

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MAURO JOSÉ LIMA DOS SANTOS

A BEIRA DO LEITO: uma experiência na imanência

Niterói
2014

MAURO JOSÉ LIMA DOS SANTOS

A BEIRA DO LEITO: uma experiência na imanência

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: subjetividade, política e exclusão social.

Orientador: Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz
Coorientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Abbês Baeta das Neves

Niterói

2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

S237 Santos, Mauro José Lima dos.

A beira do leito: uma experiência na imanência / Mauro José
Lima dos Santos. – 2014.

128 f.

Orientador: Hélder Pordeus Muniz.

Coorientadora: Cláudia Abbês Baeta das Neves.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense,
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de
Psicologia, 2014.

Bibliografia: f. 126-128.

1. Prática de saúde pública. 2. Assistência à saúde. 3. Gestão em
saúde. 4. Cuidado de enfermagem. I. Muniz, Hélder Pordeus.
II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas
e Filosofia. III. Título.

CDD 614

MAURO JOSÉ LIMA DOS SANTOS

A BEIRA DO LEITO: uma experiência na imanência

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Subjetividade, política e exclusão social

Data da defesa: 29 de agosto de 2014

Resultado:

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Hélder Pordeus Muniz – orientador
Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Cláudia Elizabeth Abbês Baeta das Neves – coorientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Ana Lúcia Abraão da Silva
Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Heliana de Barros Conde Rodrigues
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aos pacientes que, direta ou indiretamente,
contribuem para que minha passagem pela
vida seja cada vez mais saudável.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai pelas noites que passou a pescar em alto mar, para que eu pudesse chegar aonde cheguei, tendo a certeza de tê-lo sempre em minha companhia. Perseverança diante das dificuldades era o seu lema. A dor como força para seguir em frente. Um guerreiro que desafiou a morte até o último instante. Ela morreu nele.

Agradeço a minha mãe por estar ao meu lado e poder partilhar comigo este momento que muito lhe pertence. Sua velhice trouxe de volta minha juventude. A minha juventude é mais rica em minha velhice.

Agradeço a minha adorável esposa, companheira, amante, mas, acima de tudo, uma amiga com quem posso contar em todo e qualquer momento de minha vida. Amor é a palavra que a define. Seu silêncio meu tormento e, ao mesmo tempo, uma pista para meu caminhar.

Agradeço ao Professor Doutor Helder Muniz Pordeus, orientador desta dissertação, por me acolher em sua linha de pesquisa compartilhando, de forma ética, diferenças metodológicas e modos de ver e viver que muito acrescentaram em minha relação comigo mesmo e com as práticas que desenvolvo na gestão em saúde. Agradeço pelas tardes de convívio que misturaram a seriedade do professor com um menino brincalhão e gozador, o que muito me fez feliz. Meu mestre, meu amigo, um espírito que desafiou a minha forma em busca de novas configurações, dando sentido à maravilha que é diferenciar-se tendo como referência um *ethos* chamado Helder. Simplicidade é uma palavra para defini-lo.

Agradeço à Professora Doutora Cláudia Abbês Baeta das Neves, coorientadora desta dissertação, pelo modo tão leve e tão original que me ajudou a conduzir este trabalho. Acima de tudo uma amiga maravilhosa, generosa, que de modo muito singular corrigiu os meus equívocos da escrita me fazendo, às vezes, simplesmente sorrir, outras, chorar de rir, mas jamais me entristecer. Cada palavra corrigida, uma vida nova em minha dissertação; cada dúvida enviada, um desassossego em meu espírito. Saúde em forma de amor foi o que ela acrescentou a minha vida. Minha lentidão, sua velocidade: um acontecimento sorridente. Implicação é uma palavra para defini-la.

Agradeço às Professoras Doutoradas enfermeira Ana Lúcia Abraão da Silva e psicóloga Heliana de Barros Conde Rodrigues pela sensibilidade com que sinalizaram, durante o meu processo de qualificação, dois ‘pequenos’ detalhes que muito me ajudaram a retomar o meu projeto inicial de mestrado. Duas palavras: a primeira proferida pela professora Heliana, sugerindo mudança do título para “a beira do leito”. A segunda, sugerida com muita delicadeza pela professora Ana Abraão: “*seu trabalho lembra o corpo sem órgãos*”. As duas se dobraram uma na outra. Tudo mudou: fez sentido na minha vida.

Agradeço de modo muito especial ao Dr. Arquimedes Corrêa Lima pelos muitos ensinamentos e, acima de tudo, pela oportunidade de compartilhar em vida com um devir

humano mais próximo da Ideia de corpo, segundo a filosofia de Espinosa, que jamais pensei encontrar, um homem guardando em si um mínimo da forma, como diz Deleuze, com os pés muito bem enraizados na terra. Serenidade diante das adversidades é a sua luz.

Agradeço à enfermagem, minha primeira profissão, pela oportunidade de transformar minha vida profissional em um modo de ser outro a cada dia. Outro nem sempre melhor, mas sempre outro. Outro diante dos profissionais, outro diante dos pacientes e, principalmente, comigo mesmo, dando sentido ao que Deleuze chama de “Uma vida”. Produção de sentido é o que ela representa para mim.

Agradeço à psicologia, minha segunda profissão, pelo desvio que me ajudou a ser sempre outro como enfermeiro diante de uma enfermagem que, para quem ousar, é uma profissão que permite afirmar no dia a dia uma filosofia de vida chamada diferença.

Agradeço em nome da funcionária Meire Félix Araújo a todo o grupo da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PROPI) da Universidade Federal Fluminense pelo modo cuidador, zeloso e atencioso com que me acolheu, ajudando-me na liberação parcial de minhas atividades profissionais e em diferentes situações administrativas que envolviam o mestrado, situação que muito me auxiliou na confecção desta pesquisa. Braço aberto foi o que delas ficou em mim.

Agradeço a minha amiga Maria de Fátima Muniz por sua participação nas discussões de casos que tanto ajudaram na construção desta dissertação. Simplesmente: AMIGA.

Agradeço a minha amiga Angélica Carlson pela ajuda diante de minhas dificuldades diante do computador. Disponibilidade é o seu segundo nome.

Agradeço a minha amiga Sônia Leitão pela eterna presença mesmo quando distante.

Agradeço ao Professor Doutor Danichi Hausen Mizoguchi pelo apoio incondicional na elaboração de meu projeto de mestrado.

“O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranquila. Em silêncio. Sem dar conselhos. Sem que digam: “Se eu fosse você”. A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita quando ela nasce de uma longa e silenciosa escuta. É na escuta que o amor começa. E é na não-escuta que ele termina. Não aprendi isso nos livros. Aprendi prestando atenção”.

Rubem Alves

In: “Se eu fosse você” (do livro “*O amor que acende a Lua*” (1981).

RESUMO

Esta dissertação é resultado de experiências vividas pelo seu autor durante vinte e nove anos de atuação como profissional em saúde, trabalhando como enfermeiro em dois grandes hospitais públicos do Rio de Janeiro. Diante dessa trajetória, a proposta da pesquisa foi cartografar nas práticas de saúde o que escapa do plano das representações, relação sujeito-objeto, e dar visibilidade ao que emerge como tensão produtora de sentido à beira do leito. A beira do leito que, no contexto da dissertação, deixa de ser apenas um espaço de atuação de um profissional de saúde diante de um paciente, lugar de aplicação de conhecimentos apreendidos nas diferentes formações ou aquilo que definimos como tratamento e reverbera o que o filósofo Gilles Deleuze chama de corpo sem órgãos. Portanto, beira do leito como entre-espaço, zona de experimentação de uma vida que, ao se agenciar com outras vidas, ultrapassa os limites do biológico, da memória psicológica, e insere o profissional num plano de diferenciação. Diferenciar-se de si mesmo como pura positividade, um devir outro, tendo como horizonte o grau de afetação nos sucessivos encontros que permeiam o seu viver cotidiano. Portanto, o que importa nesse movimento é a produção da diferença diante das vivências produtoras de experiências, fundamentalmente ante as necessidades do outro, tendo este como mediador de expressão de maior ou menor sensibilidade – condição esta para que o virtual cuidar, realidade intensiva, possa se atualizar em diferentes graus por dentro da extensividade do tratar. Nesse contexto, a pesquisa verte em sua integralidade sobre as práticas de saúde, no entanto, dando ênfase a duas modalidades de práticas: uma que definimos como espiritual ou intensiva; e outra que definimos como material ou extensiva. Duas práticas que coexistem e se superpõem, práticas imanentes, tendo como sentido o devir no ser.

Palavras-chave: Prática de Saúde Pública, Assistência à Saúde, Gestão em Saúde, Cuidado de Enfermagem.

ABSTRACT

This dissertation is a result of the experiences with the author has had during the last twenty-nine years of working in the health field as nurse in two well-known Public Hospitals in Rio de Janeiro. Throughout this period the purpose was to survey health practices in order to find out what leaks out of the plan of representation, subject-object matters that may lead to a tension production at the bedside and give visibility to what emerges from that. The bedside which in the context of this dissertation is not only a place where the health professional performs a role in front of a patient applying the previous knowledge learned in different specializations or what is defined as treatment and reverberates what the philosopher Gilles Deleuze refers as a body with no organs. Therefore, bedside as an in between space and an experimentation area of a life that coexists with other lives exceeding the biological limits, the psychological memory puts the professional in a different level that differentiates oneself as developing pure positivity in a degree of affectation with successive encounters that surrounds their daily lives. Having that said what matters in this movement is the differences on the living experience having in mind the primarily needs of others, having that as the latter mediator of a greater or lesser sensitivity, a condition to the virtual care, intensive reality can get up to varying degrees regarding the extensiveness to treating process. Considering the given context the research shed in its integrality on health practices however emphasizing two kinds of practices. One which we define as spiritual or intensive and another one that we define as being material or extensive. Both performances that coexist and overlap one another. Immanent practices with the propose of the becoming sense.

Keywords: Public Health Practice, Health Assistance, Health Management, Nursing Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
I. A BEIRA DO LEITO: UM CORPO SEM ÓRGÃOS	23
II. ENTRE O ESPÍRITO E A MATÉRIA, A BEIRA DO LEITO É NORMATIVIDADE	39
III. A BEIRA DO LEITO: QUAL É O SENTIDO?	54
IV. DO FINITO TRATAMOS; DO INFINITO CUIDAMOS	74
V. A BEIRA DO LEITO E A VERDADE EM FOUCAULT	86
VI. O ESPÍRITO EM FOUCAULT É AMOR.....	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS.....	126

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se desdobra a partir das experiências de 29 anos do autor como profissional de saúde, atuando como enfermeiro em dois grandes hospitais públicos do Rio de Janeiro. Neste percurso, 21 anos correspondem ao cuidado na assistência direta aos pacientes, com passagens por diferentes setores, sendo a maior parte do tempo exercida numa unidade de terapia intensiva e em uma grande emergência. O restante do tempo – oito anos, sem obedecer à ordem cronológica – se divide entre cinco anos e meio no cargo de coordenador de enfermagem do serviço de emergência citado e dois anos e meio de licença motivada por doença. No momento, atuo apenas em um dos hospitais como coordenador de assistência de uma clínica médica masculina composta por 26 leitos.

Nos últimos anos me graduei também em psicologia, estando formado há dois anos, sem exercer a profissão, além de começar durante a formação a me interessar por filosofia, realizando alguns cursos livres e investindo em alguns pensadores, em especial nas filosofias de Espinosa, Gilles Deleuze, Michel Foucault e Bergson.

Importante nessa trajetória é que tais investimentos, de certo modo, me aproximaram ainda mais da enfermagem, pois abriram perspectivas outras que aumentaram minha potência para ações envolvidas no cuidar dos pacientes, ao mesmo tempo que possibilitaram a criação de linhas de fugas para operar por dentro da profissão movimentos estratégicos com objetivo de fortalecer ações coletivas centradas na política do cuidar.

Nesse sentido, o que importa para esta pesquisa são as práticas em saúde com foco na instituição hospital. Práticas relacionadas à vida deste pesquisador na interface entre o trabalho conjunto com os diferentes profissionais de saúde, os doentes, seus acompanhantes e suas ressonâncias no viver cotidiano.

Desse modo, a pesquisa terá como fundamento um empirismo vivido à beira do leito e seus desdobramentos com ênfase em duas dimensões distintas, no entanto indissociáveis. A primeira, dita material ou extensiva, se desenvolve na relação direta com as atividades inerentes ao fazer de cada profissão. Corresponde, em linhas gerais, ao nosso Eu cognoscente e todas as práticas decorrentes do uso que este desenvolve a partir do conhecimento apreendido e desenvolvido pelo intelecto. Um sujeito que usa seu saber-fazer na relação que

estabelece com os pacientes. Corresponde, de modo geral, aos protocolos, às técnicas, às atividades objetivadas ou, mais precisamente, ao que definimos como linha de tratamento.

A segunda dimensão, dita espiritual ou intensiva, plano de atualização da realidade que, no lugar de ver o humano como uma forma dada, deflagra neste as condições de criação de sua própria existência, impedindo-o de se repetir diante de uma vida que se desdobra a partir de ações práticas como processo de diferenciação.

Um diferenciar-se de si mesmo como positividade que independe das condições do vivido. Um dever outro tendo como horizonte de atualização o grau de afetação nos sucessivos encontros que permeiam o viver cotidiano. Viver em relação aos doentes, seus acompanhantes, a instituição e toda e qualquer situação que exija do profissional um voltar-se para si mesmo em busca de novas configurações que desencadeiem nele novos modos de se relacionar, pensar e sentir, tendo como escopo primeiro a relação que se estabelece consigo mesmo a partir do encontro com o outro.

Portanto, o que está em foco nessa dimensão é a produção da diferença diante das vivências produtoras de experiências, fundamentalmente diante das necessidades do doente sobre um leito, sendo este o principal mediador de expressão de maior ou menor sensibilidade, condição esta para que o virtual cuidar, realidade intensiva, possa se atualizar em diferentes graus por dentro da extensividade do tratar.

Seguindo esse pensamento, com a duração proposta por Bergson (2006b), a pesquisa se propôs a fazer uma urdidura que alinhava o cuidar por dentro do tratar, criando a partir desse tecido as condições para o profissional deixar fluir a potência do cuidar a partir do encontro com o outro. Uma potência que, na relação com o doente, retorna sobre ele, energia em movimento que possibilita a ultrapassagem dos hábitos e das rotinas que endurecem e adoecem a sensibilidade para o emergir de uma vida de possíveis. Uma vida que se desenrola num tempo que, antes de ser uma linha reta, se torce e se retorce em si mesma, enquanto os caminhos do espírito se avolumam como diferença, diante de um passado que deixa de ser algo distante e toca incessantemente as bordas do presente como regra do porvir (Bergson, 2005).

Nesse sentido, jamais teremos um passado distante, e sim um passado sempre coextensivo a um presente atual e atuante. Em outros termos: o passado nunca é uma instância fechada, jamais algo dado; ele é constituído por uma síntese do tempo que toca o presente e dá ao sujeito sua verdadeira origem, ou seja, um ser em constante construção. É nesse

coengendramento de dimensão material e dimensão espiritual que importa a esta pesquisa trabalhar as práticas em saúde.

Para Bergson (2005), o espírito é duração como movimento contínuo e indivisível, uma duração que constitui um sujeito qualificado como espírito, sendo o próprio espírito uma força da vida, um *elã* vital que não se confunde com o sujeito. E quanto mais tomamos consciência da duração ou da vida do espírito, tanto mais sentimos as diversas partes do nosso ser entrar umas nas outras, encerrando em si um sentido de totalidade que se avoluma sempre como novidade.

Desse modo, temos duas dimensões que coexistem no movimento da vida. Por um lado, a vida material, mais diretamente relacionada com as nossas ações cognitivas, precisamente nossa inteligência prática e utilitária ou, como diz Bergson (2005), um corte no fluxo do real; e por outro lado, a dimensão espiritual como uma contração do passado que determina e que atua pressionando e conjugando no presente o devir no ser. No entanto, uma dimensão não anula a outra; pelo contrário, elas são imanentes, elas fazem uma dobra no tempo e engendram a produção da vida.

Nessa prática filosófica, o espírito como movimento tem que conquistar a matéria, vencer suas resistências, torná-la disponível à sua atividade; mas só o faz a partir das solicitações das necessidades vitais, ou mais precisamente a partir das exigências da beira do leito, base de sustentação prática desta pesquisa.

Com esse viés filosófico, a proposta é ir ao longo dos capítulos construindo as condições de demonstrar a inseparabilidade entre matéria e espírito, considerando que esta separação resume-se apenas a um método de exposição didática. Na imanência, afirmamos: sem o espírito a matéria não pode existir; mas sem a matéria o espírito não pode se experimentar. Simplesmente, meio de tensões que nos permite pensar as práticas em saúde para além e aquém de suas encarnações (Neves, 2009).

Portanto, entendemos como humano um ser que, ao conjugar em si o confronto da matéria com o espírito, reverbera-se como movimento. Em outras palavras: é no modo de se relacionar com outros seres vivos que a matéria na relação com o espírito vai produzindo a experiência para a vida ir se diferenciando nela mesma.

Uma relação imanente, em que a beira do leito se concretiza na relação da finitude do corpo em seu confronto com a imortalidade do espírito. É neste paradoxo, entre matéria e

espírito, virtual e atual, que se compõe a trama da vida, e em que se desenvolverá o que defino como uma experiência na imanência. Nos termos desta pesquisa: uma vida à beira do leito.

Nesse sentido, a beira do leito, nesta pesquisa, faz ressonância com o que o filósofo Deleuze e Guattari, no livro *Mil platôs* (Deleuze&Guattari, 1996), v. 3, chama de corpo sem órgãos. A beira do leito, “nosso” corpo sem órgãos, um “entre tempo”, um “tempo não pulsado”, perfeição absoluta, zona de criação de “mundos”, onde o problemático responde a problemas com diferentes conexões e não apenas a um sujeito na relação com o objeto.

Em tal pensar filosófico, a beira do leito metamorfoseia-se em uma política da vida que extrapola a relação de proximidade com o paciente e insiste em todos os espaços que se relacionam direta ou indiretamente com a vida do profissional, a vida do doente e as práticas em saúde. Uma vida. Uma única vida contada em diferentes histórias e interligadas ou agenciadas pelo mesmo fio. Foi à proposta a ser desenvolvida no percurso desta pesquisa.

Portanto, o que importa para a pesquisa é, fundamentalmente, entender e viver a beira do leito como uma postura eminentemente prática. Uma prática que se desenrola, num primeiro plano, entre ações e aquisição de meios para efetuar-las e, num segundo, naquilo que Deleuze (2012) define como empirismo transcendental, uma dobra prática que escapa à organização dos fins, transborda o empírico vivido e produz nas bordas do tratar as condições do cuidar se atualizar.

Um cuidar deixa de ser um ato isolado de um profissional e se transmuta como potência real no processo de atualização de um profissional que encarna no seu dinamismo um ser intensivo. Um duplo nos modos de subjetivação em que o intensivo ou sensível do ser corresponde à dimensão pré-individual e, portanto, impessoal – e ao mesmo tempo singular, se opondo às laminações identitárias e representacionais coladas aos estados de coisas e enunciados (Neves, 2009).

Desse modo, temos tratamento e cuidado atualizando, nesta pesquisa, o que o filósofo Georges Canguilhem (2006) define como polaridade dinâmica da vida. O primeiro em relação direta com a noção de finalidade-utilidade; o segundo, relacionado com um devir profissional – cuidador e, no entre, a beira do leito dando consistência a uma vida que é infinitamente infinita nela mesma, diferenciando-se pelo que transborda das misturas dos corpos em sua relação com o espírito. Há sempre um excedente à beira do leito à disposição da atualização da vida, e é com esse excedente que o espírito retorna ao mesmo ponto em busca de uma experiência sempre renovada, experiência essa que dá consistência à beira do leito.

Nesses termos, tratar e cuidar vão estar em relação direta com os conceitos de saúde e doença. É pela repetição de nossas práticas que tratamos das doenças de nossos doentes, no qual cada doente corresponde a um novo exercício que vai confrontando nossas forças e os limites dos nossos conhecimentos em busca da recomposição da forma.

É também pela repetição do mesmo que podemos aumentar ou refrear nosso poder de afetar e ser afetado. Refreando, estamos diante do que o filósofo Espinosa (1983) define como tristeza. Nesta, diminuimos nossa potência de viver; em parte, adoecemos. Quando aumentamos a potência, quando variamos afirmativamente, estamos no que Espinosa define como alegria, um aumento no grau de potência que pode elevar-se ao máximo, ou no que ele define como contentamento ou amor intelectual de Deus em nós. Neste, no lugar de imaginar, pensamos; no lugar de tratar de uma doença, cuidamos da vida em sua totalidade, ou melhor, somos Uma vida.

Desse modo, o cuidar como atualização do pensamento pode até começar pelo tratar, e quase sempre é assim. Porém, não o é de maneira alguma. Ele, nessa perspectiva, corresponde a um processo de atualização de virtualidades que na relação entre os corpos insistem à beira do leito e qualificam o tratar em diferentes graus. A beira do leito como um plano de consistência para que o virtual, o conceito cuidar, na relação entre os corpos, se atualize.

Assim, o cuidar se dobrando por dentro do tratar está diretamente relacionados com práticas, experiências de um corpo em relação com outros, porém se afirmando como potência do pensamento. Cuidar e tratar, saúde e doença, pensamento e intelecto como duas faces de uma mesma moeda; no entre, a espessura da moeda representando nossa maior ou menor sensibilidade, a resistência da matéria ao espírito, e quanto menos espessura, quanto menos resistência, mais tênue a fronteira e maior a sensibilidade e, conseqüentemente, mais matéria e espírito entram em ressonância com a beira do leito.

A resistência da moeda, de certo modo, significa ameaça. Ameaça de quê? Ameaça da sobrevivência do nosso Eu pessoal contra nossa dimensão impessoal. Doença, tratamento, intelecto afirmam o Eu. Saúde, cuidar, pensar significa, como diz Deleuze & Guattari (1997), que a vida do sujeito deu lugar a uma vida assubjetiva e, entretanto, singular, um homem que não tem mais nome, embora ele não se confunda com nenhum outro.

O que a beira do leito opera? Aproximação entre os extremos. Até onde isso pode chegar? A espessura da moeda pode ir diminuindo sua resistência passando para espessura de uma carta de baralho e, nesse movimento, a um espelho onde uma face se reflete sobre a

outra. Pensando com Espinosa (1983): ao amor intelectual de Deus em nós. Amor intelectual que não se confunde com um sujeito cognoscente, e sim, como produção da vida se expressando como humanidade.

Quanto menos resistência no corpo mais próximo do amor de Deus, quanto menos espessura na moeda, maior a possibilidade de atualização do cuidar. O limite possível de atualização está em relação direta com a potência máxima que um corpo pode chegar em não responder aos diferentes estímulos que recebe.

Quanto menos reativo, menor a espessura da moeda, maior o grau de afetação daquilo que o corpo deixa passar por ele. O corpo é apenas meio, um entremeio não como espacialidades ou temporalidades balizadas por dualidades opostas, e sim como plano de engendramento da vida. Em outras palavras: um corpo de passagem, corpo este que desenvolvi ao longo da pesquisa.

Nesse sentido, a pesquisa trabalhou a beira do leito como uma dimensão atuante, porém inatingível como fim último. É a experiência que importa, pois o corpo em si, mesmo sendo corpo de passagem elevado ao máximo, vai sempre apresentar algum tipo de resistência.

Desse modo, o cuidar pode ser qualificado como tratamento em diferentes graus, dependendo da densidade maior ou menor dos corpos aos afetos. Quanto mais denso, mais distante de um corpo de passagem, mais próximo do adoecimento. Quanto menos denso, mais flui como corpo de passagem dos diferentes afetos, mais em relação com a beira do leito, com a saúde.

Nesses termos, não existe em si ou *a priori* um corpo saudável, e sim um corpo em relação com a saúde. Assim, nesta pesquisa, saúde e doença deixam de ser o estado de um corpo e se compõem como forças da vida em relação com os corpos. Importante enfatizar que, no tratar, vamos sempre estar às voltas com relações de poder, ou seja, relações “doentias”. O poder da medicina, da enfermagem, da psicologia e de todas as profissões que, direta ou indiretamente, estão relacionadas com a assistência prestada ao paciente, separadas por relações de poder.

O cuidar, não. O cuidar é uma potência que vai aos poucos se atualizando e se qualificando como tratamento, eliminando as hierarquizações, a relação sujeito-objeto, e se aproximando de uma prática que Espinosa (1983) define como o amor intelectual de Deus. Com isso chegamos ao fundamento do medo, fundamento do poder e toda importância dada

ao tratar, e de certo modo um desprezo pelo cuidar. Amor intelectual de Deus, como afirma Espinosa (1983), é, para esta pesquisa, chegar ao cuidar em toda a sua potência, é viver a beatitude, porém uma beatitude jamais atingida plenamente.

