou seja, somos afetados por representações cujas origens permanecem desconhecidas, portanto inconscientes para nós¹⁰.

Assim, retornando à vinheta apresentada, observamos que é apenas após o sonho que a profissional se percebe afetada pelos acontecimentos de sua prática assistencial. Em sua fala, existe a menção a uma frustração já existente, mas a elaboração da angústia, essa vem depois do sonho, em um movimento *a posteriori*. Fundamental sinalizar o aspecto inconsciente do afeto, que não se referia a uma preocupação consciente, fruto de uma racionalização elaborada. Ao contrário, ele permanece escamoteado, tornando à superfície quando um segundo evento – no caso, o sonho – possibilita que ele irrompa.

Importante também atentar para o enigma que o sonho traz. A causa da angústia não é aquilo que parecia mais óbvio, a presença de um corpo no porta-malas. Isso aparecia como algo inerente, algo que “tá na sua conta”, como é narrado. O que causa o sofrimento no sonho é o não saber o que fazer, é dirigir-se a outras pessoas e não obter a resposta. Isso se coaduna com a sensação de impotência que é declarada logo em seguida. Interessa registrar que o que faz gancho, o que “pesca” a profissional, não é algo facilmente comunicável, mas representações simbólicas que surgem entre a pessoa e a situação vivenciada.

As dimensões intangíveis do cuidar e a morte

No livro *A Morte de Ivan Ilitch*, Tolstói¹² narra o sofrimento vivido pelo protagonista ao se deparar com a morte. Afetos como constrangimento, angústia e a solidão de não encontrar com quem compartilhar o que sentia, produzem no narrador o desejo de ter alguém que demonstre ter compaixão de si. No entanto, no seu meio, o que encontrava era apenas uma farsa da qual se via impelido a participar. Um teatro, que parecia tentar disfarçar o desconforto que o fato de estar morrendo causava aos demais. Somente seu servo, alguém considerado inferior pela estratificação social da época, é quem lhe oferece o que procura: alguém que encare sua morte iminente com a verdade que isso carrega e que “chore junto com ele”.

Baseado nessa história, Cecilio³ reflete acerca da gestão do cuidado, destacando o encontro trabalhador-usuário como espaço sempre singular, submetido, todavia, aos fluxos organizacionais instituídos. No modelo atual – inspirado em empresas particulares e cunhado de “gerencialismo” –, investe-se em regimes protocolares, com pouco espaço à inventividade. O autor interroga o que precisa ser feito para que os profissionais de saúde ajam compassivamente e como tornar esses encontros objeto de atenção da gestão.

Pensando a reciprocidade entre objetivação e subjetivação, cogitamos o processo pelo qual o profissional, ao ser submetido a determinadas condições, se torna sujeito como produto legítimo de um saber⁸. Especificamente na Biomedicina, em que nem sempre o modo de cuidar que se anuncia corresponde à formação recebida, impõe-se um dilema: seguir o postulado científico ou aquilo que surge no encontro profissional-paciente? Entende-se que, para os trabalhadores, o efeito principal da normatização relacionada ao “gerencialismo”³ é a reprodução de um modo cada vez mais instrumental de realizarem suas funções.

Ainda sobre o subjacente à Biomedicina, Madel Luz¹³ aponta uma dimensão fundamental aos sistemas médicos complexos: a cosmologia, que se define como uma dimensão própria da cultura em que cada sistema está inserido, enraizando-se em um universo simbólico compartilhado socialmente, irreduzível aos planos teórico e empírico cientificamente demonstráveis.

Assim, importa entender que as condutas profissionais não são naturais, mas fruto de uma construção. No modelo atual, dimensões, como os afetos suscitados, a concepção do que é a vida para cada um e para o grupo, adoecimentos e sofrimento psíquico, são frequentemente negligenciadas quando se discute o cuidado ao paciente potencialmente grave. Se esses temas não forem abordados pelos gestores, que precisam levar em conta que o profissional está submetido às mesmas contingências que seu paciente, não caminharemos para melhores práticas clínicas.

Nas vinhetas selecionadas, é possível constatar quanto os profissionais são suscetíveis a diferentes afecções, em relação às quais não sabem como proceder. Nem a formação nem a produção científica atual parecem interessadas em preencher essa lacuna. Para além da iniciativa pessoal de cada profissional, de buscar recursos para lidar com tais questões, qual investimento as instituições estão interessadas em oferecer às suas equipes?

Paralelamente a isso, seria interessante questionar uma certa tendência a querer estipular parâmetros do que seria ou não aceito, do que seria normal ou patológico; enfim, determinar padrões do que seria uma boa morte. Tentativa vã de anular que o adoecer e o morrer são experiências intrínsecas à vida, uma vivência concomitantemente singular e social e impassível de determinação prévia sobre como deverá se processar. Desconsidera-se, por fim, que viver e morrer acontece dentro de uma determinada cultura e que é preciso trabalhar tais aspectos dentro das instituições se desejamos uma assistência que, realmente, contemple o ser humano em uma concepção integral.