O campo problemático da pesquisa foi desdobrado, principalmente a partir de casos clínicos que envolvem práticas de saúde vividas por mim como enfermeiro integrante de uma equipe de saúde, atualizadas sob o olhar do pesquisador. Os casos que serão apresentados estão relacionados a acontecimentos/afecções experimentados pelo profissional/pesquisador na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes que, a meu ver, são importantes no debate que evocam sobre as práticas em saúde.

Importante sinalizar que a beira do leito como dimensão espiritual não desconsidera as péssimas condições de trabalho, a falta de profissionais ou quaisquer outras mazelas impostas por diferentes interesses no sucateamento das políticas de saúde; pelo contrário, ela reforça uma atenção cada vez mais austera contra esses movimentos, porém trazendo para o contexto outras possibilidades de pensar como meio de ampliar as resistências.

A pesquisa não se propôs a fazer uma sequência lógica entre os diferentes capítulos. Interessou-nos no seu movimento, fundamentalmente, viver com as diferentes filosofias uma vida prática que se expressa em duas dimensões.

Por questões éticas, os nomes dos pacientes e profissionais envolvidos foram substituídos por siglas fictícias em sua quase totalidade. Os locais das vivências também não foram mencionados pelo mesmo motivo. Em algumas situações foram mudadas as datas dos acontecimentos, mantendo, dentro do possível, a fidelidade dos fatos.

No que defino como uma experimentação na imanência, parto de experiências que me possibilitaram sentir e entender que o ambiente hospitalar não é apenas um espaço de dor ou sofrimento ou, simplesmente, lugar de aplicação de protocolos, técnicas e realização de procedimentos, mas também, e muito, um espaço em que diferentes forças se confrontam com os corpos. Uma micropolítica que leva este pesquisador a questionar, em muitos momentos, quem é o doente, quem é o cuidador, ou se essa diferença é apenas um julgamento de valor social. Este debate é um dos pilares de sustentação desta pesquisa.

Assim, parto do princípio de que é diante de um corpo que age ou que padece à beira do leito que a micropolítica da vida, como processo de atualização de virtualidades, pode ou não se atualizar. E, nessa perspectiva, não existe cuidador nem paciente *a priori*, ambos emergem no encontro.

E é isso que entendo quando Bergson (2005) quer dizer que o impulso ou *elã vital* é uma simplicidade em vias de diferenciar-se, de uma totalidade em vias de dividir-se: o plano constituinte da vida é proceder por cortes, disjunções, conexões, redistribuições e desdobramentos/diferenciações.

O espírito se diferenciando segundo os obstáculos que ele encontra na matéria, segundo a materialidade que ela atravessa, segundo o gênero de extensão que ela contrai (Deleuze, 1999). Portanto, uma experiência imanente que destitui lugares e produz mundos que a inteligência utilitária não pode acessar. Porém, é no confronto permanente entre corpo e espírito que a sensibilidade vai criando zonas de vizinhança entre os dois e produzindo as condições do cuidar se atualizar. Portanto, o cuidar não nega o tratar; ele, nessa perspectiva, se atualiza por dentro deste.

Para melhor compreensão da pesquisa, serão discutidas as obras do filósofo Georges Canguilhem com base nos livros *O normal e o patológico* (2006) e *O conhecimento da vida* (2012), apostando nos conceitos de polaridade dinâmica e normatividade como dispositivos potentes de entendimento da inseparabilidade entre saúde e doença, matéria e espírito.

Ainda com Canguilhem, mas sob o olhar do filósofo Pierre Macherey (2010), darei continuidade ao tema da normatividade e suas implicações com uma vida que deixa de ser um dado para se tornar produto de uma perspectiva dinâmica – ou, como define Macherey, “O Vivo do Vivo”. Em minhas palavras: a vida do espírito no confronto com a matéria.

Com Michel Foucault será problematizada a noção de cuidado de si (*epiméleia heautón*) em contraposição com a noção de conhecimento de si (*gnôthi seautón*). Estas noções correspondem ao resumo dos cursos ministrados no *Collège de France* no ano de 1982, denominado *A hermenêutica do sujeito*. Nesse percurso, Foucault nos mostra duas formas de pensamento presentes na historiografia filosófica: uma que corresponde ao privilégio do conhecimento de si, o que então denomina “filosofia”, e outra correspondente ao cuidado de si, denominado por ele como “espiritualidade” (Foucault, 2006).

Na vertente do conhecimento de si ou filosófica, Foucault nos remete a uma forma de pensamento em que o sujeito, somente ele, pode ter acesso à verdade, lugar onde ele se interroga não sobre o que é verdadeiro e o que é falso, mas sobre o que faz com que haja e possa haver verdadeiro e falso, sobre o que nos torna possível ou não separar o verdadeiro do falso (Foucault, 2006). Um sujeito cognoscente, um sujeito da representação.

Na vertente do cuidado de si ou “espiritual”, ele define o conjunto de buscas, práticas e experiências tais como as purificações, as ascetes, as renúncias, ou seja, um modo de viver em que o sujeito tem de “olhar” para dentro de si de modo a modificar-se, converter-se e alterar a sua própria existência. Práticas não para o intelecto, mas para o ser mesmo do sujeito, o preço a pagar para ter acesso à verdade (Foucault, 2006).

Ainda com Foucault vou ao encontro da noção de *parrhesia*, algo que ele já começa a trabalhar na hermenêutica do sujeito, mas que desenvolve com profundidade nos dois últimos cursos, os de 1983 e de 1984, com o título *A coragem da verdade*. *Parrhesia* como a coragem da verdade, como franco falar. Frédéric Gros (2004a) diz que com a noção de *parrhesia* é possível que tenhamos, em Foucault, algo mais que uma invenção conceitual. Algo que se trata não tanto de elaborar um novo ponto de doutrina, mas de retornar a um ponto de articulação entre a teoria e a prática, entre o discurso e as ações, entre os saberes e as resistências. Acrescento eu: entre o tratar e o cuidar, entre o espírito e a matéria.

A proposta com o cuidado de si é de uma “ascese”, entendendo esta como um exercício do pensamento em oposição à história dos comportamentos ou representações, em que o humano na relação do corpo com o pensamento problematiza o que ele é, o mundo em que vive e qual o papel que deve desempenhar na produção de interrogações para si sobre as verdades naturalizadas como indispensáveis para a vida (Foucault, 2006).

Ascese, nessa perspectiva, não possui nenhuma conotação com transcendência, e sim com práticas voluntárias das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos (Foucault, 2006). Uma estética que, em grande parte, pode ser construída por aquilo que defino como um cuidador. Aquele que cuida de si ao cuidar do outro e, cuidando do outro, cuida de si. Uma estética da existência na qual, em relação consigo, um sujeito ético se constitui.

Em determinados momentos da pesquisa, espírito, alma e beira do leito – corpo sem órgão e Ideia – são desdobrados com muita dificuldade em se fazer uma separação entre os termos. Existem, tanto na filosofia como em diferentes doutrinas, nuances no seu uso, não sendo objetivo deste trabalho explicitar tais diferenças, e sim afirmá-las como dimensão espiritual da vida, utilizando-se em cada contexto dos casos apresentados o que melhor se ajustar ao entendimento da apresentação, mesmo sabendo das sutis diferenças que existem entre os termos.

No entanto, para melhor compreensão, por espírito vamos entender em grande parte do trabalho a própria duração proposta por Bergson (2005, 2006a, 2006b, 2006c). E por alma vou me apropriar das pesquisas de Foucault (2006), principalmente no *Alcíbiades*, no qual, em determinado momento, ele chega à conclusão parcial de que a alma é o próprio Eu. É nesse momento, diz Foucault, que o *Gnôthi seautón*, o conhecimento de si, encontra todo o seu esplendor, toda a sua plenitude. É nesse conhecimento do Eu que se encontra o apogeu do conhecimento de si.

Não é de maneira alguma a um Eu cartesiano que se deve conhecer, e sim um Eu alma que transborda largamente a simples atividade intelectual e concerne, de fato, a toda uma prática de si. Pensando com Bergson (2005), um Eu coextensivo à vida que se expressa no presente do corpo como uma resultante de um passado que vai sempre incorporando o presente e se atualizando como novidade num movimento indefinido.

Para Foucault (2006) aí está, seguramente, um dos momentos mais decisivos do texto do platonismo, um dos episódios essenciais na história das tecnologias de si, na longa história do cuidado de si que terá efeitos consideráveis durante a civilização grega, helenística e romana.

Em tese, podemos dizer com Foucault que, quando cuidamos da alma, não desprezamos o intelecto. A alma, nesse pensamento, possui duas dimensões: uma voltada para as ações intelectuais e outra que vou chamar de zona do ócio, uma zona prática que, segundo os gregos, nos diz Foucault (2006), é inseparável de um cuidado de si. Nesta pesquisa, vou considerar ócio como uma dimensão de reserva que permite àquele que se cuida alternar-se entre vida espiritual e material de acordo com as necessidades de atualização da beira do leito.

No entanto, isso é muito forte em saúde, pois, se o intelectual “invade” a dimensão do ócio, se toma conta de toda a atividade do sujeito, uma dimensão importante da existência fica comprometida. Nesse sentido, o que a pesquisa tentou demonstrar, principalmente com Foucault, é que é exatamente essa dimensão que o sujeito pode “servir-de” para cuidar de si no mesmo movimento em que cuida do outro.

Foucault vai muito além. Porém, para esta pesquisa, o que importa é que a beira do leito disponibiliza ao profissional de saúde todas as condições de se produzir como um ser alma. Como diz Foucault, um ser que, no lugar de usar a inteligência prática apenas para fins utilitários, disponibiliza esta a serviço do próprio movimento da vida sem perder sua dimensão de um sujeito social atuante.

Foucault (2006) encontra na filosofia de Sêneca o pensamento de que a razão humana é da mesma natureza da razão divina. Ela possui as mesmas propriedades, o mesmo papel e a mesma função. Em linhas gerais, o que Sêneca nos diz é que a razão divina é para o mundo; a razão humana deve ser para o próprio homem, pensamento que não coloca em questão a razão prática naquilo que lhe concerne, porém, é esta mesma razão em outra dimensão da sensibilidade, ou aquilo que chamo de dimensão do ócio – que vai, como diz Sêneca (2009), nos permitir penetrar no segredo mais interior da natureza sem se desprender do momento presente. Em outros termos: “trata-se de um movimento que se opera e se efetua no mundo – indo efetivamente em direção ao ponto de onde vem a luz, ganhando efetivamente uma forma que é a própria forma da razão divina” (Foucault, 2006, p. 336).

O método que deu suporte à pesquisa teve uma inspiração genealógica proposta por Nietzsche com base no livro *Nietzsche e a filosofia*, escrito pelo filósofo Gilles Deleuze (1965). Genealogia, para Nietzsche, quer dizer ao mesmo tempo valor da origem e origem dos valores. Uma genealogia que se opõe ao caráter absoluto dos valores tanto quanto ao caráter relativo ou utilitário, significando diferença ou distância da origem, tendo como elemento diferencial a crítica. Esta nunca concebida como reação, mas sim como ação, como positividade, como ato de criação. A filosofia dos valores instaura a realização da crítica, a única maneira de realizar a crítica total, isto é, de fazer a filosofia a “marteladas”. Portanto, crítica como expressão ativa de um modo de existência criativo (Deleuze, 1965).

Qual foi o sentido de aposta desta pesquisa? Esta pesquisa se desdobrou no exato momento em que grande parte do serviço de saúde dá sinais cada vez mais evidentes de privatização com participação ativa de alguns servidores públicos a favor de uma gestão externa. Entendo que é exatamente na produção de descrédito do serviço público de saúde que a doença avança e o Estado se desmoraliza com intenções bem definidas, estando os trabalhadores e a sociedade de modo geral em último lugar. É na subtração da força do público que os interesses contra o público triunfam. Ou como diz Nietzsche: separam os fortes daquilo que eles podem (Nietzsche, 1999).

No entanto, considero que esse já tão definido contorno da morte da Saúde Pública ainda pode ser revertido. Porém, para tal empreendimento, não vejo saída sem uma participação crítica do trabalhador de saúde, uma participação que precisa ser realizada por dentro do serviço público na cooperação entre os próprios servidores. Uma mudança que produza transformação no próprio trabalhador a ponto de este poder perceber que por trás de

sua doença e do serviço de saúde se constrói a própria entrega do serviço público a grupos que não tem referência nem compromisso com o público.

I. A BEIRA DO LEITO: UM CORPO SEM ÓRGÃOS

De certa forma, ela já existia antes de meu nascimento, grau zero como princípio de produção, suave e plena como um mar sem ondas, calma absoluta, imperceptível aos cinco sentidos, mas, de certo modo, ela não possuía consistência antes do nascimento. Apenas um ovo, intensidade pura, realidade transbordante em si mesma, não sendo indeterminada nem indiferenciada, mas apenas exprimindo a pura determinação de intensidades, a diferença intensiva. Ela, anterior e posterior ao organismo, ainda que não preexistente, atemporal, uma dobra no tempo, mas, de certo modo, à espreita do momento em que o desejo em mim fosse ao encontro de sua construção (Deleuze&Guattari,1996).

Um construtivismo, só exercício, uma experimentação inevitável para a minha vida a partir do momento em que comecei a empreender sua efetuação. Começar não é tranquilizador, pode-se falhar nesse empreendimento, não é um conceito ou noção, apenas práticas, conjunto de práticas, um empirismo transcendental, uma experimentação na imanência (Deleuze&Guattari,1996).

Práticas? Experimentar maneiras diferentes de existir, criar-se a si mesmo pela via da experimentação e, em cada experimentação, o abrir de um mundo outro. Uma multiplicidade na Unidade, a natureza não como um dado natural nem sobrenatural e sim como uma potência de criar realidades. Só a experiência como valor. Valor? Um rigor na maneira de existir, um rigor na maneira de experimentar a existência, repouso cada vez mais com pausas tensas em meios aos processos de diferenciação.

Deleuze e Guattari, filósofos, chamam esse conjunto de práticas de corpo sem órgãos; eu, enfermeiro-pesquisador, chamo de “A Beira do Leito”. O enfermeiro é um, o pesquisador outro, dois movimentos entre muitos outros movimentos numa única vida, registros diferentes, diferentes fluxos à beira do leito, uma mesma história em conexão com muitas outras, um mesmo corpo, planos de consistências diferentes. Enfermeiro mais corpo, menos velocidade mais densidade; pesquisador mais pensamento, maior velocidade, um encontro inevitável, o corpo instigando o pensamento e o pensamento perturbando o corpo até que o enfermeiro não mais se separe do pesquisador. Os órgãos como porta de entrada, portas de efetuação da beira do leito em nós.

Ela, a beira do leito, já existia antes de eu me tornar profissional de saúde ou pesquisador, mas foi entre os anos 80 e 90 que, pela primeira vez, ela tocou minha alma como

força da vida. Nessa época estava começando minha vida profissional em um grande hospital do Rio de Janeiro. Um hospital de grande porte que, em pleno desenvolvimento tecnológico, inaugurava um serviço de terapia intensiva dentro do mais alto padrão que a modernidade exigia. Meus olhos saltaram para tal empreendimento e, sem dificuldades, fui transferido para lá. Em pouco tempo me adaptei à complexidade tecnológica e, nesse percurso, me tornei referência para manuseio dos aparelhos ou, como prefere Merhy (1997),¹ das tecnologias duras.

Tudo conforme o planejado, conhecimento e reconhecimento nesse movimento de domínio pelas máquinas. Um mundo organizado, um mundo de significâncias com o uso do intelecto para definição do melhor a ser feito. Na outra margem, pouca relação com os doentes, aproximações esporádicas, um chegar e sair sem jamais permanecer. Um jogo de memórias, interpretação, mas lá estava o que eu acreditava ser o meu Eu, firme e seguro diante das tecnologias duras num ambiente ainda muito estranho, um desconhecido em mim.

“Outrem é para nós um poderoso fator de distração, não somente porque nos desconcentra sem cessar e nos tira de nosso pensamento intelectual, mas também porque basta a possibilidade de sua aparição para lançar um vago clarão sobre o universo de objetos situados à margem de nossa atenção, mas capaz a qualquer momento de se tornar o centro dela. A parte do objeto que não vejo coloca-a ao mesmo tempo como visível para outrem; tanto que, quando eu tiver feito a volta para atingir esta parte escondida, terei alcançado outrem por trás do objeto, para dele fazer uma totalização previsível. E os objetos atrás de mim, sinto que eles se ligam e formam um mundo, precisamente porque visíveis e vistos por outrem” (Deleuze, 1998, p.315).

Durou pouco tempo esse momento de brilhantismo com as tecnologias duras. A dança da vida reservou-me surpresas, surpresas que eu mesmo engendrei e cujas condições de sua existência construí, ainda que delas não tivesse consciência. Algo me colocaria para fora da moldura dos meus enquadramentos trazendo à tona agenciamentos dos desejos, não mais apenas o sujeito da razão.

Que riquezas eu iria encontrar? Era como se a vida tivesse um novo início e precisasse ser reinventada. As certezas desabaram e continuam desabando uma a uma, a norma corporal

¹O médico e pesquisador da linha Micropolítica do Trabalho e Cuidado e Saúde (Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ), E. E. Merhy (1997), define a tecnologia leve como expressão de um processo de produção da comunicação, das relações, de acolhimento, de autonomização, de vínculos que conduzem ao encontro dos usuários com as necessidades de ações na saúde. A tecnologia leve-dura inclui os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica e enfermagem, por exemplo. A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto como equipamentos tecnológicos (*hardware*), mobiliário tipo permanente ou de consumo, normas e rotinas, estruturas organizacionais.

exigindo renormatizações, os hábitos – sempre eles – agora solicitando novas invenções. Um reativo “em mim” reagindo não por vontade de poder e sim por vontade de potência. Cumplicidade em mim não por medalhas de reconhecimento e sim por vontade de viver. Conservar não mais as condições do criado e sim as condições de criação para manter a vida no seu mais alto grau de intensidade. Um valor estético de difícil envergadura no cotidiano, sofrendo desvios permanentes diante de uma vida sempre instável.

E porque toda essa reviravolta, ou a volta que se revirou num “em mim”? Por que essa dobra? Havia nesse serviço os nomes mais renomados em terapia intensiva do Rio de Janeiro, mas existia também um grupo cognoscente à margem, ou, diríamos, “da margem”, que afirmando o rigor impresso na simplicidade fazia usos outros das tecnologias (Lobo, 1992).

Um grupo de profissionais de enfermagem à margem do intelectualismo dominante, grupo que já se encontrava lá antes de qualquer possibilidade de inovação tecnológica. Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e alguns poucos técnicos. Este grupo, na maioria senhoras, que pouco se interessava pelas novas tecnologias, já tinha um avançar da idade e um modo de viver o trabalho em saúde em que os aparelhos para elas eram apenas meros acessórios. Por outro olhar, elas ultrapassavam limites, quebravam barreiras, ampliando horizontes para uma vida em saúde que transformava aquele ambiente de tensão e morte num lugar de afirmação da vida.

“Se nos empenhamos na luta coletiva pelas transformações sociais é preciso que sejamos modestos e abdicemos da carapaça piedosa e despótica do saber; que procuremos despir-nos da pretensão de sermos os mentores dos dominados. Falamos sempre que eles estão à margem da vida; mas o que precisamos aprender com eles é a vida da margem” (Lobo, 1992, p.126).

A atenção delas era, em sua quase totalidade, para o doente deitado no leito. Situação que, de início, me confrontou com duas realidades. Em primeiro lugar, não entendia porque diante de um universo tão instigante, tão novo e tão promissor, e que tanto me interessava, elas pouco se encantavam e quase não davam valor. Em segundo, o que tanto faziam encostadas naqueles pacientes? Minha atenção, aos poucos, foi se desviando para o trabalho daquele grupo. Eram horas e horas à beira do leito.

O banho no leito não era um banho, era um verdadeiro ritual. Da lavagem dos cabelos até as unhas, nada escapava dos movimentos das mãos e dos olhos. Um banho que durava um plantão inteiro, pois a cada leve desarrumação lá estavam elas a reposicionar o fluxo da vida. Não era só arrumar um lençol ou coisa parecida; a presença delas à beira do leito, o jeito de

conversar com o doente mesmo que ele nada pudesse responder, não era uma simples presença. Era uma presença implicada com aquela vida, e isso mudava e muito a relação com aquele paciente, ressoando por todo canto da unidade. Meu corpo aos poucos ia se sensibilizando por e com elas – melhor, com a produção de vida que fluía através delas, fundamentalmente com a cumplicidade, o rigor e a disponibilidade delas com a beira do leito. Elas, de certo modo, eram a beira do leito.

Cuidar de um paciente de terapia intensiva não é fácil. São muitos aparelhos, bombas, monitores, fios por todos os lados, cateteres em diferentes áreas do corpo, um manuseio difícil que exige grande habilidade, em que qualquer movimento descoordenado coloca em risco a vida do paciente. Para esse grupo, essa grande “engenharia” era muito simples. Virar para cá, virar para lá, coordenar o movimento do corpo do paciente com o delas e toda a tecnologia dura eram um único movimento. Elas eram coextensivas aos aparelhos e aos pacientes.

Com isso, minha atenção foi, aos poucos, cada vez mais se distanciando das tecnologias duras para o movimento daquele grupo. E, devagar, eu fui me aproximando delas e sentindo aquele trabalho mais de perto. Em alguns momentos era insuportável acompanhá-las. Cinco horas na beira do leito para elas era como se o tempo não existisse. Elas não percebiam o tempo passar. Esse foi o meu primeiro vislumbre da palavra disponibilidade e sua relação com um tempo que não vê o tempo passar, ao mesmo tempo que o cuidar foi iniciando seus primeiros contornos em mim. Primeiro ele contorna, prepara, só para depois fluir.

Para mim, aquele tempo, que para elas tinha outra densidade, era uma eternidade quase insuportável, mas era um tempo que fazia sentido para o meu viver. Meu corpo reagia, o suor descia, meus ombros se enrijeciam num tempo que parecia nunca terminar. Posso dizer que elas cuidavam da vida, e eu estava preocupado em tratar para que a forma retornasse ao seu padrão anterior. Tempos diferentes na mesma beira do leito.

O cuidar cuidando da vida, o tratar da forma, e eu experimentando em meio a isto um conflito. Ideia e ser, espírito e matéria numa contradição aparente, dobras que se produziam e perturbavam modos de existência instituídos em mim. Eu sentia o passado me empurrando para um presente que apontava para um porvir com novas configurações. Muitas foram as resistências. Em parte sofri, em parte me tornei outro, diante dos movimentos de dessubjetivação que exigiam o seu espaço em mim.

Não tive saída. O destino que eu mesmo escolhi me capturou, o desejo em mim acionado no encontro com aquele acontecimento-experiência passou a desejar aquela vida. Sobre o convite daquelas almas eu dormia aguardando um novo dia. Era uma agonística que eu experimentava comigo mesmo. O desejo querendo saltar, o medo querendo partir, fugir daquela experiência que naquele momento ressoava em mim com um sentido de morte abrindo clarões para uma nova vida.

Uma parte de mim, um resíduo de ser, um Eu cognoscente a tremer; no desejo, um espírito a desejar, dois estados no mesmo vivo. Uma contradição aparente na multiplicidade, compenetração, comunicação entre fenômenos moleculares e as singularidades (Deleuze & Guattari, 2010).

Um novo registro de produção do desejo, uma nova configuração, atração e repulsão? Talvez. Um encontro de fluxos, uma produção “em mim”, provável. Montei estratégias de sobrevivência para continuar diante desse novo registro. Há de se ter cautela para continuar. Não se prender aos estados, seguir o fluxo; construir um plano de proliferação em suas relações de forças em luta para outras composições, outras organizações, requer a produção de um corpo, um ‘corpo de passagem’.

O corpo que acreditava meu estava em questão. Liberar o corpo em meio à própria potência que o criou e que se serve dele implica entender que não se faz isso com a mesma casca, nem com o mesmo corpo. De certo modo, é exatamente aí que a beira do leito ganha consistência; é nesse movimento que se produz a experiência da vida.

“É no encontro, neste meio de proliferação que os corpos encontram sua potência de afetar e ser afetado. É nele que o desejo flui e cria mundos, novos agenciamentos, conectividades, outras experimentações” (Neves, 2009, p.195). É no encontro, no modo como me relaciono com os obstáculos da vida, que posso criar ou não as condições de passagens para Outrem, mundos possíveis em mim. Um novo corpo não para a representação, mas para a beira do leito passar em mim. Ondas, vibrações, limiares e gradientes a partir de uma matriz cuidadora.

Se à filosofia pertence a tarefa de pensar com conceitos o impensável – ou o que não pode ser pensado segundo um modelo previamente estabelecido –, à beira do leito cabe engendrar uma sensibilidade não conformada a um papel já dado. Uma sensibilidade que amplie os limites do corpo e se metamorfoseie em expansão produzindo um movimento de passagem correspondente no pensamento.

A passagem do tratar ao cuidar diz respeito a uma conquista que passa pelas nossas práticas. Menor reatividade do corpo, maior consistência do cuidar sem negligenciar o tratar; diz respeito a um tratar cada vez mais em relação com a expressão da vida e não com a doença.

Sempre passagens, mudanças de grau com mudança na sensibilidade. Importante é dizer que o entendimento não se desvincula das práticas. É no aumento da sensibilidade em relação ao outro, em relação a si mesmo e às nossas práticas que o entendimento vai sendo conquistado. É pelo aumento da sensibilidade que a expressão do corpo vai criando ressonâncias com o Espírito ou Ideia de corpo, como diz Espinosa (1983).

Tinha o outro na minha vida, tinha aquelas senhoras, e cada vez eu me sentia mais em comunhão com as práticas. No domínio das tecnologias duras, comecei a perceber que elas precisavam de um mínimo de conhecimento dos aparelhos, um mínimo do mínimo, o básico diante dos novos “monstros”.

Com esse olhar eu comecei a chamá-las para perto de mim e, com muita calma, repetia muitas vezes o funcionamento dos aparelhos. Muitas delas gostaram, e aos poucos a relação enfermeiro autoridade diante de um auxiliar ou técnico foi ganhando novos contornos. Tinha produção de vínculo em movimento, transversalidade entre vidas. O que acontecia comigo na relação com o doente não era muito diferente do que acontecia com elas diante das tecnologias duras.

As tecnologias duras não podiam ser desprezadas, apenas precisavam estar no seu devido lugar. Um acessório. Mas, para isso, era necessário entender como esse acessório funcionava. Noções básicas, ajustes, alarmes, o que fazer, como fazer em caso de urgência, nada mais. O registro delas era outro. Precisava de atenção, de prudência do meu lado e do delas, dois mundos, dois registros num mesmo movimento, conectados na produção da beira de leito.

Era uma questão de afeto, pura relação energética para compor nas diferenças um modo de viver, uma ética, uma política de relação entre humanos. Uma luta a ser travada com paciência, devagar, ainda havia resistências dos dois lados, as leves tensões diziam isso, mas aos poucos as barreiras foram se desmoronando. As delas, as minhas, as nossas, novas composições. Não apenas meros choques entre partes externas, mas uma experiência, um cuidado de si no encontro com o outro, estava em movimento. Elas em mim, eu nelas,

produzindo outros modos de existir. Uma política da vida em movimento, repouso, lentidões, em vibrações e interferências mútuas.

Desse modo, elas ficavam mais à vontade junto à tecnologia dura e comigo, e eu na relação com elas. Elas começaram a mexer nos botões com mais confiança, olhar os números nos monitores e interpretá-los com um sentido de mais-valia diante do novo. Isso produziu efeitos positivos na qualidade da assistência oferecida aos pacientes. O novo conhecimento tornou-se corpo, mas era lá, à beira do leito, o momento delas, seu êxtase. Lá onde o “meu Eu” não queria chegar e o meu espírito insistia em me arrastar. A minha alma precisava ser conquistada e cuidada, elas me diziam isso.

O trabalho que elas faziam distanciava-se de um mero rol de tarefas executadas, era um modo de viver que me impressionava e impactava minha vida. Os médicos reclamavam, diziam que elas ficavam muito tempo dando um simples banho e com isso atrapalhavam a avaliação clínica, obrigando-os a reduzir o tempo de discussões dos casos clínicos. Elas pouco ligavam, os seus movimentos estavam diretamente relacionados ao rigor necessário da beira do leito.

O ritual permanecia o mesmo, independentemente das questões externas. Uma espécie de desligamento-atento se produzia, não importando o que falavam, pois a beira do leito era o tudo, o real, uma eternidade se efetuando nelas. Não se tratava de perfeição: brigavam entre elas, ficavam sem se falar, batiam porta, não almoçavam juntas, mas à beira do leito tudo mudava. Rigor no viver, espírito em sintonia com o tempo dos corpos.

Meu corpo não doía menos com minha aproximação. Mesmo me sentindo a cada dia mais à vontade, eu chegava a casa me sentindo um lixo do luxo. Como lixo, eu estava exausto, tomava muitos analgésicos para segurar a dor de um corpo que se contorcia diante de um desconhecido sem limites, situação que colocou em questão minha conservação física, me obrigando a procurar atendimento médico.

Diante desse quadro, realizei exames de imagens que evidenciaram áreas de artrose na coluna lombar e dorsal. Desse modo, pelo aspecto médico estavam esclarecidos os meus sintomas. No entanto, o laudo médico em nenhum momento deu parecer favorável ao meu afastamento daquelas atividades. O processo degenerativo da coluna estava em fase inicial, desgaste comum para minha idade e em profissionais de saúde, que se agudizou naquele momento.

Nesse contexto, fui medicado com anti-inflamatórios, realizei fisioterapia, acupuntura e retornei ao trabalho. Momento de adaptação ao novo. Como enfermeiro coordenador, a minha função à beira do leito era mais de apoio, observação da boa adaptação dos pacientes aos aparelhos, intervenção quando necessário; verificar em cada plantão a integridade da pele dos pacientes e o nível de consciência, dar suporte aos técnicos durante as mobilizações no leito, etc.

A exigência do corpo para execução direta dos cuidados ficava mais por conta dos técnicos e auxiliares de enfermagem; desse modo, a minha participação nas execuções de maior esforço físico dependia mais de minha disponibilidade em estar junto com a equipe – o que me fazia muito bem – do que propriamente de uma função protocolar. Era um momento de adaptação que incorporei com pequenas restrições e que não diminuiu em nada o sentido que aquele modo de viver em saúde produzia em minha vida.

Hoje, depois de 29 anos de atividade e de ter vivido a experiência de adoecimento, meu modo de trabalhar à beira do leito sofreu pequenas alterações nas necessidades do uso do corpo físico, possibilitando-me radicalizar o entendimento de que a luta por um cuidado de qualidade é indissociável da luta política em prol de condições básicas de trabalho e da saúde do trabalhador. O tratar não pode ser realizado com prejuízo para a saúde do trabalhador de saúde. É esse plano de consistência que sustenta minhas apostas no fortalecimento das políticas públicas de saúde, não nos esquecendo jamais de que esse trabalhador é também usuário do mesmo sistema.

“É certo que uma força reativa pode ser considerada de pontos de vista diferentes. A doença, por exemplo, separa-me daquilo que posso: força reativa, torna-me reativo, diminui minhas possibilidades e condena-me a um meio minorado em relação ao qual não tenho outro remédio senão adaptar-me. Mas, doutra maneira, revela-me uma nova potência, dota-me de uma nova vontade que posso fazer minha, indo até o limite de um estranho poder. Separam-nos de nossa potência, mas dão-nos, ao mesmo tempo, uma outra potência, tão “perigosa” como interessante”. Trazem-nos novas afecções, ensinam-nos novas maneiras de ser afetados. Há qualquer coisa de admirável no devir reativo das forças, admirável e perigoso. Todavia: será exatamente a mesma força aquela que me separa daquilo que posso e aquela que me dota de uma nova potência? Será a mesma doença, será o mesmo doente aquele que é escravo de sua doença e aquele que se serve dela como de um meio para explorar, para dominar, para ser mais potente?”(Deleuze, 1965, p.100-102).

É esse movimento que chamo de luxo do lixo, um movimento que só pode ser sentido. Luxo que não aparece nos exames laboratoriais nem nos exames de imagens, que sinalizam uma direção sem finalidade, sem meta a ser atingida. Luxo que afirma a cada dia que, para

além e aquém da conservação necessária do físico, existe algo de muito vivo que nada mais quer do que dar vazão a sua força diante de uma matéria que resiste aos movimentos do espírito.

Eu não menosprezei em nenhum momento o meu adoecimento; muito pelo contrário, o olhei e cuidei dele com muito respeito, muita atenção, na exata medida em que era ele que, entre outras coisas, me sinalizava e continua sinalizando outra lógica a ser vivida, uma lógica que exigiu mudança do foco das tecnologias duras para as relacionais. Uma lógica que reflete uma saúde que não apenas se possui, mas que é preciso conquistar momento a momento, posto que se deve sacrificá-la incessantemente tendo como horizonte um desconhecido do qual ninguém ainda viu fronteiras, tendo como recompensa um mundo tão rico de coisas belas, estranhas, dúbias e divinas que nossa curiosidade e nossa sede de posse saíram de seus gonzos – nada, nada mais poderá saciar (Nietzsche, 1981).

Era a lógica das intensidades passando por mim, “meu” espírito envolvendo um Eu muito arredio a uma dimensão da alma que exigia o seu lugar. Um processo difícil que se opõe aos sistemas ou estruturas, uma existência em vias de, de “se pôr a ser”, que pedia passagem, certos conjuntos expressivos que rompiam com meus encaixes totalizantes e se colocavam a trabalhar por conta própria e a subjugar meus conjuntos referenciais para se manifestar a título de indícios existenciais, de linhas de fuga processuais (Guattari, 1999).

“É preciso que a experiência da morte nos tenha dado, precisamente, uma suficiente ampliação da experiência para vivermos e sabermos que as máquinas desejanter não morrem. E que o sujeito, como peça adjacente, é sempre um “se” portador da experiência, não um Eu que recebe o modelo, pois o próprio modelo de modo algum é o Eu, mas o corpo sem órgãos. E Eu não se reúne ao modelo sem que o modelo, de novo, volte-se em direção à experiência” (Deleuze&Guattari, 2010, p. 438).

Hoje sei que com elas, com aquele grupo, comecei a arrancar de forma muito lenta a minha consciência para fazer dela um meio de exploração da vida, ou, como diz Deleuze (1998): arrancar o meu inconsciente da significância e da interpretação para fazer dele uma verdadeira Produção. Não mais um inconsciente agarrado a fixações arcaicas, mas disponibilizado, num plano de tensões em vias “de”, “servir-de” uma memória do futuro; um mínimo de corpo físico num máximo de intensidade na construção de um corpo de passagem ou da grande saúde. Uma saúde que não diz respeito a ser forte ou fraco, mas de dizer sim à vida diante da dor, da alegria, da angústia, do desconhecido. Para isso é preciso criar valores novos que sejam da vida, que a tornem mais leve e ativa. E nesse caso, não se trata de mera

conservação da vida, mas de uma vida que se experimenta pondo-se constantemente em risco (Nietzsche, 1981).

Para a beira do leito isso é fruição, movimento ou simplesmente diferenciação. Nessa perspectiva não há uma saúde universalizada, um modelo a ser seguido, e sim, em cada estado singular, colocar sempre como imprevisível o que pode retornar depois de uma doença: um fracasso, uma derrota ou um conflito.

Mas é preciso prudência, e de certo modo os sinais do corpo-organismo, com suas vibrações percorrendo um dentro que a cada novo movimento vai alçando mais a superfície e se dobrando num fora mais vasto, já me davam um sentido: se fomos feitos corpos lentos, não podemos parar, mas, com certeza, não fomos feitos para correr; a lentidão, se bem vivida, é pura experimentação. Isso já era muito para mim. Um passo de cada vez na corda bamba da beira do leito. Perder o fio deslizante e cair não é a melhor saída. Pode-se voltar mais endurecido.

É importante não esquecer que abrir o corpo a conexões nos agenciamentos desejosos, às intensidades e às territorializações e desterritorializações nunca foi se matar, mas supõe todo um agenciamento, circuitos, conjunções, superposições e limiares, passagens e distribuições de intensidades (Deleuze&Guattari,1996).

“Nesse processo é importante perceber a dor não no sentido de uma interioridade, de uma culpa. A dor é uma reação. Parece que, de fato, o seu único sentido reside na possibilidade de agir esta reação, ou pelo menos de a localizar, de isolar a marca a fim de evitar qualquer propagação até que possa de novo reagir. O sentido ativo da dor aparece, portanto, como um sentido externo... A dor não é um argumento contra a vida, mas pelo contrário, um excitante da vida, “um atrativo para a vida”, um argumento a seu favor” (Deleuze, 1965, p. 194, 195).

Aquele grupo, aquelas senhoras me conduziram à beira do leito, mas o plano que elas construíram para mim, junto comigo, foi um plano de confiança, agenciamento na dose certa. O jogo estava aberto, e elas por cima do lençol branco me passavam as cartas. “Toma, meu filho, chegou a sua vez.” Cartas sobre o lençol branco, meu corpo em movimento; jogo de dados lançados ao “céu”; pensamento se alinhando com o corpo. Agenciamento temerário que exige um território firme para deslizar. Confiança na consistência, na certeza de que minha vida se transformava junto com elas na construção à beira do leito.

Elas me lançaram no mar sem fim ao mesmo tempo que criavam as condições para eu não me afogar. Estava em curso uma prática micropolítica, novas solidariedades, uma nova

suavidade juntamente com novas práticas estéticas a partir de um acontecimento-acidente. Um acontecimento que fez bifurcar meu projeto inicial, para fazê-lo derivar longe das perspectivas anteriores tão seguras (Guattari, 1999). Aos poucos, fui criando mais intimidade com elas e comigo mesmo. Assim, devagar, fui dando os primeiros passos, ainda estou neles, na construção de uma beira de leito como plano de consistência do cuidar.

Aos poucos, passei a tomar iniciativa para iniciar o ritual do banho, pedia para elas me ajudarem e, lentamente, eu ia me experimentando à beira do leito. Não é nada simples se experimentar à beira do leito, se desfazer de um estrato após o outro, viver sem finalidade, sem meta, mergulhar no mais profundo mar e retornar à superfície.

No entanto, eu, filho de pescador, cresci na beira de um cais; o mar que me mete medo, no meu íntimo, é o que me atrai. Eu olhava para o mar esperando meu pai chegar; quem era o meu pai naquele vasto mar? Ele já não tinha rosto. Melhor: já não tinha rosto humano, já não se tratava de alguém, mas simplesmente de um rosto impessoal que eu buscava no meio do oceano. O menino do cais ainda vive em mim diante daquele mar, e sinto que é lá, no meio do mar, que o corpo sem órgãos em mim quer chegar. Chegar como, se à beira do leito nunca se chega lá?

Depois de algum tempo passei a tentar ir sozinho para a beira do leito. Sozinho experimentava uma solidão absoluta como signo de um encontro comigo mesmo, ao mesmo tempo que mantinha com a beira do leito uma relação de prazer e medo. Eu sentia que não era aconselhável acelerar o processo; desse modo, diante da instabilidade experimentada à beira do leito, eu dava um sinal de alerta, e logo chegavam minhas guardiãs, as enfermeiras, as auxiliares de enfermagem.

Elas não me deixavam entrar num buraco negro; havia um limite para o desejo, e eu sabia disso. O doente não era um objeto, mas uma força viva em conexão com as forças vivas que passavam em mim. Sempre práticas políticas. O mesmo acontecia com a tecnologia; elas sempre me chamavam, e lá estava eu, sabendo como chegar.

Hoje, depois de mais de 25 anos dessa experiência, o acesso ao registro dela passa por constantes reatualizações. Todo dia é um novo investimento, uma experimentação singular que tem como referência aquele grupo, mas vou me agenciando com novas configurações no corpo e no pensamento. Elas me passaram as cartas, mas o jogo nunca é o mesmo, e os “dados” caem sempre com novos arranjos de uma experiência única chamada vida.

Continuo no mesmo modo, um modo cuidador, mas a cada dia, com muita calma, eu vou dando sentido a minha vida e vou construindo as condições para os meus órgãos estarem a serviço da beira do leito. Nessa caminhada fui percebendo cada vez mais a necessidade de um cuidado, uma atenção cada vez mais responsável para com os órgãos. O tratar bem do corpo no sentido de seu bom funcionamento é inseparável de um tratar bem do espírito.

É importante afirmar que a beira do leito como corpo sem órgãos é coextensiva a cada átomo, a cada célula, a cada molécula do organismo. As dobras do dentro no fora começam na atenção em cada célula numa processualidade indefinida que permite afirmar o dentro como forro do fora num dinamismo ético que permeia todo viver em cada partícula da vida (Deleuze, 2005).

A isso os gregos definem como *enkratéia*: um domínio em relação a si se desprendendo do poder que se exerce sobre os outros. A relação a si como princípio de regulação, vergando o fora por meio de exercícios práticos. Sempre força em relação com outras forças, uma força que é inseparável do poder de afetar e ser afetado por outras forças. Mas aquilo que daí deriva é então uma relação de forças consigo, um poder de afetar a si mesmo, afetação de si por si (Deleuze, 2005).

Foi desse modo e com muita atenção que comecei a olhar e continuo olhando atentamente as formas dominantes em mim; o poder, sempre o poder, tem-se que negociar com ele, tem que se estar atento. Ele se investe de muitos disfarces, são muitas as armadilhas e elas, com o passar do tempo, vão se tornando cada vez mais sutis, mais ardilosas. Senão vira hipocrisia. Existem muitos estados cristalizados movidos pelo medo que são desafiados à beira do leito. O medo como meio de exploração do poder. O poder como exercício de intimidação de um corpo sobre outro. Além disso, tem o medo da desagregação da forma. Acreditamos que é uma perda aquilo que muitas das vezes corresponde a uma mudança de sensibilidade. Isso assusta.

É por isso que Deleuze e Guattari (1996) dizem que é necessário guardar o suficiente do organismo para que ele se recomponha a cada aurora, pequenas provisões de significância e de interpretação; guardar para quando as circunstâncias o exigem, apenas isso, pequenas provisões de subjetividade – é preciso conservar suficientemente para poder responder à realidade dominante. A regra é facultativa, e cada um no seu tempo, numa vida com maior ou menor sensibilidade, é que vai aos poucos ora aumentando, ora resistindo aos movimentos do espírito.

É nesse movimento que a alma vai “deixando” passar aquilo que é possível para experimentação de um ser singular como potência de outramento, um sujeito que não mais se confunde com o objeto, num processo lento de dissolvência da individualidade, em que os afetos encontrem cada vez menos resistência para que o ser do sujeito – o ser alma, como diz Foucault (2006) – possa percorrer movimentos cada vez mais sutis nas dobras que se processam à beira do leito.

Um pleno vir a ser, em que a cada mudança se segue outra, a cada estado atingido se sucede outro. Nada é senão vir a ser. Isso é prática, é saúde, é a beira do leito em nós, e a beira do leito aproximando o cuidar do tratar. É Matéria e espírito em ressonância e o amor intelectual como natura naturante agindo em nós, como bem diz Espinosa (1983).

Uma daquelas senhoras era carinhosamente chamada de vovó. Já estava próxima dos setenta anos e era a mais detalhista, não deixava uma única ruga no lençol, a dobra do lençol sobre o cobertor tinha que estar sempre pronta como se fosse para uma fotografia. De vez em quando, ela me chamava a atenção: *“Não, meu filho, não pode ficar desse jeito. Olha o rosto dele, coloca um paninho embaixo pra secreção não ir pro lençol, depois a visita chega e vão pensar que a gente não tá cuidando dele.”* O paninho não era um simples paninho, era muito mais, era afeto em doses perturbadoras. Eu me desorientava diante de tanto zelo pelo outro.

Outra, um pouco mais nova, nem tanto, não admitia que nenhum hálito ruim saísse daquelas bocas cheias de aparelhos; ficava irritada, resmungava, saía do plantão excomungando quem fosse capaz de fazer isso com um doente. Era da vida que ela cuidava. E tinha aquela que sempre voltava depois do banho para retocar o cabelo, passar óleo nas mãos, e outra que, sem ter “nada” para fazer, ficava dando volta no salão como se fosse uma pista de dança. Mantinha um olhar por cima dos olhos como se não estivesse ali, um olhar distante, mas cheio de presença. Era muita coisa ao mesmo tempo para a minha vida. Uma estética da existência que quase passava despercebida diante do mundo intelectual.

Penso que não é possível indiferença em meio a uma experiência dessas. A beira do leito também é um entre de construção de coisas estranhas, para não falar de monstruosidades. Terapia intensiva, um ambiente de morte, onde a vida se insurge intensamente nos detalhes. Sair de cena, sem sair do tempo-espaço – quem trabalha em saúde e sente sabe da loucura a que estou fazendo referência.

Trabalhar em saúde num ambiente fechado, em terapia intensiva, onde a taxa de mortalidade é, normalmente, a maior de todos os espaços de saúde e, às vezes,

proporcionalmente maior que os números de uma guerra, implica viver o fascinante próximo da loucura. A linha é muito fina, é uma corda bamba, um pé de cada vez, e a cada passo uma pausa para um novo reequilibrar-se, mas sempre na corda bamba.

Permanecer na corda bamba é movimento, devir outro ou, como diz Fernando Pessoa (2011), desassossego. Cair, também diz Pessoa, é estagnação. Isso não é incomum em terapia intensiva – talvez por isso, além de outras coisas, tanto apego às máquinas. Por isso, Deleuze e Guattari falam tanto em prudência. Se o desassossego é o movimento que prepara e conduz ao tornar-se outro, a estagnação nega toda possibilidade de metamorfose. Eis o perigo, pois, de uma à outra, a passagem mal se faz sentir. Paradoxalmente, a estagnação pode derivar do desassossego – derivar imperceptível do movimento para paragem do movimento, no lugar de um vazio pleno, um vazio esvaziado da vida para a morte, do sentido para o não sentido, do expressivo para o não expressivo (Gil, 1987).

Prudência em vida hospitalar, principalmente em terapia intensiva, é muito importante. O risco fica sempre entre: ou a máquina é tudo e banalizo a vida, ou me confundo com o sofrimento ou a morte do outro e vivo somente de marcas, ou seja, um tipo de morte em vida. Estar em uma das margens é perder a possibilidade de viver como limiar, viver como movimento do espírito à beira do leito. Um entre de conjunções de fluxos, contínuos de intensidades, garantindo-se sempre um pedaço de terra para não se perder. Não se desfaz, nem é necessário romper com o tratamento e toda a tecnologia que ele envolve. Isso faz parte da necessidade em terapia intensiva. Mas pode-se ir além do organismo e de toda organização relacionada a ele quando tratamos de um paciente em terapia intensiva. Terapia intensiva não é um nome por acaso; terapia intensiva é a vida no limite do corpo, na superfície do corpo, em vias de não mais habitar a matéria ou o que chamamos de morte.

O caminho que estou propondo é de uma cumplicidade entre tecnologia dura e afeto, tratar e cuidar. É experimentar o cuidar na execução do tratar, guardando nos limites do corpo um mínimo de si para a alma. É nesse limite que se pode viver a intensidade do cuidar, pode-se construir um corpo de passagem para compor em si uma superfície intensiva que liga a vida que vive no corpo a um espírito atemporal.

Naquela época, com a introdução da tecnologia e da necessidade de corpos mais “ágeis” para dar conta da demanda, aquele grupo de senhoras foi sendo gradativamente substituído por profissionais mais jovens e mais bem “qualificados” para a complexidade do trabalho em terapia intensiva. Muitas daquelas senhoras saíram direto para aposentadoria, algumas mudaram de setor, ainda que contrariadas, e outras saíram da assistência direta para a

linha de apoio. Guardar material, lavar, embalar. Elas se foram? Tempo-espaço para a beira do leito é ilusão. Na duração, na vida do espírito, nada se perde, tudo está em relação com a beira do leito. Contração do tempo, diria Bergson (2005). Para a beira do leito, elas continuam lá e em todos os espaços que envolvem práticas de saúde.

Com a formação do novo grupo, com certeza os aparelhos eram manipulados com muito mais facilidade e os relatórios tinham um conteúdo mais científico, mais intelectualizado, mas o que poucos perceberam é que o cuidado à beira do leito já não era o mesmo. A tecnologia dura ampliou seus domínios; muitos registros, muitas discussões de casos, projetos e mais projetos, e o cuidado perdendo espaço de atualização para o tratamento.

O que sei é que com essa nova configuração a taxa de mortalidade aumentou, as úlceras de pressão por falta de mudança no leito começaram a aparecer, o tempo médio de permanência também aumentou, e poucos sabiam o porquê. A beira do leito pode ser a mesma sobre novos registros, mas um banho no leito não é jogar água, passar sabão, enxugar, como se faz num lava-jato. Isso é uma necessidade corpórea elementar, mas leva tempo para se perceber a diferença.

Um banho no leito é muito mais do que jogar água e passar sabão. Ele se desdobra durante um dia inteiro, talvez uma vida. Ele muda o momento da morte, o modo como se morre, mas antes disso, ele cuida da intensidade da vida. A vida passa à beira do leito, ou melhor: a vida é a beira do leito. Um banho no leito pode ser um acontecimento, um lugar de produção da vida entre expressões da vida, um entre-espaço que em uma borda existe um profissional de saúde e, na outra, um paciente, mas é no entre que a vida acontece como afirmação ou negação.

O banho no leito serve como referência para as diferentes práticas em saúde. A afirmação dele com tanta ênfase tem valor especial na experiência da enfermagem. A beira do leito é tudo em todos, em qualquer lugar, qualquer prática, corporal, incorporal, em que o corpo físico é apenas um efeito, uma expressão de uma vida imanente que insiste nela mesma.