Conclusão

Pensar os atravessamentos “invisíveis” em nossas práticas nos leva a transitar por caminhos tortuosos. Pois, como foi dito, nossa interpretação de mundo é influenciada pela maneira como somos afetados por determinadas situações e nem sempre isso é claramente percebido. Da mesma forma, precisamos lembrar que clinicar também é um ato político, e a forma como exercemos nossas tarefas repercute sobre a vida dos usuários não somente no aspecto biológico dela.



É preciso, então, abrir mão de certos pressupostos para ir ao encontro do que se desconhece, principalmente acerca do outro. Implica estar aberto ao inaudito, em uma relação de reciprocidade em que afetamos e somos afetados, sem jamais esquecermos da importância de nos manter atentos quanto ao nosso posicionamento diante de cada contexto, constituindo outro paradigma de atuação.

Ao tomarmos esse tema para estudo, é fundamental manter viva a concepção de que a cultura atravessa todas as nossas ações, seja de forma deliberada seja inconsciente. Isto é, a assistência a alguém com potencial risco de morte não acontecerá decalcada da maneira como cada um de nós se relaciona com a finitude. Na mesma direção, é necessário lembrar que aquele que cuida compartilha da mesma vulnerabilidade ao sofrimento e à finitude daquele que é assistido, condição que pode gerar vastas repercussões no profissional e que é, frequentemente, negligenciada.

Portanto, não é suficiente que sejam instituídas regras ou protocolos sobre a assistência nesse contexto. É preciso que se debatam as questões que emergem dessa experiência, como o sofrimento de quem cuida, suscetível às mesmas afecções de quem é cuidado; as dúvidas inerentes a decisões éticas, muitas vezes sem um código já estabelecido; e, por fim, a tenência com a biopolítica que subjaz as nossas ações, agindo em conformidade ou não com o que entendemos por viver.

Contribuição das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Denise Martin

Editor associado

Ricardo Moebus

Submetido em

09/07/21

Aprovado em

26/10/21



Referências

1. Fonseca MLG, Sá MC. O intangível na produção do cuidado: o exercício da inteligência prática em uma enfermaria oncológica. *Cienc Saude Colet*. 2020; 25(1):159-68.
2. Peruzzo CMK. Pressupostos epistemológicos e metodológicos da pesquisa participativa: da observação participante à pesquisa-ação. *Estud Cult Contemporâneas*. 2017; 23(3):161-90.
3. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1):545-55.
4. Pereira DR, Cortez EA. Sofrimento psíquico na equipe de transplante de medula óssea - uma revisão integrativa. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014; 47(2):104-11.
5. Martins LAM, Peixoto Júnior CA. Genealogia do biopoder. *Psicol Soc*. 2009; 21(2):157-65.
6. Safatle V. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. *Sci Stud*. 2015; 13(2):335-67.
7. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
8. Tedesco S, Nascimento ML. Ética e subjetividade: novos impasses no contemporâneo. Porto Alegre: Sulina; 2009.
9. Kehl MR. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
10. Menezes AP. Para pensar o afeto. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2007; 10(2):231-54.
11. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 20, p. 91-171. (Obras completas de Sigmund Freud).
12. Tolstói L. A morte de Ivan Ilitch. Porto Alegre: L&PM Pocket; 2008.
13. Luz MT. Abordagens teóricas novas práticas em saúde coletiva. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 33-46.



This article is based on the initial stages of a study undertaken in a public bone marrow transplant center for extremely vulnerable people. We analyze dimensions that cut across health care practice not reduced to immediately measurable results, otherwise called intangible dimensions of care. We reflect on the intersection between health professionals and patients in relation to illness and death drawing on the psychoanalytic concept of the unconscious. To this end, we document situations experienced in the field called clinical vignettes. Drawing on the theoretical framework, we consider the vectors biopolitics, ethics and affection to be core aspects of care. We conclude that there is a need for approaches to care that recognize the subjectivity of health care practice.

Keywords: Bone marrow transplant. Health care team. Clinical ethics. Psychoanalysis. Specialist hospital care.

Este artículo es parte inicial de una investigación realizada en un centro de trasplante de médula ósea del Sistema Único de Salud, cuyos usuarios son personas en situaciones de extrema vulnerabilidad. Su propuesta es analizar dimensiones que atraviesan la práctica en salud y no se reducen a resultados inmediatamente mensurables, pudiendo llamarse de dimensiones intangibles del cuidar. El objetivo es reflexionar sobre el encuentro profesional-paciente en su relación con la enfermedad y la muerte, bajo el concepto psicoanalítico de inconsciente. Para ello, se realizó el relato de situaciones vividas en el campo, denominadas viñetas clínicas; y a partir de las articulaciones teóricas elaboradas se consideran los vectores de la biopolítica, ética y afecto como axiales a la asistencia. Se concluye con la necesidad de proponer perspectivas del cuidar que reconozcan la subjetividad relativa a la práctica asistencial.

Palabras clave: Trasplante de médula ósea. Equipo de cuidados de salud. Ética clínica. Psicoanálisis. Atención hospitalaria especializada.