“O corpo sem órgãos não se chega, não se pode chegar, nunca se acaba de chegar a ele, é um limite... É sobre ele que dormimos, velamos, que lutamos, lutamos e somos vencidos, que procuramos nosso lugar, que descobrimos nossas felicidades inauditas e nossas quedas fabulosas, que penetramos e somos penetrados, que amamos” (Deleuze, 1996, p. 9, 10).

À beira do leito a tecnologia não é uma monstruosidade; a questão é como ela é capturada pelo desejo, como ela serve de álibi para diferentes interesses. Importante afirmar nesta pesquisa a manipulação utilitária das tecnologias duras para políticas que rivalizam contra a própria vida, sendo impostas como ferramentas que podem substituir a produção do cuidado sem se dar conta de que o elemento mediador de qualquer ação tecnológica é o campo dos processos intercessores que afirmam a vida, nos quais têm existência todos os tipos de tecnologias de cuidado, sejam elas materiais, sejam imateriais (Merhy&Ceccim, 2009).

Um respirador artificial tem o seu lugar em terapia intensiva ou onde se precisar dele. Ele substitui os pulmões em momentos em que o viver ou morrer está em questão, mesmo se questionando que tipo de vida se mantém ligada a ele. Muitos conseguem sair, esse é o valor maior, o que não impede uma visão crítica sobre o seu valor maximizado a serviço da morte de muitos.

As camas elétricas tiraram um peso enorme das costas da enfermagem e de todos aqueles que a usam, além de darem autonomia de movimentos aos pacientes restritos ao leito. Os monitores, com suas centrais de alarmes, facilitam e muito a visualização a distância, mesmo se colocando em questão, em muitos momentos, o porquê dessas distâncias. Não interessa a esta pesquisa desmerecer as tecnologias duras, mas não se pode deixar de colocar em questão os diferentes interesses a que elas atendem e o seu devido lugar quando se trata de saúde. Acessório, e nada mais.

As noites dentro de um hospital, principalmente em terapia intensiva, seja adulta ou pediátrico, por exemplo, são muito longas, são arrastadas, há uma hora em que a atenção não consegue manter o mesmo nível. Nesses casos, a tecnologia entra como suporte – enfim, toda tecnologia não deixa de compor a beira do leito. Elas simplesmente passam a ter apenas sentido de utilidade, acessórios que precisam da memória e do intelecto para manipulá-las em relação direta com as necessidades biológicas do paciente. Melhor: no seu devido lugar, elas podem liberar o corpo do trabalhador a serviço do espírito.

No lugar do corpo como máquina, o corpo como abertura para intensidades, o corpo como porta de entrada de forças em relação com novas forças que não são, num primeiro momento, humanas, mas entram em relação com as do homem para rebaixá-lo à sua própria finitude e comunicar-lhe uma história, que ele torna sua num segundo momento. Forças que envolvem um fora mais distante do que todo mundo exterior como abertura de um futuro no qual nada se acaba, porque nada começou, mas tudo se metamorfoseia (Deleuze, 2005).

II. ENTRE O ESPÍRITO E A MATÉRIA, A BEIRA DO LEITO É NORMATIVIDADE

Com os filósofos Georges Canguilhem e Pierre Macherey, este capítulo pretende afirmar que nos entremeios das normas rígidas da instituição hospital transitam normas outras – normas normativas, como diz Canguilhem (2006). Normas vitais que escapam ao olhar disciplinador, hierarquizante, corporativista, modelador e racionalizante que, em graus elevados, ainda se perpetua nesses ambientes.

Nesse sentido, a proposta é percorrer “espaços” de pouca visibilidade da instituição hospital e, dentro do possível, trazer para o debate da produção de normas em saúde normas “menores”, normatividade. Em outros termos: “o esforço espontâneo da vida”, segundo Canguilhem (2006), ou o “vivo do vivo”, como prefere Pierre Macherey (2010). Normas que, seguindo uma inspiração bergsoniana (Bergson, 2005, 2006a, 2006c), são aqui definidas como espirituais. Normas que insistem nos e por entre os diferentes corpos da instituição e desestabilizam a rigidez maiúscula que impera em doses elevadas nesses ambientes.

Ensaio sobre alguns problemas concernentes ao normal e ao patológico é o tema apresentado por Georges Canguilhem em sua tese de medicina desenvolvida em 1943 (Canguilhem, 2006). Nesta, Canguilhem tem como centro de investigação a “experiência do vivo” – uma experiência em que o estado normal do vivo, no lugar de corresponder a um dado estático, revela-se, exatamente, por um movimento dinâmico. Movimento que o filósofo define como polarizado, que nunca encontra um equilíbrio; no máximo, um movimento mais ou menos estável, mas sempre desequilíbrio; contudo, sempre fluidez, não podendo ser apreendido por variáveis métricas.

Desse modo, temos a instabilidade representando a polaridade dinâmica e a normatividade como autorregulação, como duas variáveis que coexistem e compõem a relação do vivo com a vida. Em outras palavras: é entre a polaridade dinâmica da vida e a normatividade que o vivo se produz e se atualiza sempre diante de forças alteradas.

Em Canguilhem (2006), é a “experiência do vivo” que ao se articular dentro de certos limites polarizados compatíveis com a existência é o “cenário” no vivo que vai desenrolar o próprio movimento da vida. De um lado da moeda, o vivo senhor de si, o vivo cognoscente, o material; do outro, o “vivo do vivo”, que, nesta pesquisa, defino como espírito.

Desse modo, Canguilhem (2006) interroga a vida e seus valores e o problema que estes apresentam como objeto de conhecimento da própria vida para a biologia, para a medicina e todas as ciências que se interessam pelo tema.

Na biologia de Canguilhem há uma vida como expressão, uma potência imanente que só se permite apreender por meio dos erros e falhas da vida que sobressaem quando o fluxo vital, o “vivo do vivo”, é barrado por obstáculos que impedem ou entavam sua manifestação. Assim, o ser social não pode ser indiferente ao vivo do vivo e vice-versa. Uma articulação necessária entre dois tipos de princípios que se entrelaçam na produção da vida (Macherey, 2010).

Daí a importância dada por Canguilhem (2006) aos “valores negativos”, valores que fazem com que o estudo da vida se distancie de qualquer possibilidade mecanicista. Valores negativos que, na visão espiritual desta pesquisa, afirmam a vida. E isso não tem nenhuma conotação de desvalor ou desmerecimento da vida, pelo contrário; aqui afirmamos com Nietzsche (2007) a experiência como valor maior ou, como prefere o filósofo, amor *fati*. Em outros termos, a vida como um acontecimento.

Vida como acontecimento tão marcada na história daquele que vou nesta pesquisa chamar de “vivo do vivo” VDV, que, em minha trajetória profissional – isso foi entre os anos de 2006 e 2008 –, entrelaçou sua história com a minha como uma verdadeira união entre almas no seu confronto a beira do leito.

Tudo começou quando VDV, depois de uma cirurgia para ressecção de um cisto medular que o impedia de andar, tornou-se definitivamente dependente de uma cadeira de rodas. Perdeu a coordenação motora das pernas, além de desenvolver um quadro de bexiga neurogênica com necessidade de uso de sonda vesical de demora para controle de suas funções vesicais.

Após alta hospitalar, recebeu orientações para o bom uso da cadeira de rodas, porém, em pouco tempo começou a sentir “incômodo” ao permanecer por longas horas sentado na cadeira. O incômodo evoluiu para dores, depois para pequenas feridas que foram tratadas em casa sem rigor asséptico. Com isso, começou a apresentar febre, queda do estado geral, quadro que, ao dar entrada no sistema de saúde, foi definido como processo inflamatório de toda a região pélvica, culminando em três grandes úlceras de pressão com alto grau de comprometimento de toda a área sacral e trocânter do fêmur direito e do esquerdo.

Nessa evolução, tornaram-se marcantes as dificuldades enfrentadas pelo sistema público de saúde como sistema, em que os diferentes elos, em muitas situações, não se conectam – o que nos possibilita perceber que a rede, em parte, ainda representa um emaranhado de unidades confusas, no qual uma ponta não se liga à outra, transferindo para o usuário a responsabilidade por um fracasso que, em grande parte, afirma a lógica do tratamento em detrimento de uma atenção cuidadora integral.

O tratamento aconteceu: VDV foi operado, as medicações foram prescritas e ele foi devidamente orientado sobre como se acomodar na cadeira de rodas sem prejuízo para a continuidade de sua recuperação cirúrgica, ou seja, tudo relacionado com a processualidade e o bom andamento do ato operatório.

No entanto, o tratar das vicissitudes do ato cirúrgico não dava conta se não se incluíssem estratégias de continuidade e o acompanhamento do cuidado de VDV em casa consoante as suas condições de vida.

Tornava-se necessário fazer atravessar no tratar um cuidado que ampliasse e ultrapassasse a materialidade do ato cirúrgico, vendo o paciente em suas necessidades elementares. Situação que solicitava a construção de um acompanhamento pela rede básica em sintonia com o hospital, para além de uma simples contrarreferência mediada por um trânsito burocrático. É justo aí que experimentamos as quebras e os impasses, muitas vezes despotencializadores do cuidar, na construção de uma política pública que se propõe a ser integral.

Uma política que amplia e se desdobra e acompanha o paciente por dentro do tratar, ultrapassando, no caso de VDV, a materialidade do ato cirúrgico e vendo o doente com necessidades que uma simples contrarreferência mediada por um trânsito burocrático não consegue responder devidamente, exigindo uma clínica ampliada que acompanha o paciente em todos os desdobramentos para além e aquém do biológico.

A rede não o acompanhou, o hospital não se entrelaçou com a unidade básica de saúde, deixando para o doente um sentimento de que a responsabilidade do seu agravo era de responsabilidade dele. Portanto, a lógica do tratar cada vez mais se distanciando de um devir cuidador, esquecendo que essa implicação não é um dado isolado e sim um modo de ser afetado que produz consequências para todos, mas fundamentalmente para aquele que depende da rede de saúde.

Eis a aposta do cuidar para uma rede de saúde: pensar rizomaticamente dando consistência a uma beira de leito sem começo nem fim (Deleuze & Guattari, 1995) construindo uma rede que, no lugar de julgar como natural que um fio vai se ligar ao outro, se coloca sempre no meio, um entremeio pelo qual o sistema de saúde possa crescer e transbordar a partir de sujeitos produzidos que já não se preocupam em acusar esta ou aquela malha pela falha do sistema, e sim em fazer circular uma aposta na afirmação da vida – mesmo considerando-se todos os obstáculos evidentes que são forjados para obstruir essa circulação.

Como consequência, em parte, das dificuldades de entrelaçamento da rede, muitos meses de internação e poucas possibilidades de recuperação para VDV – pois, além das lesões, durante a internação ele contraiu uma endocardite bacteriana com necessidade de antibioticoterapia. Antibióticos para as feridas, antibióticos para endocardite, antibióticos para infecção urinária provocada pelo uso da sonda e pela baixa imunidade, antibiótico para combater uma grave infecção hospitalar. Apenas um ou dois antibióticos com pouco poder de agressão sobre as bactérias e com fortes efeitos colaterais sobre o organismo. Meses e meses tratando a ferida e todas as complicações que se desdobraram a partir delas.

Nesse contexto, a beira do leito passou a ser o meu movimento e de toda a equipe de saúde junto com ele. Levar para o banho era um esforço muito grande, para ele e para todos nós da enfermagem. Só possível quando tinha homem no plantão, em consequência do peso e das dificuldades de mobilização de um corpo que quase nada ajudava, porém, no contraponto da história, um vivo com um espírito em pleno movimento. Seu olhar sereno diante das adversidades, diante do estrago da forma, era contagiante. Só isso já insinuava uma nova ordem da vida aos meus olhos.

Eu dizia para mim mesmo: *“Ele não vai resistir, são muitas complicações.”* Ele me dizia: *“Eu não fico me perguntando por que isso aconteceu comigo; tem que tratar. Vamos tratar, a vida é assim mesmo, a vida segue. Pensar demais não ajuda em nada.”* Nenhum sinal de ressentimento ou revolta. Pelo contrário, conseguia manter um humor leve, poucas palavras, mas sempre com um sentido de integração a tudo que acontecia na enfermaria.

O meu sentimento era de que aquele homem não estava preso àquele leito. Ele ultrapassava em excesso os limites de suas grades. Não havia ele e o leito – um era extensão do outro. Existia uma forma aniquilada, porém jamais uma vida constringida. Em muitos momentos, eu sentia que a vida dele era, diante das circunstâncias, muito mais forte que a minha. Dizia-me ele: *“O doutor chega aqui e diz que eu tenho que fazer uma colostomia para não sujar minha ferida com cocô. Eu acho que não preciso. Se ele não me convencer, eu não*

faço. Só porque tô em cima de uma cama eles pensam que podem fazer o que eles querem comigo.”

Diante desse impasse, ele não aceitou fazer a colostomia. Um cirurgião ficou muito descontente, para não dizer enfurecido: *“Se você não quer o tratamento, então eu não posso cuidar de você. O problema é seu.”*

Ele pouco se abalou com a violência. Baixou a cabeça, pegou seu jogo de palavras cruzadas e, sem nada dizer, no seu mais profundo silêncio encontrou uma saída. Encontrou suas próprias regras diante da vida, se normatizou. Ele desenvolveu um controle de seu intestino e passou a fazer “cocô” regularmente, quando ia ao banho em cadeira própria para tal procedimento, situação que garantia para ele e para a equipe que as fezes não iriam sujar suas feridas. Só evacuava uma vez por dia, pela manhã, durante o horário de banho. Meses e meses com a mesma rotina.

Não é a vida que está submetida às normas que atuam sobre ela do exterior, mas são as normas que, de modo totalmente imanente, são produzidas pelo movimento mesmo da vida (Macherey, 2010, p.74).

Ele não gostava de pedir ajuda: *“Só incomodo em último caso”*; *“Coloca minha mesinha do meu lado pro meus braços chegarem até ela.”* Apesar de suas limitações, sua mesinha de cabeceira era a mais arrumada de toda a enfermaria. Cada coisa no seu devido lugar, com os óculos sempre à frente, por cima do jogo de palavras cruzadas. E depois do banho e das longas horas de curativos, ele ainda conseguia forças para passar creme no corpo até onde suas mãos alcançavam. Dizia: *“Essa perna é teimosa, eu puxo ela pra cá, ela vai pra lá, ela pensa que vai me vencer. Não sei por que ela faz isso comigo. Tenho que dar um jeito nela.”* Ele não se confundia com o seu organismo.

Mas ainda havia um problema que, entre muitos outros, para ele era muito importante. Ele gostava de tomar banho no chuveiro, detestava banho no leito, além da necessidade regular das eliminações intestinais que condicionou a realizar debaixo do chuveiro. Detalhe: independentemente do tempo, ele dizia: *“Bota no frio pra mim, eu nunca gostei de banho quente, isso me deixa doente.”*

Diante do impasse: dependência de homem na equipe para retirá-lo do leito e necessidade de fazer cocô durante o banho, com feridas e tudo, começou a se arrastar na cama. Com uma mão ele puxava uma perna, depois outra, e voltava para a outra, até conseguir posicionar o tronco e se arrastar até a beira do leito. Dizíamos para ele: *“Deixa a*

gente te ajudar?” “Não, eu preciso fazer isso sozinho, só segura a cadeira que eu vou me ajeitar e depois eu me jogo nela.” Ele conseguiu.

Na afirmação da vida, dentro de suas possibilidades, ele foi ao mais longe que pôde. Para Canguilhem (2012), isso é saúde. Diante de um obstáculo, a forma não atendia mais às suas necessidades: ele se superou. Na restrição do corpo, outro corpo, no mesmo corpo, pedia um novo movimento: ele encontrou, ele ultrapassou seus limites reinventando um corpo potente para lidar com os limites do orgânico.

Cada dia ele me trazia uma novidade. Eu acostumado com banho quente, lhe dizia: *“Coloca no morno só hoje porque está muito frio.”* Ele me respondeu: *“Você tá querendo me matar, homem. Bota uma cadeira do meu lado, deixa meu sabão, minha toalha e um caneco pra eu poder jogar água na minha bunda. Não gosto de ficar sujo de cocô. Vai fazer o que você tiver que fazer, depois você volta.”* Eu ia e voltava, e ele me dizia: *“Voltou muito rápido, eu gosto de banho demorado.”* Muito sabão, muita espuma; diria eu: um banho digno de um rei sobre cadeiras de rodas.

Eu não tinha a menor dúvida: ele passou a cuidar de minha vida, eu passei a desejar o espírito que passava por aquele homem. A beira do leito se encarnou em nós. As feridas dele passaram a me ajudar a cicatrizar as minhas. Eu não ia para o trabalho, eu ia viver junto com ele. Todo dia era uma lição de vida. Um dia, uma colega enfermeira me questionou: *“Eu não entendo por que você leva tanto tempo naquele curativo, tá enrolando por quê? Bom, pelo menos está melhorando.”* Não tinha espaço para explicação, era uma experiência muito singular.

Nele eu entendi porque Canguilhem (2006) diz que a noção de normalidade não pode designar um conteúdo objetivo unilateralmente positivo, e assim oferecido diretamente, como um objeto dado a uma racionalização científica. Em Canguilhem e com ele, eu compreendi que não se mede a vida em termos de valores quantitativos regidos pela representação de uma média.

Há em Canguilhem (2006) uma recusa em considerar o patológico a não ser mais que uma forma ou um grau do normal, considerado em termos de mais ou menos. Para Canguilhem, o conceito lógico de normal não pode ser considerado o oposto do conceito de patológico, pois quando se diz que um indivíduo encontra-se num estado patológico não se quer dizer que este está ausente de normas, e sim na presença de outras normas vitalmente

inferiores que produzem sentimento direto e concreto de impotência, sentimento de vida contrariada – desse modo, impossibilitando-o de corresponder às exigências do momento.

A verdadeira saúde é aquela em que o orgânico não se deixa vencer pelas crises dos diferentes órgãos e cria outras normas mais potentes para o enfrentamento das adversidades. Portanto, o homem é sã, na medida em que é normativo em relação às flutuações do orgânico em sua relação com o meio em que vive (Canguilhem, 2012). Uma vida sadia, uma vida confiante em sua existência, em seus valores, é uma vida em flexão, em maleabilidade, quase em suavidade (Canguilhem, 2012).

“A saúde é, precisa e principalmente, no homem, uma certa latitude, um certo jogo de normas de vida e do comportamento. O que a caracteriza é a capacidade de tolerar variações das normas para as quais apenas a estabilidade das situações e meio, aparentemente garantida e, de fato, sempre necessariamente precária, confere um valor enganador de normal definitivo. O homem só é verdadeiramente sã quando é capaz de muitas normas, quando ele é mais do que normal. A medida da saúde é uma certa capacidade de superar crises orgânicas para instaurar uma nova ordem fisiológica diferente da antiga. Sem intenção de brincadeiras, a saúde é o luxo de poder cair doente e de se levantar” (Canguilhem, 2012, p.183).

Em VDV, eu sentia corpo e espírito em plena ressonância, apesar das avarias do anatômico. É nesse momento, penso eu, que a beira do leito ganha consistência. Um vivo cheio de feridas com a matéria no limite da existência criando em si as condições de concretização do corpo sem órgãos. Pouca densidade, muita fluidez, o “vivo do vivo” fazendo dobrar na matéria e afirmando a vida acima de qualquer coisa.

Na biologia de Canguilhem (2006), não existe para a ciência só aquilo que pode ser medido. Os meus valores entravam em questão a cada dia ao lado de VDV. Eu podia chamar aquele homem de doente, quando ele me mostrava um transbordar de vitalidade a cada dia? Feridas e complicações por todos os cantos diante de uma serenidade irretocável era o que eu vivia com ele. Matéria e espírito travando uma luta a favor de uma experiência vital. Canguilhem (2006), não desconsidera os danos no biológico, mas para ele é a relação com sofrimento que, em grande parte, define um estado patológico.

Se há uma experiência do vivo, esta se efetua e se faz conhecer – reconhecer – por meio da ativa recusa de uma atitude de indiferença ou de indiferenciação quanto à essencial diferença que, do seu próprio interior, constitui esta experiência. Ao passo que, para o biólogo positivo, o corpo vivo é como um corpo morto e vice-versa, deve-se dar-se algo para o paciente e seu médico, que são confrontados diretamente com os valores negativos da doença e da morte, valores através dos quais a vida se afirma na figura de uma negação afirmativa, expressão do impulso fundamental em preservar seu ser, que é em cada vivo, e que então se manifesta tomando as formas de protesto e de recusa (Macherey, 2010, p.58).

Disse-me VDV: *“O doutor chegou aqui dizendo que eu tenho que fazer um tal de procedimento, uma tal de cistostomia pra eu fazer xixi.”* Ele, em determinado momento, precisou retirar a sonda vesical por conta das recorrentes infecções urinárias e por laceração do prepúcio. *“Ele vem com essas palavras difíceis, mas enquanto ele não me convencer eu não faço nada.”*

Dias depois, durante o horário de banho, eu percebi que ele estava frente a frente com outro paciente. Vou chamá-lo de VV (vivo-vivo). VV era portador de mieloma múltiplo, doença hematológica maligna, que evoluiu para insuficiência renal e necessidade de cistostomia. Já tinha um quadro arrastado com perda importante da força muscular das pernas e dependia da enfermagem para se mobilizar para fora do leito, principalmente para ir ao banho de cadeira de rodas. Naquele dia, os dois ficaram frente a frente.

Diante das circunstâncias, aproveitei a oportunidade e falei para VV: *“VV, diz pro VDV como é ter que viver com uma cistostomia.”* VV explicou com calma: *“Pra mim foi melhor assim. Quando eu queria sair, eu enrolava bem enrolada, colocava a bolsa de xixi por dentro da camisa, botava um capote por cima e ninguém via.”* VDV ouviu atentamente e perguntou: *“Mas porque que você colocou isso?”* VV respondeu: *“Foi porque eles não conseguiram passar a sonda; eles tentaram, tentaram, tinha uma tal de obstrução por causa da próstata e a sonda não passou. Aí não teve jeito, tive que colocar, mas dá pra ir bem assim.”* VDV parou e balançou a cabeça, sinalizando: entendi. Depois falou: *“Agora é que eu não faço mesmo. A sonda não passou em você, mas passa em mim. Já me falaram que quando eu for pra casa eu mesmo posso fazer isso. O doutor está doído se pensa de fazer isso em mim.”*

Banheiro de hospital, masculino ou feminino, o “menor” dos menores em um ambiente hospitalar, lugar que, em geral, a maioria dos profissionais pouco conhece de perto. Em geral, ou o grupo da limpeza ou técnicos de enfermagem são seus frequentadores, enfermeiros raramente. Muitos ficam na porta, não têm coragem de entrar. Lugar de verdades. Ali, na nudez dos corpos, um bom lugar para os doentes extravasarem o que não pode ser dito dentro das enfermarias. Lugar livre das formalidades. Piadas, choros, lugar para se falar bem ou mal da equipe de saúde, nomear os bons e os maus profissionais na visão deles. Lugar de detalhes. Pesquisador em saúde que não participa de uma “vida” que transcorre em um banheiro de hospital, penso que está perdendo uma parte importante de sua pesquisa.

Depois dessa vida de “banheiro”, VDV se negou a deixar fazer a cistostomia. Diálogo difícil, saber e poder em confronto com o vivo do vivo. O ambiente se transforma, a tensão

aumenta, e de modo muito expressivo nós, profissionais de saúde, temos um pensamento em comum: “*Se não quer o tratamento, o que ele está fazendo aqui?*” Não somos preparados para lidar com a vontade do doente; o “não” do doente para nós é perturbador. Quase sempre colocamos o nosso saber a serviço do poder e perdemos uma grande oportunidade de rever as nossas práticas.

Repetiu VDV: “*Só porque eu tô em cima da cama ele pensa que vai fazer o que quer comigo, não vai mesmo.*” E não fez. Ninguém o convenceu de que aquele procedimento seria o melhor para ele. Nós começamos a pensar em ensiná-lo a realizar o cateterismo. Já estávamos pensando numa preparação para uma provável alta hospitalar. O cateterismo feito pelo próprio paciente, nesses casos, é uma das opções. Foi esta que ele escolheu.

O comportamento de VDV, guardando-se a devida distância, se aproxima do que Canguilhem (2006) define como inteligibilidade própria ao conhecimento do vivo, a expressão “inteligibilidade própria da anomalia”. Existe para Canguilhem uma inteligência própria da anomalia, um pensamento atrelado à experiência que opera no limite, trabalho do pensamento que, para além das formas dadas da existência orgânica, revela, dando um sentido aos valores negativos da existência, um indício de um poder de viver que não se deixa observar ou medir objetivamente (Macherey, 2010).

Um dia, VDV me disse: “*Eu sempre fui forte, já passei por muita coisa nessa vida, mas essa doença, por essa eu não esperava, mas estou na luta, ela não vai me derrubar tão fácil assim, não. Se está difícil pra mim, vai ficar difícil pra ela também.*” Coisa rara: ele não se confundia de jeito algum com sua doença.

A biologia de Georges Canguilhem afirma uma positividade nos valores negativos da doença. Canguilhem (2006) não ignora os valores do doente em relação ao seu sofrimento, pelo contrário; mas ele afirma a experiência vital do vivo como valor dos valores. Neste sentido, o normal deixa de ser um valor numérico, dados estatísticos, e se expressa por limites que oscilam entre normas propulsivas e normas repulsivas. No caso de VDV, era nítida a presença de normas que potencializam a vida, normas propulsivas que, na relação do humano com sua singularidade existencial, de certo modo sinalizam que o “vivo do vivo” pede passagem aos obstáculos que a forma lhe impõe (Macherey, 2010).

Não se trata de um determinismo; no pensamento de Canguilhem (2006), trata-se de uma necessidade intrínseca à vida. A cada passo dado, a cada obstáculo a norma se atualiza, forja novas configurações em si mesma sem finalidade ou intencionalidade. Uma experiência,

ainda que siga uma tendência universal e sempre individuada. Experiência que retira sua singularidade do confronto com os valores negativos da vida, para os quais cada vivo deve, por sua conta e risco, descobrir as respostas e adaptá-las às suas aspirações particulares (Macherey, 2010).

Uma tomografia realizada em VDV mostrava evidência de osteomielite nas duas cabeças do fêmur. O exame de cintilografia óssea confirmava essa evidência, as dificuldades de cicatrização das feridas reforçavam os dois exames. Ele precisava ir ao centro cirúrgico fazer uma raspagem óssea para tentar eliminar o foco infeccioso. Dizia-me: *“Eles falam dos exames, mas eles até agora não disseram pra mim que eu tenho osteomielite, eu quero que eles me digam isso, e não os exames. Se não me derem garantia que eu tenho isso, eu não vou.”* Ele não foi. As tentativas estagnaram nos exames. A medicina baseada em evidências entrou em choque com a força de VDV.

Depois de longo tempo, eu, percebendo a lenta melhora das feridas, disse a ele: *“Se tiver osteomielite a ferida não vai fechar, você precisa ir ao centro cirúrgico, eu não vejo saída.”* Ele pensou, pensou e, depois de três dias, me respondeu: *“Se tem que fazer, vamos fazer, chama o ortopedista.”*

O ortopedista veio, reavaliou e programou a cirurgia. No centro cirúrgico, as evidências dos exames e a total certeza da osteomielite, que também eram minhas, não se confirmaram. Fizeram uma limpeza simples nas bordas das feridas, o que foi bom para a continuidade do tratamento, porém sem necessidade da raspagem óssea. Ou seja, nem no centro cirúrgico a osteomielite se confirmou. As nossas certezas, as evidências, desabando diante de um “vivo do vivo”.

Macherey (2010) afirma a normatividade proposta por Canguilhem como uma atualização de normas vitais. As formas da vida não se deixam analisar objetivamente. É precisamente este raciocínio que não permite uma simples avaliação de uma vida por uma média estatística e nos conduz ao tema da normatividade. O processo normativo não se reduz à aplicação de normas preestabelecidas para encaixar o vivo num modelo ideal.

“Se as formas normais – quase que poderíamos dizer vivíveis, para não dizer viáveis – da vida, na medida em que são precisamente formas de vida, não se deixam analisar objetivamente em termos de uma medida estatística que se encaminha para a determinação de uma média estatística, é porque a experiência à qual elas dizem respeito deve ser interpretada como a atualização dinâmica de normas vitais, definindo o poder ou a potência de existir que é própria de todo vivo, tal como ele se afirma negativamente nos momentos privilegiados nos quais é diretamente confrontado com os limites de sua efetuação” (Macherey, 2010, p.59).

Quando nós (equipe de enfermagem) tínhamos a impressão de que as feridas de VDV iriam deslanchar em seu processo de cicatrização, alguma coisa escapava do previsto. Uma área vitalizada que regredia e evoluía com necrose, um tecido de granulação que resistia em não se expandir para a superfície da pele – ele estava com hipoproteinemia, os exames laboratoriais demonstravam, e fisiologicamente este dado é um fator que reduz as possibilidades de cicatrização.

Porém, estranhamente, quando olhado em cima daquela cama, sem confundi-lo com as suas feridas, ele passava uma expressão majestosa. Nunca permitiu ficar apenas com as fraldas. Dizia ele: “*Quero meu calção e uma camisa, não posso receber minha visita de fralda.*” Era difícil colocar o calção e a camisa, tinha todo um esforço dele para ficar arrumado. Algo me desestabilizava: diante da ferida, um quadro assustador, mesmo para um enfermeiro com tanto tempo de vida hospitalar; fora das feridas, um rosto de guerreiro em pleno combate.

Existem diferentes variáveis que interferem no processo de cicatrização. Mas, de certa forma a instabilidade clínica de VDV, como por exemplo: febre que obrigava a retornar e mudar frequentemente os antibióticos com focos de infecção em diferentes órgãos mudavam muito pouco o seu sentido em afirmar a vida. Ele não demonstrou em nenhum momento ressentimento pela vida.

Chegou um momento de estabilidade em que a alta foi até programada, porém, dois dias antes, a febre retornou. Mais antibióticos. A minha impressão foi de que a alta estava muito mais relacionada ao que aquela vida afrontava para as nossas certezas do que propriamente à melhora clínica do quadro.

Depois de um determinado tempo, ficou evidente que a sua força era uma agressão para alguns profissionais. Nós dois percebemos isso. “*Ele quase já não fala comigo*”, foi o que ele me disse sobre um profissional que o acompanhava. Ele tinha razão, eu já vinha percebendo essa dificuldade no profissional.

Esse profissional resistia a olhar no olho de VDV e, no entanto, essa resistência não demonstrava a arrogância tão comum dos nossos saberes. A resistência ressoava como medo de passar pelo que aquela vida estava passando e não ter sua força para responder. A alta, penso eu, inconscientemente, era um meio de se livrar daquilo que lhe causava pânico.

Macherey (2010) diz que é importante afirmar a experiência como individuada e não como individual, ou seja, nunca somente uma experiência assumida pelo indivíduo como tal, no sentido de uma individualidade abstrata determinada inteiramente por traços biológicos que se bastariam em si mesmos. Em outras palavras: a doença se expressou nele, mas a experiência era de todos nós. Melhor: uma experiência vital.

“Vê-se que o termo “experiência” encontra aqui um novo sentido: O de uma impulsão que tende a um resultado sem garantia alguma de que vai alcançá-lo; é o ser errático do vivo, sujeito de uma infinidade de experiências, o que, no caso do vivo humano, é a fonte positiva de todas as suas atividades” (Macherey, 2010, p.74)

Para Macherey (2010), se houver, no plano da vida humana, individuação, ela ocorrerá num plano que produz indivíduos que não são estritamente individuais. Ela ocorre a partir de um processo que produz indivíduos, mas que não se dá de saída num único indivíduo, pois supõe a intervenção em um meio coletivo. Talvez daí a minha ressonância com o espírito de VDV. A experiência se desdobrava nele e tinha uma relação de valor com ele, mas, antes de tudo, uma experiência da própria vida que vive em cada um de nós.

VDV contagiava o ambiente. A sensação era de que espriava a partir dele a força da própria vida. Uma força não propriamente humana, mas transformada em humanidade no caminhar de um indivíduo. Jamais uma força humanizada, e sim uma força normativa atualizada num devir humano.

Durante a internação de VDV, ficou em outro leito, frente a frente com o dele, outro paciente, com um quadro patológico muito grave. Este paciente evoluiu de forma muito arrastada para a morte. Não esboçava mais força para resistir. Durante esse tempo os olhares dos dois, e os dos demais, se entrecruzavam pelas grades dos leitos. A pergunta que ficava no ar era mais ou menos: “*Será que eu vou terminar assim?*” Esse momento de morbidez muda completamente o ambiente e produz um meio de vida muito instável. Um paciente sem forças para ficar, o outro determinado a permanecer e a vida se atualizando em todos nós. Jamais um indivíduo.

Nós, profissionais, sentíamos e referíamos com frequência um desconforto muito generalizado nesse momento da internação. VDV me dizia: “*Acho que ele se entregou, aí não tem mais volta.*” A norma é a mesma, só o modo de afirmação é que é diferente. As normas

vitais não têm realidade fora de situações concretas, por meio das quais elas se efetuam contra obstáculos que se contrapõem a ação vital (Macherey, 2010).

Mas, em situações diferentes, há normas diferentes que, como diferentes, se equivalem todas. Por isso, são, todas elas, normas. Em resumo: tudo depende da “situação”, e é por isso que a distinção entre o normal e o patológico não distorce a verdade de existências individuais, mas se aplica a elas de maneira indireta e nuançada, em relação com a singularidade ligada a cada história do sujeito (Macherey, 2010, p. 67).

Diferentes histórias, uma vida. Para Macherey não há uma potência dada de antemão, uma potência já constituída em uma substância ou fixada em sua origem, uma normatividade que receberia uma sustentação *a priori*. Para o filósofo, aí reside a aporia vitalista. Macherey, afirmando Canguilhem (2006), traz para o centro de discussão a possibilidade de interpretação de modo completamente diferente de uma norma preexistente.

Macherey (2010) propõe uma renúncia a um suposto poder de viver que seria dado em si, um ente superior anterior à efetuação da experiência do vivo. Para ele, a norma proposta por Georges Canguilhem (2006) jamais é anterior à efetuação do vivo; a norma se efetua no fluir da vida, uma norma que se experimenta e se atualiza na experiência do vivo, por isso uma norma normativa que se incorpora no viver.

A norma é dinâmica, e é exatamente esse dinamismo que, efetivamente, faz a passagem do normal como regra estática para um vivo do movimento, um vivo que cria as suas próprias normas, portanto, normativo, confrontando a matéria com o espírito e construindo para si uma beira de leito que a tudo acolhe.

VDV disse-me durante um curativo: *“Rapaz, logo assim que eu fiquei doente, eles queriam que eu me aposentasse.”* Eu, enfermeiro, parei, pensei e repliquei: *“Como assim? Se você não se aposentar como você vai viver, já pensou nisso? Você tem outra renda, como vai ficar sua vida?”* Ele me respondeu: *“Ué, não tô te entendendo, porque que eu tenho que me aposentar?”* Eu repliquei novamente: *“Como é que você pensa em trabalhar com essas pernas?”* Ele volta e me arrasa de vez: *“Rapaz, eu sou um organizador de festas, posso fazer isso muito bem em cima de minha cadeira. Vou aposentar pra quê? Eu nem gosto de festa, mas sou bom em organizar, porque que eu vou deixar eles me aposentarem?”*

Tempos depois, o VV, o vivo, lá da cistostomia, aquele que passou sua experiência para VDV, começou a resistir à mudança de posição no leito. A equipe orientou, explicou a possibilidade de ele desenvolver ferida em razão da não mobilização, mas ele resistiu.

Alguém disse: *“Ele é muito teimoso, a gente fala e ele não quer fazer, assim fica difícil, ele não ajuda! Como pode querer melhorar?”*

Voltamos ao banho de chuveiro. Mais uma vez, VDV e VV frente a frente. Inverti a ordem e falei: *“VDV, diz para VV como é viver com suas feridas e da importância de se mexer no leito.”*

VDV, como sempre, longas pausas antes de falar. Depois começou: *“Rapaz, olha como eu tô, se você não se mexer na cama e abrir ferida, só Jesus dá jeito nisso. Ou você se mexe ou tá ferrado! Depois segura a onda, tome antibiótico e curativo. Tô assim há muito tempo não é porque eu quero, não, me mexo o dia todo.”* VV retrucou: *“Mas minhas pernas doem muito quando mudo de posição.”* VDV falou: *“Dói, mas tem que mudar, é assim mesmo. Às vezes dói mais um lado do que o outro, na hora de dormir você não encontra jeito, quando senta incomoda mais um lado do que o outro, vai se ajeitando que você encontra uma posição, cara, não pode é ficar parado, senão você tá ferrado.”*

VV voltou outro para o leito. Sua úlcera não evoluiu e ele recuperou-se, apesar de um estado geral muito fragilizado. Um dia, durante o curativo, ao mudá-lo de posição, deixando o seu rosto virado para a janela, ele me disse com um leve sorriso no rosto: *“Enfermeiro, olha como o dia tá bonito, que sol! Isso me lembra a minha preta, namorei um monte de branca, morena, não queria saber de preta, não. Mas depois que encontrei minha preta, tudo mudou, não troco ela por nada nessa vida.”*

Nossos valores. Minha experiência me diz que é só uma questão de valor ver o hospital como lugar só de doença. São rios e rios de vida por entre paredes, camas, grades, regras e normas mortificantes a que nos apegamos, talvez, em grande parte, com medo de viver o vivo do vivo em nós.

Para o regime da lei fria, dá para perceber com muita tranquilidade que o problema não é a lei fria. Talvez seja, muito mais, o que é que vamos fazer sem ela. Ser normativo é uma ética que exige mudança radical no modo de se relacionar com a vida naquilo que está mais próximo. Cada dia é um novo dia, e o hospital é um espaço em que a energia vital quase que pode ser “tocada”.

“Nesta perspectiva, o vivo representa simultaneamente duas coisas: ele é, primeiramente, o indivíduo ou ser vivo apreendido em sua singularidade existencial, tal como ela é revelada, de modo privilegiado, pela vivência consciente da doença. Mas ele é também o que poderíamos chamar de “vivo do vivo”: movimento polarizado da vida que, em todo ser vivo, o obriga a desenvolver ao máximo aquilo que nele é ou existe” (Macherey, 2010, p.72-73).

Em termos de pesquisa, caminhar junto com Canguilhem (2006) e Macherey (2010) nos conceitos de normatividade e polaridade dinâmica é investir em outros modos de entender e viver as práticas em saúde. É entender que a doença não corresponde exatamente a uma desordem, sendo apenas uma nova ordem.

Mas, se quisermos entender como desordem, esta fica delimitada ao declínio da forma e à decomposição da matéria. E é inerente a nossa vida profissional, nosso fazer em saúde, utilizar todos nossos saberes para recomposição ou normalização da vida do doente. Fugir disso não faz parte desta pesquisa. O tratamento cumpre essa função, e devemos continuar tratando e investindo em recuperações de formas cada vez mais ousadas. Isso, penso, fortalece a vida.

Entretanto, isso é apenas um lado da moeda. Um lado que não impede que possamos avançar e chegar ao entendimento de que a beira do leito exige um ir além dos limites do tratar e sua relação intrínseca com a inteligência prática e instrumental. A beira do leito é um experimentador, e esse ir além é, às vezes, simplesmente, em alguns momentos, aceitarmos os limites de nossos saberes. Isso também é uma experimentação. Não é fácil, mas o que é fácil na vida?

Nesse sentido, a pesquisa com Canguilhem (2006) e Macherey (2010) reforça a beira do leito como uma prática que nos confronta com o outro lado da polaridade dinâmica da vida; nos confronta com aquilo que em parte tememos e em parte desejamos, a nossa liberdade. Liberdade de expressão de uma vida que cuida e, cuidando, ultrapassa os limites da forma e se expressa como ser do sujeito, ser alma, como diz Foucault (2006). Uma alma doadora de experiência para o corpo sem órgãos que, ao doar, nutre-se de energia vital. Em parte, ousa insinuar que isso compõe o que os gregos chamam dietética.

VDV e VV me mostraram, como diz Bergson (2005), que a vida é um colar de pérolas com pérolas de diferentes cores de diferentes tipos unidas por um fio incolor. Só as pedras podem ser vistas, mas o fio que as une só pode ser sentido pelo espírito ou o “vivo do vivo” que se cuida.

III. A BEIRA DO LEITO: QUAL É O SENTIDO?

Este capítulo tem por objetivo problematizar as práticas em saúde na interface do prescrito com o empírico vivido. A proposta é colocar em análise aquilo que emerge nas práticas como índice de transgressão do prescrito capaz de operar transformações que desestabilizam os “acidentes” do cotidiano.

Nesses termos, o que importa é traçar, em meio ao que acontece nas práticas de saúde, um crivo de análise que permita transformar o vivido em analisadores² dos modos de funcionamento das práticas, para nelas demarcar o que opera como agente de mudanças, cartografando no empírico vivido o que ultrapassa os limites da percepção psicológica, da consciência, da relação sujeito-objeto, da vida material, e ir ao encontro do espiritual ou do que o filósofo Gilles Deleuze (1998) define como acontecimento.

Acontecimento que, para o filósofo, não é o que nos acontece, não é aquilo que remete aos fatos vividos, aos acidentes da vida, mas sim ao que deve ser compreendido e querido no que acontece. Amor *fati*, diria Nietzsche (2007), uma afirmação da vida, zona problemática, intempestivo que faz com que o sujeito volte sempre ao mesmo problema, mas que em cada retorno ele possa alargar sua visão para fora de si e se tornar sempre outro.

Um fora de si que não remete apenas à extensividade, um fora que se precipita no interstício entre o ver e o falar, um fora no qual pensar não corresponde ao exercício inato de uma faculdade, mas sim a forças da própria vida com potência de atrair uma interioridade sem fim ou princípio, forças que ultrapassam o ser binário, o estratificado, e fazem colidir as estruturas do saber e do poder remetendo o vivo ao pensamento como ato de criação (Deleuze, 2005).

Nessa perspectiva, pensar é da ordem do fora; pensar não depende de uma bela interioridade que reuniria o visível e o dizível ou um saber mecanizado pelos hábitos retidos na memória, mas faz-se pela intrusão de um fora que desestabiliza todo interior normalizado, excede o corpo vivido e se afirma como potência da vida.

²Analisador é um conceito produzido por Guattari (1982) no contexto do movimento institucionalista, incorporado pela análise institucional socioanalítica. Guattari afirma os analisadores como acontecimentos produtores de rupturas que visibilizam as relações do instituído e seus pontos de amarra. Nesse sentido, o analisador descentra a análise como função do analista e é pensado como aquilo que produz análise, que catalisa fluxos, que decompõe o que se apresenta como unidade.

Já não se trata da mesma vida; algo mudou no ser, talvez mais que um ser, um extra ser, um impessoal. Entretanto, um singular liberado dos acidentes da vida interior, um tornar-se outro no e pelo pensar (Deleuze, 2005).

Um tornar-se outro que arrasta o sujeito em processos de subjetivações e encontra na ordem do acontecido uma lógica que rompe com qualquer processo de vitimização e o implica com todo e qualquer fato relacionado à sua vida, ao mesmo tempo que possibilita a criação das condições de transformar as vivências do cotidiano em abertura para a vida se aligeirar, para a vida ir mais longe nela mesma.

É nesse plano que se dá a batalha da forma com o espírito como pura exigência de criação. A matéria como movimento inverso ao espírito, mas este num movimento espiral que aos poucos, num ir e voltar, vai subvertendo a ordem da forma e introduzindo nesta, a cada novo retorno, a maior soma possível de indeterminação.

É nesta indeterminação que o acidente produz experiência e a beira do leito ganha consistência cuidadora. Uma polarização entre matéria e espírito formando um plano de imanência cuidador. Na relação com o doente, essa polaridade vai sendo drenada para a atividade do cuidar. E isso vai mudando as diferentes forças do corpo, tanto as extensivas quanto as intensivas. Podemos pensar numa indução. Muda a polaridade daquele que está recebendo o cuidado e daquele que está oferecendo. É nesse mecanismo que entendo que se constrói, dependendo da abertura afetiva do profissional, um plano de imanência cuidador.

Nesse sentido, já não podemos mais ver a doença apenas como algo relacionado aos acidentes isolados no percurso da vida. É preciso juntar as peças e montar o quebra-cabeça que compõe cada história, relacioná-la com outras histórias e ver a vida como parte de uma totalidade integradora. Entendo que é isso que Bergson (2005) define como duração. Um progresso contínuo do passado que rói o porvir e que incha ao avançar.

Sempre um presente passando em proveito de um novo presente, no qual o passado é contemporâneo do que ele foi. Importante é que cada atual presente não é senão o passado inteiro em seu estado mais contraído. O passado não como uma dimensão do tempo, mas sim como uma síntese do tempo (Deleuze, 2006).

Conforme esse entendimento, é preciso ultrapassar as normas inscritas no corpo, sacudir certos valores que servem apenas para sustentar aquilo que não conseguimos compreender, olhar nossas “feridas”, rever os modos como elas se encarnaram em nós e qual a parte que nos cabe nessa “parada” chamada doença. Doença pessoal, doença dos pacientes,

nossos processos de adoecimento e sua relação com os modos de sentir, pensar e agir que limitam em nós a passagem do fluxo vital como expressão da vida.

Em meio a essa implicação, já não existe mais espaço para ressentimento diante de qualquer fato da vida. Assim, é preciso relacionar esse dentro de nós com o fora, buscando no entendimento um olhar que relacione tudo isso conosco. Precisamos ver que nossa ferida existia antes de nós, o que não significa transcendência, apenas um jogo de dados, peças que caem de modo aleatório e que o simples encadeamento das ideias não pode compreender.

É importante ir além desse incompreendido, e no que pude experimentar no processo de pesquisar e viver, a experiência à beira do leito pode afirmar e cuidar para que tudo isso encontre o sentido. Um processo de diferenciação em si e por si, uma ética da potência conquistada no processo do cuidar.

Nessa perspectiva, cuidar é da ordem do pensar, cuidar é dobrar o dentro no fora, produzir um corpo sensível e criar em si na relação com o mundo novos modos de se relacionar consigo mesmo e com a vida. Com esses pensamentos nos propomos aproximar a ideia de acontecimento daquilo que conceituamos como “a beira do leito”. A beira do leito: um entre, um tempo não pulsátil, uma vida de superfície, zona de combate impessoal, onde o cuidar deixa de ser a realização de simples procedimentos ou ações técnicas sobre o paciente e remete a uma virtualidade, a uma potência que se atualiza ou não entre os corpos dependendo do modo como estes se afetam. Um cuidar que não exclui o tratamento, mas que se desenrola por dentro dele. Verdadeiras dobraduras, alinhavos que se efetuam como pensamento-criação.

Em tais termos, a pretensão é problematizar o que é saúde e o que é doença e colocar em questão a possibilidade de entendê-las de maneira diferente daqueles modos que as ciências da saúde consideram como legítimos. Ou seja, o retorno da forma ao seu estado anterior, ao mesmo tempo que afirmamos que, na vida hospitalar, a beira do leito, se bem vivida, pode ser um lugar pleno de alegria. Corpos plenos no lugar de corpos esvaziados.

Nesse percurso, as problematizações serão evocadas com base em vivências reais sobre a produção de subjetividade dos trabalhadores de saúde, em meio às quais foi possível perceber forte impacto no modo de operar práticas que não se separam dos modos de viver.

Importante salientar que as produções subjetivas que serão destacadas, em todo capítulo, fazem parte de uma visão singular deste pesquisador, distanciando-se de qualquer possibilidade de verdade universal. Os casos que serão problematizados envolvem os profissionais ligados diretamente à linha de cuidado, principalmente equipe de enfermagem e

médicos. Entretanto, pensando em saúde como coletivo, optamos por manter o termo corpo em saúde por entender que a beira do leito, plano de imanência de atualização do cuidar, não exclui os profissionais que não estão diretamente ligados à linha de cuidado, como radiologia, laboratório, farmácia, nutrição, psicologia etc.

No ambiente hospitalar, foco desta pesquisa, todos estão envolvidos direta ou indiretamente com o paciente. Todos, em princípio, formam aquilo que entendemos como um corpo em saúde, um corpo saudável, um corpo em relação permanente com outro corpo, corpo paciente ou corpo doente. Conhecimento no primeiro, expectativa no segundo, envolvidos por um campo de forças extremamente heterogêneo marcado, em princípio, pela dor e pelo sofrimento.

De início, já destaco no ambiente hospitalar uma prevalência da lógica do tratar sobre o cuidar, da matéria sobre o espírito. Dois corpos separados, hierarquizados e determinados por relações de poder. Um sujeito, outro objeto, em que o primeiro detém um saber-poder conquistado socialmente como garantia de autoridade para agir sobre o segundo.

No tratar, estamos diante do que podemos chamar de aparelho do Estado na saúde, lógicas de sobrecodificação dos segmentos, todos os segmentos a um só tempo determinados por uma lógica que constitui e se afina no aparelho do Estado, tanto aqueles que ele toma sobre si como aqueles que ele deixa fora de si.

Assim funciona a lógica hospitalar. Um espaço onde os corpos se “chocam”, produzem identidades, desestabilizam identidades, segmentam os processos de trabalho, a própria vida; se fecham, em boa parte, em si mesmos, até o momento em que o “prato racha”.³ Uma fissura, um fato desestabilizador: estou doente. Assim aconteceu comigo, assim vivi diferentes momentos do meu prato rachado.

Doente, estou no outro lado da margem, nem sempre nos damos conta disso. Saímos do nosso lugar de autoridade, viramos ‘passivo-doente-paciente’. Procuo atendimento médico, recupero-me, volto e retorno sempre outro. Pequenas mudanças, pequenos deslocamentos em relação aos padrões anteriores.

³ “Um prato racha” é uma expressão de Fitzgerald, utilizada por Gilles Deleuze e Claire Parnet (1998) no livro *Diálogos*. “Dessa vez, dir-se-ia que um prato racha. Mas é quando tudo vai bem, ou tudo vai melhor sobre a outra linha, que a fissura acontece sobre essa nova linha secreta, imperceptível, marcando um limiar de diminuição de resistência ou aumento de um limiar de exigência: já não se suporta o que se suportava antes, ontem, a repartição dos desejos mudou em nós, nossas relações de velocidade e de lentidão se modificaram” (Deleuze & Parnet, 1998, p. 10).

Um incidente de percurso, um fato esporádico, apenas uma eventualidade, uma desestabilização momentânea, um prato que racha, aparentemente sem grandes consequências para a rotina da vida. O prato racha novamente e volta a rachar. Idas e voltas, realização de exames, acompanhamentos médicos até o momento em que percebo que entre ir e voltar já não posso viver do mesmo modo.

Percebo que minha coluna já não suporta o mesmo peso, não apenas físico – “a vida pesa sobre os ombros”. Contrações, tensões que vão me deslocando até o ponto em que já não me permito, não posso mais viver do mesmo modo que antes, já não posso mais me deslocar sucessivamente entre uma margem e outra, me sinto como se alguma coisa me levasse através dos segmentos duros para outra destinação.

Nos meus processos de adoecimentos e suas sucessivas repetições, algo mudou no “meu” espírito, algo pedia outro ponto de vista sobre o mesmo ponto. Qual o sentido? As máquinas binárias já não sustentavam minha vida, eu já não podia ver o doente como doente, toda ordem hierárquica sofreu fraturas dentro de mim.

Precisei juntar os cacos do prato e perceber que aquilo que parecia perfeito era apenas ilusão dos meus sentidos. Era eu que não conseguia perceber as rachaduras que sempre existiram no prato. O verniz dos meus sentidos impedia-me um olhar mais atento para perceber que as sucessivas repetições do meu adoecer sinalizavam uma necessidade de mudança no meu modo de viver, e o meu trabalho não era um dado isolado nem um único elemento nesse movimento. Interroguei-me como nunca me interroguei.

Nas minhas sucessivas doenças, percebi que precisava compor outros modos de olhar para o mesmo prato. A doença permitiu-me mudar o modo de ver o mundo. Não podia mais tê-la como um mal em minha vida. Com a doença, comecei a perceber que na lógica fragmentada da vida hospitalar minha vida se misturava com muitas outras vidas, muitas outras lógicas, vidas presentes, vidas ausentes, vidas excluídas diante de uma vida que se insurge sempre como variabilidade como acontecimento.

Durante o processo de adoecimento, a coisa ia relativamente bem entre as limitações da coluna lombar e as demais patologias consideradas menores: esgotamento físico, infecção de garganta, mal-estar que não correspondia aos resultados dos exames diagnósticos etc. Fora as alterações das imagens da coluna vertebral, os demais exames mantinham-se dentro dos padrões de normalidade.

Tudo aparentemente dentro do previsto em conformidade com a minha idade e meu fazer profissional, até o momento em que sangrei e senti o ar me faltar: tinha contraído uma tuberculose no passado, respondi sem diagnóstico e sem necessidade de tratamento, até o momento em que, talvez por uma baixa em minha imunidade, ela reativou e o nódulo escondido dentro dos meus pulmões me trouxe à vida um sangramento pulmonar sufocante. Fiquei muito assustado, senti a possibilidade da morte em mim pela primeira vez.

Realizei o tratamento e retornei ao trabalho. Dessa vez o prato rachou em muitos pedaços, procurava as migalhas dos cacos e não conseguia colá-las. Voltei muito fragilizado. De imediato recusei-me a ir direto para a linha de cuidado, fato não raro nos profissionais que voltam de doenças mais agressivas.

Depois de algumas negociações, nada fáceis, fui alocado em um setor de apoio. Um enfermeiro com longo percurso na atenção direta agora atrás de uma mesa comendo dados estatísticos. Nada de errado. Esses dados, indicadores em saúde, fazem parte da atenção em saúde e têm sua importância para a avaliação dos processos de trabalho.

No entanto, meu espírito não se sentia bem nessa nova função. Mesmo assim, aproveitei o que pude. Entrei pelos mapas estatísticos, revirei os indicadores, me equipei com novas informações sobre o que acontecia lá na ponta com outros olhares, os olhares dos números. Porém, diante dos dados estatísticos, a “minha” beira de leito não me deixava sossegar. Ela me encurralava dentro de mim mesmo. Era um movimento contrário ao meu espírito cuidador. Eu estava adoecendo sobre outros olhares. Um tipo de constrangimento que pode se disfarçar para os outros e não para si.

Por mais que as novidades das informações me colocassem num certo lugar de destaque – lidar com números significa poder –, algo em mim não suportava aquele lugar. Foi um grande esforço permanecer nessa zona, estrato duro demais para o que o meu espírito exigia. Era um desassossego doentio, a sala me sufocava, talvez até mais que o sangue dentro dos pulmões. Eu era um estranho em mim mesmo. Fiz de tudo em busca de um ajuste nunca conciliado. Morria a cada dia em busca de um processo de adaptação nunca conquistado.

Quando caminhava pelas enfermarias e via os doentes em cima dos leitos, eu dizia para mim mesmo: *“Eu não posso, eu não aguento mais voltar para cá.”* De um lado, o desconforto diante do burocrático; do outro, o medo de enfrentar a dor, a possibilidade de uma nova tuberculose e de novamente ver a morte frente a frente. Muito tempo de negociação comigo e com o meu espírito desassossegado.

Mudei de setor, fui para outro setor de apoio juntamente com outros profissionais considerados “limitados”, e o meu desconforto virou desespero. Saí da doença para viver um processo de morte nessa caminhada. Não suportava aquela conversa de profissionais “limitados”.

Na maioria das vezes, as conversas tinham um ponto em comum: o desejo da tão sonhada aposentadoria, dias contados nos dedos. Nenhum julgamento, nada de errado nisso. Esse sonho natural faz parte não só dos “limitados”, mas também de muitos que não se encontram nessa situação, fase natural do processo que, naquele momento, não tinha espaço em minha vida.

Porém, esse tipo de pensamento, naquele momento de minha vida, me deixava muito mal comigo mesmo, apesar da degeneração da coluna, apesar de minhas insônias e da necessidade de antidepressivos em razão da tuberculose. Isso me incomodava demais. Eu não conseguia me ver como alguém “limitado”. Minha vida não me permitia carregar esse rótulo, eu sentia em mim que ainda tinha muito para colocar em negociação com a minha beira de leito. A enfermaria era o meu lugar.

Diante desse impasse, não tive saída, eu mesmo me dei alta de minhas limitações e voltei para a enfermaria. De início me sentia muito deslocado. Aos poucos fui reorganizando a minha beira de leito, até o momento em que senti que eu já não era o mesmo. Ela me deu consistência na doença para um retorno mais saudável.

Tornei-me outro. Meu espírito, em parte, sossegou. Entrei num processo de reconstrução no meu modo de ver a enfermaria, os doentes e as equipes. Meu modo de olhar as práticas em saúde sofreu uma reviravolta completa. Um novo entendimento, uma nova forma de viver a beira do leito.

Em pouco tempo percebi que era ali, naquele entre-espço, que o mundo fazia sentido. Podia ser no setor burocrático? Podia. Podia ser no setor para profissionais “limitados”? Podia. Mas no meu caso, não. No meu caso era, exatamente, diante de um doente deitado numa cama que eu me realizava e me realizo a cada dia.

Que volta, que sentido! A coluna não deixou de doer, vez ou outra sou medicado, os exames radiológicos permanecem sem grandes alterações em relação aos padrões anteriores, nada que impedisse minha permanência nas enfermarias. Mas por outro olhar, olhar da potência, apesar das dificuldades, o que recebia e continuo recebendo me ajuda a superar e sentir cada dia como novidade.

É muito difícil expressar em palavras o que se recebe nesses encontros, é algo muito singular; no entanto, ousar usar a expressão serenidade diante das adversidades como fundamento desse sentir. Uma serenidade cuidadora que ultrapassa as barreiras do hospital e a cada dia se afirma como um modo de viver que dá sinais de que se existe uma meta para a vida, a serenidade diante das adversidades é aquela que subjaz a todos os obstáculos que o espírito deve ultrapassar. Uma serenidade nunca atingida plenamente – no entanto, uma serenidade que abriga e sustenta um devir que é sempre movido pelo desequilíbrio.

Não há saída, pelo menos em minha vivência, eu afirmo: é ali, na rotina diária, diante de uma aparente repetição que esse meio aparentemente infiel, mundo hospitalar, vai confrontando os saberes, os valores, as normas e convocando os profissionais para uma realidade que o conhecimento intelectual não pode responder, ao mesmo tempo que sinaliza a necessidade de outros modos de se pensar em Saúde Pública.

Uma realidade que destitui lugares e solicita outros modos de sentir, pensar e agir na relação que se estabelece com outros profissionais, com os pacientes e, principalmente, consigo mesmo. Portanto, o hospital como meio infiel, desestabilizador, mas um meio infiel, fundamentalmente, para a forma organizada dos protocolos para o prescrito e para tudo aquilo que a razão lógica presume como estável e como possível de controle.

O que ocorre, por exemplo, diante de uma parada cardíaca, tenho dúvidas de se apenas a dimensão intelectual do vivo pode dar conta. É impossível, por mais que se tenha lucidez para agir nesses momentos, não ver na morte daquele que se tenta salvar a sua própria morte. Morte muitas das vezes derradeira no doente que repercute em mortes parciais no profissional, diante dos diferentes casos que acompanham sua trajetória.

Qual é o sentido, qual é o sentido? Clama a consciência com seus limites. É a proximidade da morte processando mudanças nos modos de viver e nos valores estabelecidos. É um processo de atualização no qual muitas vezes não se envolver é um modo de sobreviver. Mas o envolver-se significa viver no limite de si mesmo, sobre o seu limite, afrontando o passado e o futuro na experiência singular do presente que passa. Essa experiência Bergson (2005) define como duração ou vida do espírito.

Para Deleuze (1998), viver nessa superfície é viver o sentido. A superfície como lugar do sentido. Aqui já não mais existe profissional, talvez nem sujeito; aqui é o lugar do acontecimento, emissão de singularidades, é onde a experiência do profissional reflete não propriamente ele, mas a vida que vive nele na relação com o fora dele.

Nesse ponto as regras são facultativas, existe uma aparência que se sujeita às normas e uma vida que se produz como norma. Nesse entre-tempo não ficamos presos às marcas do corpo e aos apelos da consciência; aqui é um entre-lugar de liberdade, interstício onde as singularidades produzidas são pré-individuais, completamente indiferentes ao individual e ao coletivo, ao pessoal e ao impessoal, ao particular e ao geral. Elas são fontes geradoras de novos agenciamentos que produziram novos acontecimentos de uma vida em devir (Deleuze, 1998).

Num ambiente hospitalar, quase sempre alguém grita: “*O paciente parou*”, mas quase sempre esse parou é antecedido por um longo processo. Uma dor, uma queixa, uma respiração que já não consegue buscar o ar necessário para os pulmões, um coração que já não bombeia o suficiente, lábios e extremidades que vão perdendo aos poucos o vermelho da vida para o roxo-azulado da morte, uma pele fria que começa nas extremidades e depois percorre todo o corpo, um suor frio e viscoso na fronte etc. Tudo isso sendo acompanhado pelos profissionais de saúde, em que cada etapa exige um procedimento e cada procedimento vai estar relacionado à particularidade daquele caso singular, exigindo, a cada momento, um desdobrar desse profissional sobre si mesmo e sobre o doente.

Penso que só o conhecimento não dá conta. São tensões, são expectativas, olhares duvidosos, olhares entre olhares que sem o uso da palavra trazem uma verdade a ser decifrada. Olhares que são signos que, na relação com o cuidar, vão juntando peças, montando um quebra-cabeça, dando vida a um corpo sensível, ao mesmo tempo que produzem um incorporal que Deleuze (1998) chama de acontecimento.

Da saúde à doença, da doença à saúde, existe uma vida se processando, há singularidades sendo produzidas. O devir não está fora do ser, ele é esse movimento, essa processualidade no ser. Dessa forma, no processo da parada cardíaca, profissional e paciente, de certo modo, na maioria dos casos, cada um conforme sua experiência, evoluem juntos. O grau de tensão aumenta à medida que o paciente não responde ao resultado esperado, até o derradeiro momento em que alguém sinaliza: “*Ele parou.*”

“*Ele parou!*” Um momento em que nada mais importa para ninguém. Um momento que se apresenta como um vazio. Um momento em que a vaidade quase não comparece, momento de uma quase união entre os corpos que, em algumas situações, quase que milagrosamente, o corpo em saúde se atualiza como unidade. Parada cardíaca é isso, um momento, se assim posso dizer, paradoxal da saúde diante da morte. Para a beira do leito, vida em movimento, experiência produzida.

Existe uma dimensão espaço-temporal: a luta pela vida, o uso de tecnologias que, na lógica do acontecimento, pertencem aos acidentes, e existe uma dimensão, uma verdade que escapa ao presente vivido, a dimensão do acontecimento. O acidente não se separa do acontecimento. São lógicas diferentes: de um lado, o estado de coisas, a efetuação; do outro, uma contra efetuação ou o sentido. Permanecer apenas no acidente, na dimensão temporal, é apenas um momento de um acontecimento que se efetua em dois momentos. Impassibilidade e gênese, neutralidade e produtividade, momentos em que um não pode passar pelo outro (Deleuze, 1998).

A neutralidade do acontecimento pertence ao plano das Ideias. Ela é indiferente às determinações do acontecido, uma apreensão única do que se produziu como experiência, uma espécie de filtro, uma alma que recolhe a positividade transformadora do acontecido em experiência da vida. Nem mesmo o medo, nem a impotência diante da finitude tão concreta que a morte remete pertencem a esse momento. Esse é o momento da verdade eterna, do tempo sem tempo, ou aquilo que os gregos chamam de *aion* (Deleuze, 1998).

A batalha que ocorre nos acidentes, nos fatos vividos, não é meramente pelo viver ou morrer, mas sim o acontecimento em sua pureza, precisamente em sua produção de vida, ainda que diante da morte. É o devir no ser e não o ser que está em questão. A batalha, nesse caso, é um voo sobre o acontecido, ela é neutra e impassível em relação a todas as suas efetuações temporais, neutra em relação aos vivos e aos mortos, aos vencidos e aos vencedores, uma batalha nunca presente, sempre por vir e já passada (Deleuze, 1998).

Uma batalha solitária que só pode ser apreendida por uma intuição “volitiva”, isto é, pela vontade que é capaz de separar o sentido do acontecimento de todas as intuições empíricas. Nossa caminhada sem início e sem fim do corpo ao pensamento. Nossa como modo e expressão de uma vida que vive em nós, um processo de morte do Eu, para um nascer de um cuidador sem identidade. Cuidador: eu olho apenas movimentos, um Eu anônimo, impessoal por entre os movimentos.

Mas existe a morte que nos assombra, nos faz tremer e desestabiliza todas as nossas certezas. Não tem escapatória; diante dela, mesmo sendo a morte daquele que chamamos outro, todo treinamento, todo conhecimento necessita de um tempo para se organizar para ser processado.

Existe em cada parada cardíaca uma fração de segundo que antecede a ação. Uma fração longa, um tempo de indeterminação em que muita coisa acontece diante do nosso

tremor, diante de nossas frágeis certezas. É preciso buscar forças além do biológico, momento em que o espírito encarna no presente todo um passado contraído e busca forças no mais profundo, ou talvez na superfície do nosso desconhecido tão próximo.

Para que lado eu vou? Como começo? Me dá um tubo! Cadê o laringoscópio? A pilha não está funcionando; troca a pilha... E muito mais pode acontecer diante da instabilidade gerada por uma parada cardíaca. Nosso intelecto se desgoverna. Óbvio que todo treinamento, um exaustivo treinamento, nos torna habilitados o suficiente para que as coisas aconteçam da melhor maneira possível. Mas, quase sempre, alguma coisa escapa. É, na maioria das vezes, um prender a respiração ou um respirar muito rápido que mostra o mais íntimo de nossa relação com o medo da morte.

O paciente “parou” é desestabilizador para a grande maioria. Isso é para ser modesto e não generalizar; a experiência diz que é para todos. Depois vamos à ação: massagens, choques, medicações, mais massagem, mais choque, mais medicação, tudo e todos em busca de uma vida que, na maioria dos casos, se recusa a viver. Quanto mais ela recusa, mais avançamos, até o momento que alguém diz: “*Pode parar!*” De certo modo, morremos nesse momento.

Qual é o sentido? Qual é o sentido? O modo do acontecimento é o problemático. Mas não se pode dizer que há acontecimentos problemáticos, e sim que os acontecimentos concernem exclusivamente aos problemas e definem suas condições (Deleuze, 1998).

Existem pontos particulares que exprimem as condições do problemático. Não dizemos com isso que o problema foi resolvido: ao contrário, ele é determinado como problema e rompe com o hábito de considerar o problemático como categoria do nosso pensamento (Deleuze, 1998).

Um problemático que não se confunde com profundidade, nem com consciência, e sim como efeito de superfície dos corpos, um princípio de produção fecundo com relação às modificações no ser que não é nem pessoal nem individual – ao contrário, corresponde a emissões de singularidades (Deleuze, 1998).

Momento da produtividade, momento que preside a gênese dos indivíduos e das pessoas. As singularidades se repartem em um potencial que não comporta, por si mesmo, nem Ego individual nem Eu pessoal, mas que os produz atualizando-se, efetuando-se – com as figuras dessa atualização não se parecendo em nada ao potencial efetivado. Voltamos à

superfície da pele, a superfície dos acontecimentos, pura energia potencial que não é o acontecido e sim uma dobra sobre ele (Deleuze, 1998).

É inevitável: por mais amadurecido ou experiente, o profissional estremece e, de certo modo, o coração dele também se contrai diante de uma parada cardíaca. Quando o paciente retorna, é muito visível na cena, é como se todos tivessem voltados juntos para a vida. “*Ele voltou!*” Voltamos juntos com ele. Qual é o sentido?

Em caso de morte do paciente, muitas das vezes no máximo um olhar de pêsames entre os profissionais, e cada um segue o seu caminho aparentando que nada aconteceu. No entanto, também são visíveis os rastros deixados pela sensação de fracasso diante do insucesso do fazer voltar a viver. A saída da cena da morte, apesar das defesas, é sempre muito penosa. Repetições e repetições e a morte, a forma derradeira do problemático, a marca da permanência do problemático acima de toda resposta, o Onde e o Quando?(Orlandi, 2010, apud Deleuze, 1993).

A saída dos profissionais dessa cena passa a sensação de: “*Me desculpem pelo meu fracasso, preciso sair daqui, estou indo agora para um velório, mas preciso ir escondido, não posso convidar ninguém nem deixar que ninguém saiba para onde estou indo e o que vou fazer. Não me sigam, eu preciso ficar sozinho.*”

Confrontar a saúde e a doença, nessa perspectiva, deixa de ter como referência uma alteração biológica ou o estado de um corpo. Diferentemente disso, o que se instala é uma problematização como possibilidade de transformar o acidente em experiência, em produzir em si mesmo na relação consigo outros modos de ver a vida e se relacionar com o mundo. Na lógica do acontecimento: isto é saúde.

É tudo processual, cada um no seu tempo, por isso, talvez, a repetição do mesmo até que um mínimo de entendimento se expresse como pensamento. Neste, os números do jogo de dados já não têm uma disposição tão aleatória; os números marcam uma passagem, diferença não de qualidade, mas de intensidade. O que conta como tal ideia não é que ela represente isso ou aquilo, mas que ela seja indivisível (Deleuze, 1998).

Para Deleuze, o pensamento só pensa coagido e forçado, em presença daquilo que “dá a pensar”, daquilo que existe para ser pensado. É sempre por meio de uma intensidade que o pensamento nos advém, tudo parte da sensibilidade. Do intensivo ao pensamento, é sempre por meio de uma intensidade que o pensamento se atualiza (Deleuze, 2006).

Qual é o sentido? O pós-morte de um paciente é, muitas das vezes, um momento de solidão absoluta, no qual o sofrimento não pode ter nome, gênero ou raça. O sofrimento pessoal e coletivo é amordaçado, na maioria dos casos, pelo poder do jaleco branco. O sentir, na maioria das vezes, não faz parte de nossa formação profissional; naturalizamos aquilo que mais angustia a humanidade, naturalizamos a morte e morremos por não saber vivê-la.

Como não ver ali, diante daquele leito, que todo saber, toda a volúpia do viver, todas as virtudes e mediocridades da vida se transformam num cadáver pálido que, em pouco tempo, a rigidez dos músculos e a liberação dos excrementos já atestam: um corpo que se foi, uma experiência que se produziu em cada um, uma experiência que pertence aos presentes e ausentes daquela cena tão “natural” da vida do profissional de saúde?

Qual é o sentido? A pergunta extrapola o verbo é e vivida como sensação. Os cinco sentidos são utilitários demais para compreender uma experiência como essa. Ultrapassamos o corpo e incorporamos esse momento na duração, no nosso espírito, e damos consistência à “nossa beira de leito”.

Importante não esquecer que, em muitos casos, antes desse momento derradeiro, a morte, principalmente nas enfermarias ou nos boxes das emergências, esse mesmo cidadão transformado pelas circunstâncias em paciente era alguém que depositava em nós toda a sua esperança pela vida. Enganam-se aqueles que consideram que não é bom criar vínculo com os pacientes.

Sem vínculo se executam técnicas e protocolos e nada mais. Sem vínculo nos tornamos máquinas de prestação de serviço, sem vínculo perdemos nossa possibilidade de um devir espiritual que chamamos de humanidade. Não se pode pensar em atualização do cuidar sem vínculo, sem essa liga imprescindível para que o cuidar como potência se torne realidade. Mas também não se pode criar vínculo sem antes saber a sua verdadeira função no cuidar.

Criar vínculo é dar o melhor de si diante da necessidade do outro, e nada mais. Mas um melhor de si que é sentido. O afeto, no lugar de encontrar ressonância nas marcas, encontra um corpo de passagem que retorna não como uma memória do corpo, e sim como uma intensidade que na relação com o corpo se qualifica. É do problemático que estamos falando, e isso não é indiferente ao nosso fazer diário. Técnicas e protocolos ganham corpo com esse melhor de si, eles se tornam coextensivos com esse si, só que é esse melhor de si que faz toda a diferença e se produz como acontecimento.

Formar vínculo, ou seja, se construir junto com o outro, tornar-se outro pelo encontro é, para este pesquisador, uma questão muito forte em saúde. Este é, acredito, um tema que, em pesquisas futuras, pode ser problematizado quando se fala em uma saúde que, antes de ser um estado do corpo, corresponde a uma conquista que reflete um modo de viver.

Nesta dissertação, não desconsideramos que o vínculo, esse fio tênue de ligação espiritual entre os vivos, sofre rebaixamento em sua intensidade, diminuindo em velocidade e plasticidade diante das interferências que recebe da memória psicológica e, conseqüentemente, dos laços afetivos nos diferentes agenciamentos do viver cotidiano, sendo, desse modo, qualificado em diferentes graus em conformidade com as nossas simpatias emocionais.

No entanto, se pensarmos a vida como um acontecimento e a passividade que lhe é intrínseca, e se afirmamos nesta pesquisa a construção de um corpo de passagem, ou seja, um corpo que, num movimento espiral, vai cada vez mais se sensibilizando e tornando-se de direito a própria beira do leito, tal entendimento nos leva a pensar que, no lugar da simpatia entre os vivos, em tese, possamos afirmar uma vida ética. Uma vida.

Uma vida que em consonância com modos de sentir e viver é porosa a zonas de liberdade que não excluem o estrato emocional. Contudo, essa mesma zona permite-nos separar o acidente do acontecimento, a tal ponto que possamos atingir uma vibração que não mais separe os indivíduos por maior ou menor simpatia refratária da memória psicológica e, desse modo, nos sintonize num plano que nos envolva como parte de um fluxo indivisível, denominado por Bergson (2005) como Espírito. Neste, todos estão ligados a todos, sendo os acidentes do viver nada mais do que o devir no ser que se afirma única e exclusivamente por um processo de diferenciação que não se confunde com os laços instituídos induzidos pelo estrato emocional.

Na parada cardíaca ou em qualquer outro atendimento, não se pode ter a ilusão de que acabou ali, que não se formou vínculo. O ali vai acompanhar todos por muitos dias e em outras “paradas” que irão acontecer. Tudo isso ressoa, tudo isso se alinhava ao espírito, tudo isso produz experiência de uma vida singular.

A parada cardíaca é apenas um extremo da vida do profissional de saúde. Mas um extremo que não é exceção. Vivemos a morte todos os dias e nos escondemos por trás dos diagnósticos. Nossas vidas pouco aparecem. Quem é aquele que vai por baixo do jaleco

branco? Pouco, muito pouco, sabemos sobre ele. Somos, na maioria do tempo, profissionais com os nossos afetos, nos protegemos de nós mesmos com a máscara do saber.

Talvez essa possa ser a principal doença do profissional da saúde, a de estar preso a uma identidade, ter uma tarefa a cumprir, uma recusa em mudar a forma, mudar os hábitos, compartilhar novos modos de entender a saúde e a doença, ou seja, tornar-se outro a cada dia, produzir a si mesmo como diferença – ou, como diz Foucault (2006), fazer da existência uma obra de arte. Em cada encontro, um novo corpo que pode se abrir a experiências ou se entrincheirar cada vez mais em territórios identitários.

Nossos diálogos, na maioria das vezes, são muito técnicos. Até com os doentes nos perdemos em palavras frias. Recorremos, e muito, aos livros para responder ao que o outro não está perguntando. A pergunta desse outro, o doente, quase sempre nos embarça. Suas perguntas, quase sempre, exigem respostas que, em muitos casos, não possuímos. É da vida dele na relação com a morte que se resumem quase todas as suas perguntas.

O simples para nós é muito complexo. A nossa espontaneidade é prisioneira de nossas meias verdades, uma espécie de disfarce para não olharmos a sombra dos nossos limites humanos. Não é um querer que está em questão, é uma exigência de um modo de viver que peca pela presença de lidar permanentemente com o morrer. De certo modo, precisamos disso para continuar vivendo e trabalhando. Mas, de certo modo, não produzir sentido para tudo isso é uma forma de morte.

Pensem em uma situação menos extrema. Por exemplo, uma cirurgia cardíaca que exige a abertura do tórax e empenho de um coletivo por um período de oito horas em média. Muita tecnologia e um aparato complexo para manutenção artificial do coração durante o tempo cirúrgico. No início do procedimento, não existe nenhuma certeza de êxito. Todo conhecimento, toda tecnologia, toda habilidade e destreza da equipe não são capazes de garantir plenamente a manutenção da vida.

Essa dúvida acompanha o paciente por dias e, por mais que se tente dar-lhe garantias, nós, e ele, sabemos quando o procedimento vai começar, mas não sabemos se vai terminar. As nossas sóbrias certezas caminham na corda bamba diante da sombra sempre presente da morte.

Nós, normalmente, não conversamos sobre o medo do doente e, menos ainda, sobre os nossos medos. Tudo para nós tem a aura da normalidade, somos pessoas preparadas para salvar vidas, contudo, esquecemos que diante da morte a finitude e a impotência são as únicas

companheiras de viagem que temos. Precisamos sempre superar limites diante de uma morte que sempre caminha na nossa frente.

É preciso muito mais do que conhecimento científico para uma aventura tão extrema. No final da cirurgia cardíaca, entre o desligar a máquina e esperar o coração voltar a bater, vivem-se trinta segundos em que não apenas aguardamos o coração do paciente voltar. De certo modo, somos todos nós que voltamos ou não junto com o coração do paciente. Uma expectativa em que trinta segundos definem o viver ou o morrer de uma vida, o sucesso ou o insucesso daquele coletivo.

Não se sai de uma experiência dessas do modo como se entrou, por mais intelectual que se seja. Saúde ou doença para o profissional, penso, significa questionar até que ponto ele pode se envolver e tirar dessa experiência uma nova forma de ver a vida. Não precisa se morrer com o paciente a cada dia, pelo contrário; o morrer deste pode significar um aumento da potência de viver do profissional, uma vida que passa a ser afirmada a cada instante como única.

Trinta segundos é pouco para traduzir o que acontece com o peso da eternidade. Tudo isso compõe nosso espírito, nossa duração (Bergson, 2005). Ver um tórax aberto, um coração pulsando artificialmente na mão de um cirurgião, não é apenas uma experiência tecnológica, é emoção retida em doses aviltantes nas entranhas do corpo e se desdobrando em nosso espírito.

LDC, por exemplo, técnico administrativo, igual à grande maioria dos servidores, trabalhou por longos anos na câmara mortuária. Isso foi nos meados dos anos 90. Levar os cadáveres para o necrotério era sua função. Ele, um rapaz de 40 anos, aproximadamente 1,90m, magro com histórico de diabetes e hipertensão arterial, tocava o trabalho com um ar de aparente tranquilidade.

Um dia, ele foi acometido por um acidente vascular cerebral, recuperou-se parcialmente, voltou a andar com uso de muleta e se aposentou por invalidez. Vida encaminhada. Certo dia, final dos anos 90, retornou com dor abdominal, sendo diagnosticado e encaminhado em pouco tempo para o centro cirúrgico para fazer uma ressecção de um tumor. Durante a cirurgia ele fez uma parada cardíaca, permanecendo por quarenta dias no centro de tratamento intensivo.

Quando foi liberado para a enfermaria, chegou com uma ferida enorme, completamente podre na região do cóccix, aquilo que nós, profissionais, chamamos de úlcera

de pressão. Além disso, foi acometido por outro acidente vascular cerebral, ficando definitivamente limitado em seus movimentos das pernas.

Fato é que olhávamos para aquele companheiro de trabalho todos os dias em cima de uma cama e sabíamos mais ou menos como iria ser o desfecho. Nossa presunção não era nada favorável, nossas experiências nos dizem mais ou menos qual caminho será trilhado e, de certo modo, já nos incluímos nessa jornada. A vida poupou-lhe a lucidez e, junto com ela, um olhar de morte que o acompanhava dia e noite. Ele não queria morrer, persistia em ser, queria viver, mas sabia e temia assustadoramente como seria o seu viver se viver houvesse, e nós também.

Meu receio, um receio profundo, místico, que obriga ao silêncio, começa diante da grandeza amaldiçoada, do gênio como doença, e da doença como gênio, do tipo atormentado e do possesso no qual o santo e o criminoso se tornam um só... Sinto que sobre o demoníaco se deve “poetar” e não apenas escrever... É incomparavelmente mais fácil e menos indigesto escrever sobre a saúde divino pagã do que sobre a doença sagrada (Mann, 2011, p. 114).

O que ele nos dizia todos os dias é que, quando cuidávamos dele, não nos dávamos conta de que era de nós mesmos que estávamos cuidando. Cuidávamos do sofrimento dele e do nosso. Fazíamos breves comentários sobre o seu sofrer, sentíamos piedade e uma leve cumplicidade que referimos a ele, mas o que ressoava nos gestos e palavras dizia, e muito, de uma experiência de todos.

É inevitável: cuidávamos daquilo que não desejávamos nos tornar. Construíamos um corpo nele, e com ele, para enfrentar nossos desafios e o nosso próprio sofrimento; é a sempre presente morte que acompanha o profissional de saúde.

Tentávamos de forma quase que técnica manter uma aparência de que o sofrimento era dele, mas o que explodia à beira do leito era absurdamente devastador para a grande maioria. A sensação era: “*O que eu estou fazendo aqui?*” “*O que eu vou dizer para ele?*” “*Isso é vida?*” As palavras não revelavam minimamente nosso sentir, e ele sabia disso. Qual é o sentido? O que se produz no encontro desses corpos?

Em LDC, olhávamos nosso corpo apodrecer, querendo ou não querendo; com ele, vivíamos nossa angústia pela dúvida do morrer. Nele, e com ele, padecíamos, em parte, o fim de todos nós. Mas foi com ele e nele que criamos as condições de nossa própria cura. Ou como diz Canguilhem, citando Tomas Mann (2011):

É preciso haver sempre um que tenha estado doente e até mesmo louco para que os outros não necessitem sê-lo... Sem o que é doentio a vida nunca pode ser completa... A vida não é assim tão mesquinha e não a cura de moral. Ela se apodera do audacioso produto da doença, observa-o, digere-o e, pelo fato de que ela o incorpora, ela se torna são. Sob a ação da vida... abole-se toda distinção entre a saúde e a doença (Canguilhem, 2012, p. 185).

Seria esse o sentido? A saúde e a doença como produção da própria vida? Um interior cada vez mais se tornando inseparável de uma exterioridade? Um corpo que vive na superfície de si mesmo? A experiência de LDC foi, paradoxalmente, a nossa experiência de bem-aventurança para não passarmos pelo que ele passou. A experiência dele não fica apenas na enfermaria, ressoa por todos os profissionais de saúde e por um espírito na forma de humanidade. Um acidente que, inevitavelmente, produziu uma experiência incorporada à beira do leito.

O brilho, o esplendor do acontecimento, é o sentido. O acontecimento não é o que acontece (acidente), ele é no que acontece o puro expresso que nos dá sinal e que nos espera... Deste gosto a este desejo, nada muda de uma certa maneira, salvo uma mudança de vontade, uma espécie de salto no próprio lugar de todo corpo que troca sua vontade orgânica por uma vontade espiritual, que quer não exatamente o que acontece, mas alguma coisa *no* que acontece, alguma coisa a vir de conformidade ao que acontece, segundo as leis de uma obscura conformidade humorística: o acontecimento (Deleuze, 1998, p. 152).

Importa liberar para cada coisa a porção imaculada, linguagem e querer, *Amor fati*. Não se trata em falar em acontecimentos felizes ou infelizes, não se trata de uma estrutura dupla de acontecimentos. Existe um momento que é o momento da efetuação, momento presente em que o acontecimento se encarna em um estado de coisas, um indivíduo, uma pessoa (Deleuze, 1999).

Mas há, de outro lado, o futuro e o passado do acontecimento tomado em si mesmo, que esquiva todo o presente, porque ele é livre das limitações de estados de coisas...; ou melhor, que não há outro presente além daquele do instante móvel que o representa sempre, sempre desdobrado em passado-futuro (Deleuze, 1998, p. 154).

Não tem como pensar em estabilidade em um ambiente tão potente como um hospital. São variações que impõem ritmos de vida muito particulares. E cada hospital é único em seu movimento intensivo. Cada hospital em suas práticas tem a sua história registrada e incorporada no seu momento presente. A história de cada hospital, sua genealogia e narrativas vão produzindo agenciamentos que se interligam uns nos outros em conformidade com os interesses envolvidos em sua construção.

Sair de um hospital para o outro, em minha experiência, não é a mesma coisa. A energia muda de vibração, as pessoas se tornam outras, os regimes dos movimentos incorporam outras dinâmicas. O corpo sente e responde a essas mudanças. Não é exagero dizer que se tem uma vida a cada dia ou a cada minuto num ambiente hospitalar; cada dia, cada situação, cada hospital traz uma potência como acontecimento. Mudar repentinamente de um hospital para outro, depois de 12 horas de plantão que serão desdobradas em mais 24 e, muitas das vezes, em 36, não é simplesmente uma violência física. Qual é o sentido?

Talvez por isso a loucura é sempre, por mais maldito que seja falar dela, uma amiga muito comum dos profissionais de saúde. Também não é menos real que a vida se fortalece e muito nesse ambiente. Esse tipo de vivência não é para quem quer: é para quem pode. Um poder nunca dado, sempre em construção. Ganhar ou perder são valores que não pertencem à vida. Entendo que é isso que Nietzsche (2002) fala sobre uma vida afirmativa.

Além disso, ou por tudo isso, a loucura maior entre os humanos bate forte entre nós da saúde. A divisão de classes, por mais que se tente disfarçá-la, jorra por todos os cantos, talvez, quem sabe, como forma de minimizar a igualdade tão marcada diante de um leito. No máximo conversamos com os nossos pares. Pares: que palavra estranha para um mundo com pretensão de viver do coletivo. E quase sempre conversamos com nossos “pares” sobre trabalho.

Os espaços são demarcados por formações sociais muito distantes uma das outras. Do pós-doutor ao funcionário da limpeza, existem auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos, serviço social, nutrição, psicólogos, radiologia etc., com valores de difícil aproximação para que o cuidado aconteça.

Tudo isso está completamente incorporado em nossas práticas. Por exemplo: nos anos 80, um setor novo foi inaugurado num grande hospital público do Rio de Janeiro, um setor para doenças infectocontagiosas. Tudo pronto para receber os pacientes, todo um projeto organizado segundo a razão, segundo um pensar fragmentado que não leva em consideração o inusitado.

No entanto, uma novidade muda todo o planejamento, uma nova doença surge de forma avassaladora redirecionando toda a atenção para o surpreendente. De início, esse inusitado foi definido como a “peste gay”, depois como síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS).

Quase todos os quartos passaram a ser ocupados pelos pacientes com AIDS. Pouco sobrava para as demais enfermidades. A cada novo dia, novos pedidos de internação com um

diferencial em relação às demais patologias. Em sua quase totalidade os pacientes eram jovens, entre 18 e 30 anos.

A velocidade entre a internação e a morte era surpreendente. Aquele profissional que fazia a internação não tinha a menor segurança de que iria encontrar o paciente no plantão seguinte. Uma pneumonia fulminante, uma diarreia incoercível, um tumor cerebral de evolução rápida, tudo muito urgente para uma medicina que ainda não sabia direito com o que estava lidando, tudo muito rápido e sempre acompanhado pelo desespero dos familiares, principalmente das mães.

Não se tinha como dar conta de tamanho desastre humano só com o conhecimento. Nós, profissionais, nos olhávamos sem saber direito o que dizer um para o outro. Já não se tratava mais de pacientes sem expectativa de vida. Eram jovens na plenitude do viver se despedindo da vida diante dos nossos olhos do dia para a noite. Corríamos de um lado para outro tentando dar respostas para eles e seus familiares sem que tivéssemos as respostas para nós mesmos. Qual é o sentido? Era a pergunta de nossas angústias.

Jovens que, até aquele momento, eram felizes com mil planos para o futuro e de repente recebem um diagnóstico que naquela época era sinônimo de morte. Entre a coleta do sangue e o resultado, poucas dúvidas. Os sintomas eram muito evidentes, mas mesmo assim a simples dúvida era a esperança de um resultado negativo que todos aguardavam com muita ansiedade. Com frequência, nossas esperanças morriam na abertura do resultado.

Tínhamos que encontrar sentido para continuar nossas atividades naquilo que não fazia sentido para nossa frágil humanidade. Sem dúvida, criamos um novo corpo para produzir sentido naquilo que nossa inteligência não podia alcançar. Sem dúvida, nosso espírito se desdobrou como duração. Nesse caso, e em todos os outros relatos, o sentido é fundamento do cuidar. Fazer sentido é estar implicado com a expansão da vida, é criar agenciamentos, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos vividos.

Em outras palavras: fazer sentido equivale a dizer que o humano saiu da roda dos acidentes e passou a viver “em si” uma experiência integradora que passa por ele, mas não é ele. E isso é muito valioso na produção de um cuidador. Não se prender ao fato e entender-se como corpo de passagem para um acontecimento.

IV. DO FINITO TRATAMOS; DO INFINITO CUIDAMOS

De que temos medo? Da morte, foi sempre a resposta. Medo dela e de todos os males que possam nos dar um mínimo sinal de sua sempre e eterna presença. Nós, sempre finitos, diante de uma morte sem fim. Sem fim nas pequenas mortes que vivemos durante uma existência, sem fim nas diferentes composições e recomposições possíveis que podem acontecer durante e que se seguem após o fim derradeiro da matéria.

Nós, apenas um modo finito da existência, apenas isso, uma afecção de uma substância absolutamente infinita denominada pelo filósofo Espinosa como Deus. Quem somos nós? Apenas uma afecção de uma substância infinitamente infinita, um efeito, aquilo que existe em outra coisa, por meio da qual somos concebidos (Espinosa, 1983). Em outros termos: a dimensão infinita da vida que vive em nós, “nosso” espírito.

De que temos medo? Da morte violenta, completaria Hobbes (Chauí, 2011). Temos medo do abandono, temos medo da indiferença, morte em vida, talvez, completaria PSA. Ele, 42 anos, lúcido, orientado, pesando 47 quilos num corpo de 1,70m de altura, magreza que destacava seus ossos numa vida que insistia em perseverar no ser mesmo diante das evidências da morte.

No outro, olhando para o seu leito de morte, estava eu. Enfermeiro, 45 anos de vida, cheio de planos diante daquela vida. No entanto, com uma diferença mortal: ele, pele e osso; um paciente terminal. Em suas poucas palavras, uma expectativa de vida, mesmo diante de uma morte tão presente aos olhos daqueles que tratavam dele.

Nós, profissionais de saúde, nos referíamos a ele como um paciente “terminal”, esquecendo que todos nós, mesmo antes de nascermos, já carregamos aquilo que menos queremos olhar: nossa finitude, o terminal que nos é constituinte. Em outros termos: o finito de Espinosa (1983); o terminal em nós, um fato inquestionável que, de modo geral, nunca queremos pensar.

É assustador olhar para a morte mesmo que distante. Evitamos, nos desviamos ao máximo desse fato insuperável. É o nosso perseverar em ser em movimento, são os nossos medos, e por mais que a morte nos acosse a todo instante, vamos sempre vislumbrar a abertura de um porvir, mesmo que as evidências digam o contrário.

A minha dúvida é: até que ponto o medo que temos é do terminal em nós ou, mais profundamente, de como esse terminal vai terminar em nós. Nós, para Espinosa (1983), somos coisas finitas; e a vida que vive em nós, uma força infinita. Talvez o medo da dor e do sofrimento, nesse momento inevitável, seja mais angustiante do que o próprio terminal que somos antes mesmo de nascermos.

Não é raro, em nosso dia a dia, ouvirmos a expressão: “o que eu não quero é ficar em cima de uma cama sofrendo”. Está aí, penso eu, o nosso pavor diante da morte. Pavor que não nos dá nenhuma garantia do desfecho final, talvez apenas retire das sombras o nosso medo da morte.

A primeira vez que vi nosso paciente “terminal” foi numa passagem de plantão. Diante do impacto daquela imagem eu precisei sair da enfermaria, precisei refazer minhas forças e buscar um novo equilíbrio para o que aquela imagem desestabilizou em mim. Imagem dele refletida em mim, uma ideia inadequada, segundo a filosofia de Espinosa (1983).

Foi em mim que aquele aspecto moribundo se fez presente. Eu não entrei em contato com ele, e sim no que ele causou em mim. Uma afecção, uma ideia de morte. Magreza absoluta em um estado miserável e, junto com isso, um tumor de laringe exteriorizado que ultrapassava e muito o tamanho de seu pescoço e compunha com o seu rosto quase que outro rosto de aspecto tumoral.

Uma coisa é a reflexão da morte em nós e tudo que ela pode produzir quando constatamos que um paciente é terminal por meio de exames clínicos ou laboratoriais, mantendo, dentro do possível, uma aparência normal. Os exames nos dizem que o rim não mais elimina os excrementos, o coração dá sinais de fadiga muscular, o fígado não metaboliza nem armazena mais os nutrientes, ou seja, órgãos internos definindo uma falência parcial ou total do organismo.

Outra coisa é a exposição de uma imagem tumoral quase que substituindo um rosto, ao mesmo tempo que traz à luz dos nossos olhos aquilo que representa a nossa escuridão. Sempre a morte. Nesse caso: uma morte com nome, uma morte que falava e respirava sem ajuda de aparelhos e tentava encontrar com seu olhar escavado pela dor um mínimo sinal de brilho na vida que, de certa forma, nós, profissionais, já tínhamos retirado dele. Ele é “terminal”.

O impacto na passagem de plantão foi apenas parcial. O tumor ainda estava protegido por bandagens completamente sujas de secreção purulenta e fétida se destacando naquele

corpo que quase já não mais existia diante de tamanha violência para os olhos. Depois da passagem de plantão, precisei de solidão por algum tempo. Demorei em decidir se iria fazer o curativo dele. Eu já tinha três outros curativos no meu planejamento, situação que me permitia deixá-lo para outro profissional da enfermagem.

Nem sempre isso é possível, mas, quase sempre, tem alguém para dividir esses momentos. Talvez o mais difícil, para nós da saúde, seja admitir essa vulnerabilidade. A experiência me diz que quanto mais admito isso, cada vez menos são os casos que esse medo aparece. Não é o medo da doença ou do doente; no fundo, penso, o que tensiona esses momentos é sempre o medo do sofrimento, o medo da morte em nós.

No meu encontro com PSA, o medo da morte apareceu e demorou um pouco mais do que as diferentes situações que vivi ao longo de minhas experiências. Levei um tempo maior para me recompor. Não posso explicar, mas senti que eu precisava fazer aquele curativo, que precisava olhar aquele rosto de perto; algo em mim, com o passar dos anos, me aproxima cada vez mais dos pacientes graves ou desses ditos “terminais”. Saio desses encontros com mais respeito pela vida, isso ajuda a rever os meus valores, isso me torna mais leve.

Antes de ir até ele eu me paramentei conforme manda o protocolo. Ele também estava em precaução de contato, além da precaução respiratória. Também já tinha contraído uma bactéria multirresistente nessas passagens pelos diferentes setores ou pelas emergências da vida. Por via das dúvidas, no lugar de uma máscara eu coloquei duas, uma por cima da outra. A minha memória coincidiu com uma tuberculose que tive no passado. Um passado sempre presente.

Hora da aproximação, hora de sentir de perto o que aquela vida tinha a me dizer. Com o passar dos anos de profissão também adquiri o hábito de olhar bem e, quando possível, sentir os pacientes e o ambiente por um bom tempo antes de me aproximar. Nesse caso, o tempo foi mais longo, um tempo necessário para eu me refazer do impacto daquela imagem inicial.

Caminhar pelos corredores, ziguezaguear por dentro das enfermarias sem finalidade, sem obrigação de cumprir uma tarefa, é algo que me sintoniza com o ambiente, ao mesmo tempo que me ajuda a levar algo para esses encontros. Essa mistura, em muitos momentos, para mim é sinônimo de serenidade.

Com isso quero dizer que ao andar não se está indo ao encontro de si próprio, como se a questão fosse se reencontrar, se desfazer das velhas alienações para reconquistar

um eu autêntico, uma identidade perdida. Ao andar, escapa-se a própria idéia de identidade, a tentação de ser alguém, ter um nome e uma história. Ser alguém pega bem em reuniões sociais onde cada um se exhibe, pega bem nos consultórios de psicólogos. Mas ser alguém não seria só mais uma obrigação social que acorrenta (nos obrigamos a ser fiéis à nossa própria imagem), uma ficção boba que representa para nós um peso nas costas? A liberdade, caminhando, é não ser ninguém, porque o corpo que caminha não tem uma história, tem tão somente uma corrente de vida imemorial (Gros, 2010, p. 14).

Aos poucos, fui me refazendo e me deslocando daquela imagem. Aos poucos fui deixando a enorme massa tumoral de lado e me aproximando da vida dele. “*Bom dia*”, disse eu. Ele me respondeu, num tom quase que inaudível: “*Bom dia!*” O bom-dia dele em mim foi um gemido, um pedido de ajuda. Voz baixa, quase que ausente, não tanto pelo tumor que já comprimia suas cordas vocais, e sim por um desânimo marcado pela dor e pelo sofrimento, aquele sofrimento em nós que a hora parece não passar, que o fim nunca chega.

Depois lhe perguntei: “*Você prefere tomar o seu banho no leito ou você consegue ir ao banheiro?*” Ele me respondeu: “*Se você me colocar em uma cadeira eu prefiro ir ao banheiro, prefiro tomar banho no chuveiro, eu consigo levantar, é só você me apoiar.*”

Da cama, ele levantou seu corpo num movimento desordenado, cambaleante até a cadeira. Um único passo apoiado no meu corpo já demonstrava toda a sua fraqueza e ao mesmo tempo toda a sua força. Era o que ele podia fazer e fez. Esse simples gesto costuma ser um bom sinal de luta pela vida. É o perseverar, o *conatus* espinosano em movimento independentemente das condições (Espinosa, 1983).

Além da massa tumoral e da compressão das cordas vocais, ele já possuía metástase pulmonar com comprometimento de sua respiração, situação que dificultava ainda mais os seus movimentos. E como consequência da lesão pulmonar, depois dos acessos de tosse, ele eliminava uma quantidade muito grande de secreção purulenta que, em poucas horas, preenchia um frasco de 500 ml. Mesmo assim, o nosso paciente “terminal” estava na luta.

Tosse depois de tosse acompanhada da necessidade do uso de máscara para proteger os outros pacientes e os profissionais daquilo que vinha dele. Querendo ou não, o uso da máscara, tão comum nesses casos, só diz uma coisa: “*Eu sou perigoso para vocês.*” Querendo ou não, isso produz efeitos muito fortes em nós, profissionais, e mais ainda no doente. Alguém disse: “*Ele precisa ficar num setor de isolamento.*” Mas ele, já tinha vindo de lá. O resultado para tuberculose deu negativo. “*Mas será que o resultado está certo?*” Eram nossas dúvidas, eram os nossos medos naturais.

Depois do banho, já no leito, comecei a tirar as bandagens e olhar frente a frente a tumoração. Para quem trabalha em hospital especializado, esse tipo de patologia faz parte da rotina. Não era o nosso caso, raramente temos esse tipo de patologia em nossas clínicas, talvez por isso nosso impacto. Não era só o tamanho do tumor, a massa já tinha áreas necrosadas, áreas podres que soltavam pedaços sem grande dificuldade, eliminando secreção de odor extremamente forte que tomava conta de toda a enfermaria. O olhar dos outros pacientes era uma mistura de curiosidade, espanto e medo.

Em relação ao tratamento, muito pouco ou nada a fazer. Limpeza com soro fisiológico e gaze umedecida com vaselina e depois fechamento com bandagens. Existem outras pequenas possibilidades em relação ao curativo. Essa era nossa opção naquele momento. Importante, nesses casos, é limpeza suave com soro fisiológico para evitar ao máximo qualquer possibilidade de sangramento e proteção com bandagens vaselinadas para evitar aderência e risco de trauma e conseqüente sangramento da lesão. Dependendo da prescrição, em algumas situações usa-se antibiótico tópico. Quase nada conversamos durante o curativo, ele mal podia falar diante da frequente tosse e sua drenagem interminável.

Depois dos cuidados, fui ver seu prontuário e conhecer um pouco melhor sua história. Ele já tinha passado pelo serviço de oncologia sem indicação de radioterapia ou quimioterapia, sendo considerado um paciente de cuidados paliativos com orientação de acompanhamento pela unidade básica de saúde. O relato era de que a rede de saúde não possuía pessoal suficiente para acompanhá-lo.

Em relação aos dados sociais, a informação era de que ele morava em um cubículo – um quarto e um banheiro –, recebendo visitas eventuais de uma irmã. Foi durante uma dessas visitas que ela percebeu que não havia mais condições de deixá-lo sozinho, levando-o para o serviço de emergência. Na emergência, nada, quase nada a fazer, apenas analgesia, sendo logo em seguida transferido para o setor de isolamento em razão da suspeita de tuberculose. A suspeita não se confirmou e ele foi transferido, mudando de enfermaria três vezes.

O setor de doenças infectocontagiosas, após o resultado negativo para tuberculose, não via mais necessidade de sua presença num setor especializado. Ele foi transferido para dois outros setores, e lá também constataram que o seu quadro não correspondia a sua especialidade. Depois foi para um terceiro setor, onde alegaram que não era caso para eles e que nada podiam fazer, pois se tratava de um paciente oncológico. A oncologia continuava indicando acompanhamento paliativo. Enfim, ele não era de ninguém.

Em último caso, por não ter nenhuma especialidade que pudesse ser responsabilizar por ele, depois de três dias de dúvidas a alta direção ponderou, mediu o caso e solicitou que a pneumologia se responsabilizasse pelo acompanhamento, sendo prontamente atendida. A pneumologia atendeu à solicitação, porém sem nenhuma mudança em relação à proposta terapêutica em curso. Ou seja, analgesia, curativos e alimentação por uma gastrostomia já instalada.

Passar de clínica em clínica, permanecer numa enfermaria por solicitação superior, não pertencer a uma especialidade; um paciente terminal. Esse caso não é exceção. Isso se repete com muita frequência e, de certa forma, mesmo que inconscientemente, muda e muito a nossa relação com o paciente. E em termos de conduta, nesses casos não temos muito que fazer, é só uma questão de tempo, tudo já está decidido. Conversamos muito pouco ou nada sobre esse momento. Nossa formação não é para isso. Somos preparados muito mais para salvar vidas, não para lidar com o “terminal”.

A minha experiência diz que quando admitimos que um paciente é terminal, querendo ou não, este rótulo, quase sempre, por mais que sejamos profissionais, nos afasta dele. É uma espécie de morte antes de morrer. Ou seja, aquilo que todos nós somos ao nascermos passa a ser um rótulo, uma marca naquele que o biológico não pode mais voltar à forma anterior, ou próximo dela. Isso, penso eu, nos agride, nos violenta.

No caso de PSA, não tínhamos quase nada a fazer em termos de tratamento. As prescrições podiam se repetir sem grandes exigências. Apenas analgesia e curativo num tumor que ninguém gostaria de ver e, quando complicar, nada a fazer, ou no máximo uma assistência ventilatória para evitar a agonia da falta de ar diante da morte.

Não gostamos de olhar para esse quadro que nem moldura tem. Um paciente terminal, em primeiro lugar, representa nossos limites diante do doente e, em segundo, em grande parte revela a fragilidade de nossos saberes diante da morte, ao mesmo tempo que nela temos que admitir nossa própria impotência, nossa finitude.

Diante do “terminal”, nosso saber se perde deixando um vazio naquilo que tanto nos dá orgulho. A forma já não aceita, já não é possível às diferentes áreas da saúde uma intervenção que possa restabelecer o padrão anterior. No máximo analgésicos, curativos, alimentação e esperar a morte chegar.

A beira do leito é assim, ela é essa indeterminação, “lugar” do estranho, do inusitado em nós. Ela nos surpreende, nos tira do controle quando menos esperamos e busca em nós

aquilo que ainda não conhecemos, mesmo que, de certa forma, já exista em nós. O nosso terminal. Esse paciente me desestabilizou. Nele eu tive que olhar minha finitude, minha impotência, meu Eu ninguém diante da morte.

Eu me vi em PSA, me questionei nele, aquele trapo de vida também estava em mim. Mas tinha o outro lado, tinha a vida pulsação: era a sua força diante das circunstâncias que mais chamava a minha atenção. Aquela força crescia dentro de mim. Uma pequenina força que se superou nele e o tirou daquele leito até a cadeira de banho. Mesmo que de modo cambaleante, ele não se entregava.

Depois, o esforço para se sentar no leito como meio de me ajudar a enrolar a atadura em volta de seu pescoço, para que eu não precisasse chamar outra pessoa para ajudar. Pequenos detalhes: era o máximo a que suas forças podiam chegar naquele momento; ele foi ao máximo, isso não acontece com frequência. Estava ali diante de mim o persistir no ser, o *conatus* de Espinosa (1983). Ele, um “terminal”. A pergunta é inevitável: qual é o sentido?

Se ele se entregasse à morte eu, talvez, colocasse isso como desculpa para admitir minha impotência diante dele. Não fez isso, continuou lutando no limite de suas forças. Isso me fortaleceu a ir com ele no meu limite.

Em minha experiência profissional, costumo dizer para o grupo da enfermagem que esse paciente, esse que não é ninguém, é nosso paciente. Óbvio e compreensivo que uma afirmação desta não seja bem aceita e receba críticas. Certo que sei que o paciente é de todos, mas é certo também que a recusa, mesmo que utilizando estratégias que evocam sempre os ‘especialíssimos’ para justificá-la, traz como fundo a ideia de que esse tipo de vida já não interessa, já não é um corpo para investigação; seu destino já está definido, ele não tem mais nada a ser feito, já não tem mais nada a ver com os nossos saberes.

Mas é certo também que ele representa a nossa finitude e a impotência que o “Eu”, “em nós”, não pode suportar. Penso que isso define tudo. Admitir a finitude nele e ter que admiti-la em nós, não apenas profissionais, mas em nossa precária humanidade. Admitir a finitude nele é nele entrar em contato com a finitude intrínseca ao nosso Eu fenomênico.

A minha impressão é de que não foi o paciente que foi passando de clínica em clínica e terminou lá na última enfermaria localizada no final do corredor. A minha impressão é de que passamos de clínica em clínica a impotência do nosso conhecimento diante daquilo para que não tínhamos respostas. Foi a finitude tão evidente nele que passamos para não vê-la em nós.

A pergunta que ouvimos, com certa frequência, nesses casos, se repete: “*Nada justifica a presença dele num hospital de Alta Complexidade?*” Talvez. Mas numa breve conversa com ele, ele pede uma única coisa: “*Eu não quero voltar para casa, eu quero ficar aqui.*” Não quer voltar para o seu cubículo, tem medo de morrer sozinho, porém a nossa Alta Complexidade não justifica a sua presença.

Casas de apoio são raras no Sistema Único de Saúde, e no caso dele era muito difícil que alguma o recebesse. Não são apenas os gestores que usam o discurso da alta complexidade para não aceitar determinados pacientes; nós, lá da “ponta”, em grande parte já incorporamos essa fala e, de certo modo, não nos damos conta de que ao fazê-lo somamos força para que o sistema público de saúde acelere o seu processo de um ‘vivo-morto’.

Justificar a presença ou ausência, justificar a complexidade na capacidade de recuperar o tão sonhado retorno à normalidade é da ordem do tratar. É da ordem, como diz Bergson (2005), dos fins, dos interesses imediatos de nossa inteligência utilitária. Não é essa a nossa aposta. Nossa aposta é no infinitivo cuidar.

A beira do leito é assim: chega um momento em que existe muito pouco espaço para o tratar e muito para o cuidar. E se não podemos cuidar, se o cuidar ainda não pode se atualizar em nós, a exigência sobre o corpo aumenta e, inconscientemente, vamos direto para nossas marcas em buscas de respostas que não possuímos. Nessa hora, bate o desespero e montamos diferentes lógicas para justificar o injustificável: o nosso conhecimento é nada diante do que o doente dito “terminal” solicita de/em nós.

É nesse momento que o cuidar faz toda a diferença. O que o “terminal” solicita? Talvez só presença e detalhes de conforto envolvidos por afeto cuidador. Onde se encontra o Eu nesses momentos? Em processo de dissolvência. Isso é simples demais para nossa alta complexidade. O que a beira do leito faz: ela cuida para que a expressão intensiva do corpo se aproxime o mais fiel possível da ideia de corpo contida no intelecto de Deus (Espinosa, 1983). Material em confronto com o espírito no fluir da existência.

O cuidar, diferentemente do tratar, não pede nenhuma justificativa, não atende a nenhuma finalidade. Ele simplesmente cuida, não separa a morte da vida; ele a incorpora. A morte incorporada em nós pelo cuidar, mas um morrer que não é de um moribundo e, sim, um morrer que fortalece o viver, um morrer que cria horizontes, amplia expectativas e dá ao instante presente a possibilidade do intensivo viver em nós. Isso é muito simples para nossa

alta complexidade. Mas um simples que não envolve nenhuma negação; esse simples afirma a vida em qualquer situação.

O paciente já não precisa de ressonância magnética nem de tomografia computadorizada, nem de cintilografia. Como vamos justificar sua presença? Isso é da ordem do tratamento, não do cuidado. O cuidar trata na forma o que impede a fluidez da vida. Ele busca o equilíbrio também, só que o equilíbrio do movimento do espírito no e fora do corpo. O tratar só existe se houver doença. O cuidar cuida da vida em qualquer situação.

A questão no cuidar não é o tumor ou aquela aparência de morte que remete ao sofrimento. Na perspectiva do cuidar nós ultrapassamos o sofrimento, ultrapassamos aquela imagem feia que se reflete em nós e vamos direto ao que Espinosa (1983) define como essência. E esta, de forma bem resumida, diz que somos todos iguais. Um grau de potência que varia na relação com os afetos, mas todos iguais, apenas uma afecção de uma substância única. Esta não se confunde com o corpo. Esta filtra da vivência não o fato vivido e sim o que de mudança de sensibilidade intensiva se concretizou na relação da forma com o espírito, ou seja, o puro acontecimento (Deleuze, 1998).

No cuidar, entendemos que aquela imagem é, em parte, apenas uma ilusão dos nossos sentidos. Uma ilusão tratada e cuidada com o melhor que temos de nós. Tratando, mas também cuidando da finitude, podemos sentir a duração em nós. Ultrapassar a imagem do tumor é fundamento do cuidar. É entender que não é o aspecto daquele tumor que nos faz mal e sim nossa reatividade diante daquilo que ele mobiliza em nós. Em grande parte, penso, é nossa reatividade que nos adocece. Espinosa (1983) define isso como uma paixão triste.

Com Espinosa podemos pensar que aquela tumoração, ou a morte que ela representa em nós, é tanto menos nociva quanto maior é o conhecimento claro e distinto que a mente possui; conseqüentemente, quanto mais a mente ama a potência infinita melhor compreende (Espinosa, 1983). Deus em Espinosa não é uma entidade metafísica, é um grau de potência em nós, ou seja, um desdobramento do amor intelectual de Deus em nós, efetuando-se de modo cuidador.

No cuidar, não deixo de ver o tumor, não ignoro o sofrimento nem a dor, apenas me torno um corpo de passagem. É esse corpo que permite suprimir a ideia de medo da morte que a imagem do tumor reflete em nós. É esse corpo, como diz Espinosa (1983), que permite suprimir a ideia de alegria ou tristeza de uma causa exterior, é esse corpo que permite formar uma ideia adequada, é esse corpo que permite que o cuidar se atualize de forma cuidadora.

Em outras palavras: como corpo de passagem eu sou transmutado à beira do leito, filtrei todos os acidentes e deixei passar apenas o puro acontecimento.

Esse pensamento significa criação de vínculo em grau máximo no máximo que podemos a cada momento, isto é, aceitação incondicional. É não resistir ao que vem do outro. Isso dá sentido à vida e, à beira do leito, vai dando pistas, pela repetição, do que é adequado ou inadequado na relação com o doente. A mente compreende tanto um como outro como necessários, e à medida que compreende, a mente padece menos (Espinosa, 1983).

A dor passa por nós, o sofrimento passa por nós, mas não em nós. Não tem nada a ver com viver o sofrimento ou a dor do outro. Como corpo de passagem nós não nos preenchemos de emoções que desestabilizam o nosso viver; elas passam, ultrapassam o emocional, as marcas, a memória psicológica, e ressoa por entre nós a inteligência ou consciência do espírito. Uma aposta na reconstrução das práticas em saúde que não exclui nenhuma outra, pelo contrário, forma vínculo com elas.

Nesse dinamismo, a afecção é de outra natureza: uma natureza intensiva. Eu e o outro não fazemos parte desse movimento, a relação sujeito-objeto pertence à representação. É pela repetição que criamos as condições de chegar ao entendimento, etapas vividas à beira do leito, confronto de forças que, aos poucos, nas misturas vão se processando e fortalecendo a ideia de vínculo. Vínculo que remete a nossa potência de ser afetado pelo outro, e quanto mais somos afetados, mais em sintonia com as necessidades que vêm do outro agimos. É ele que direciona o melhor fazer de nossas ações. Coisas elementares que vão se expandindo em nós. Tudo prática, tudo aprendizado incorporado de sensibilidade.

Começamos com questões elementares, por exemplo: o nome do paciente e não o número do leito. Bom dia, boa tarde, o garrote está muito apertado? Se doer me avisa? Porque que ele está tão calado hoje? Será que ele está com dor? Coisas elementares que vão trazendo o outro para perto de nós ao mesmo tempo que vão aos poucos nos sintonizando com o que está fora de nós.

Deleuze (2006) chama isso de repetição material. Em outros termos: repetição que sucede nossa relação com os instantes ou os elementos sucessivos, independentes, repetição que Leibniz sintetiza de forma divina: “em toda parte sempre a mesma coisa com exceção do grau de perfeição” (Leibniz, apud Deleuze, 2006, p.129).

Com o vínculo eu deixo de ser reativo ao outro, incorporo-o em mim e crio as condições do pensamento cuidar e se atualizar. Agora já não é mais o momento do meu saber,

agora é o momento, diz Espinosa (1983), do qual provém a maior satisfação que pode existir. Satisfação de uma natureza tal que sua parte que perece junto com o corpo não tenha nenhuma importância, em comparação com a parte que permanece, que se torna atemporal. E quanto mais a mente compreende, tanto menos ela padece dos afetos que são maus e tanto menos teme a morte (Espinosa, 1983, *Ética V*, prop. 38). No cuidar, a compreensão não é de um fato isolado, e sim de uma totalidade que se expressa no momento presente. Uma compreensão intuitiva, diria Bergson (2006c). Para Espinosa, (1983): terceiro gênero do conhecimento.

Do terceiro gênero do conhecimento nasce, necessariamente, o amor intelectual de Deus. Um mínimo de corpo e um máximo de pensamento que nos percorrem na forma de lampejos ao mesmo tempo que diminuem em nós as variações do nosso ânimo, nossa reatividade, até o momento em que vivemos o amor intelectual de Deus. Amor sabedoria que pode ser explicado por meio da essência como errância da mente humana. Amor sabedoria considerado na perspectiva da eternidade (Espinosa, 1983, *Ética V*, prop. 36).

Desse modo, chegamos de direito ao corpo de passagem, corpo cuidador. O tumor passa, o sofrimento passa por nós, a morte se integra à vida e a mente age. O corpo de passagem como alma, apenas um mediador de intensidades em relação direta com a potência de afetação do corpo que definimos como doente. Relação de intensidades que ressoam entre si e ressoam na forma e, conseqüentemente, na vida.

Bergson (2006c) diria que esse movimento é a visão direta do espírito pelo espírito. Nada mais de interposto; nada de refração através do prisma em que uma das faces é espaço e a outra é linguagem. Uma visão que mal se distingue do objeto visto. Não há mais o espaço para demarcar a separação entre um corpo e outro, mas nem por isso as singularidades se confundem. Em outras palavras: a beira do leito se concretizou em nós. A vivência do corpo ressoou em proximidade com a Ideia do corpo proposta por Espinosa (1983). Uma experiência se concretizou; chegamos, como diz Nietzsche (2007), ao eterno retorno, momento no qual a diferença se diferencia nela mesma.

O que a beira do leito quer apreender de nossas vivências são apenas as coisas do espírito. Seu domínio quer apreender nas coisas, mesmo materiais, sua participação naquilo que a concretiza (Bergson, 2006c). Para um profissional de saúde, penso, se sentir como corpo de passagem, sentir em si esse tempo não pulsado, é o que Espinosa chama de viver a liberdade necessária.

Chegar ao ponto de não temer a morte. E quanto menos temer, tanto maior é a parte da mente que não é atingida pelos afetos que são contrários a nossa natureza (Espinosa, 1983). Natureza humana? Em parte. Em outra parte: uma Ideia atemporal, um espírito ou duração, como prefere Bergson (2005).

Na relação com o nosso paciente “terminal”, ele, em nenhum momento, se viu como terminal. Alguma coisa de eterno tocava aquela vida. Avançamos juntos, até o momento em que ele começou a sair da cama e tomar seu banho sem ajuda. Fomos um pouco mais, e desejou voltar para a sua casa. Saímos do hospital e fomos juntos com ele. Novos contatos, repetição, insistência, uma única malha deu sinal de vida. Para a rede ele continuava sendo um paciente terminal, mas isso não impediu um pequeno alinhavo. Alguém se disponibilizou a realizar seus curativos.

Contatos e mais contatos, perseverar no ser. Dentro das possibilidades dele: ele voltou para casa. Dentro de nossas possibilidades: construimos as condições dessa volta contando com o apoio do grupo de cuidados paliativos do hospital, fornecendo orientações para um melhor tratar desdobrado em ações cuidadoras.

O que se transformou em experiência? Talvez disponibilidade. O que isso tem a ver com a saúde do trabalhador de saúde? Talvez sentido para viver. Talvez aproximar a inteligência prática, utilitária, especulativa, previsível e necessária do pensamento, ou, como diz Espinosa (1983), do amor de Deus em nós. É avançando passo a passo na disponibilidade que nos esquecemos do relógio do tempo e vivemos com os pés no chão a eternidade e a atemporalidade em nós, segundo Espinosa.

V. A BEIRA DO LEITO E A VERDADE EM FOUCAULT

Em certo momento de minha vida profissional, vivi a seguinte vida: cuidar de um corpo – e, de início, digo corpo em toda a sua materialidade e não vida. A minha função protocolar, naquele momento, era fazer curativos em um corpo com três úlceras enormes. Uma em cada superfície trocantareana, e outra na região do sacro, as chamadas úlceras de pressão. O objetivo era bem delimitado ao tratamento das feridas.

As três úlceras já se encontravam com grande quantidade de tecido necrótico, odor extremamente fétido que tomava conta de toda a enfermaria, além de exposição óssea nos três segmentos. A cada dia, em média, eram quase três horas de procedimento, retirando, sem necessidade de anestesia, parte daquele corpo apodrecido.

Durante o procedimento, aquela vida, um cidadão negro, enorme, com voz de desesperança, me perguntou: *“Como que isso aconteceu comigo, tão rápido?”* Eu tentei responder: *“É, às vezes, isso acontece em poucas horas quando se permanece na mesma posição, em outras situações pode levar um dia ou mais.”* A conversa prosseguia e eu continuava o curativo sem ele se queixar de dor.

Ele ia me indagando e se indagando ao mesmo tempo: *“O que vai ser de mim?”* Poucas palavras para responder. Minhas pausas eram longas diante de um futuro incerto com prognóstico muito sombrio. De vez em quando, alguma coisa escapava e eu dizia: *“Vamos trabalhar dia a dia.”* Ele retrucava: *“E vai demorar muito tempo para sarar?”* Eu pensei comigo, sem responder: *“Acho que não vai sarar.”*

No entanto, desviei a resposta e disse-lhe: *“Sim, vai demorar muito tempo, vamos ter que ter paciência, vai ser dia a dia, e a cada dia eu vou te falando como está indo.”* Enfim, o desastre no corpo era tão grande que durante as mudanças de posição no leito, para mudar de um curativo a outro, ele nem de dor se queixava.

Normalmente, ao término do curativo, ao sair da enfermaria, sua esposa estava no corredor a me aguardar, quase sempre com as mesmas indagações: *“E aí, como estão as feridas, você acha que estão melhorando?”* As respostas para ela não mudavam muito. *“Pouca coisa, o trabalho é lento, mas dá para se perceber pequenas melhoras”,* eu respondia. Em tom de sofrimento profundo, ela me disse: *“Estou com medo dele não voltar*

para casa. Você acha que ele pode morrer?” “Difícil responder... Cada paciente responde de um jeito, só o tempo vai dizer”, respondi.

No hospital, normalmente, é assim: temos o paciente e, às vezes, seu acompanhante. O que nós, profissionais de saúde, quase não percebemos, em muitas situações, é que existe o doente com sua doença, porém, quando nos aproximamos, ou melhor, quando permitimos que o acompanhante se aproxime de nós, não é raro sentir que o sofrimento maior, em muitas situações, é o dele.

Apesar de termos políticas públicas pensando nesse personagem (o acompanhante), pouco dessa política, pelo menos em minha experiência, foi incorporada à vida em saúde. Alegamos diferentes motivos para não tê-los por perto: a gravidade do paciente, a falta de condições de hotelaria para o seu bem-estar, a possibilidade de ele ser um agente de transmissão de infecção hospitalar, o fato de ele ser idoso ou jovem demais para estar em um ambiente tão insalubre, e muitas outras maneiras de afastá-lo.

Mas fato é que, sem desconsiderar essas justificativas, o acompanhante nos incomoda. Ele quebra nossa rotina, desmonta o nosso planejamento e retira-nos de um movimento retilíneo para um movimento espiral. Em outros termos: ele não faz parte do nosso planejamento. Somos, em grande parte, muito organizados para darmos conta de nossas tarefas e muito pouco disponíveis para as exigências do espírito.

O acompanhante – este, em muitos casos, semideus do doente – é para nós, quase sempre, um observar indesejável. De certo modo, ele é o paciente sob outras condições. Seu ângulo de observação, por mais humilde que seja, é crítico sobre o nosso fazer no que diz respeito às necessidades do seu ente querido. Além disso, ele, em se tratando de enfermagem, percebe toda a nossa dinâmica. Isso nos incomoda. Ele, quase sempre, pergunta demais, retirando nossa atenção de nossa objetividade. E, quase sempre, respondemos com meias respostas, respostas vagas que, muitas vezes, seu olhar denota insatisfação.

Nesse contexto, aparece uma diferença elementar, porém nem sempre visível, entre o tratar como uma atividade intelectual que se utiliza do saber apreendido academicamente, em que a *performance* do sujeito faz a diferença, e o cuidar que envolve o ser do sujeito, como diz Foucault (2006).

Em tais termos, o profissional comparece dentro dos limites cognoscentes, e o ser do sujeito, uma emanção do espírito, cuida da vida do paciente incluindo tudo e todos que podem contribuir com a sua recuperação. É o ser alma jamais como um fato dado ou como

resultado de conhecimentos apreendidos, e sim como ato de criação do e pelo sujeito diante das circunstâncias da vida que exigem uma ultrapassagem nele mesmo.

Nesse movimento permanecemos: eu, o doente e sua acompanhante cuidando das feridas dele e de nossas vidas por, aproximadamente, 150 dias. Eu indo para casa, vivendo outras atividades, tocando minha vida, folgando nos fins de semana, e eles lá. Ele preso no leito diante de uma pequena televisão distante de seus olhos, em companhia de outros cinco pacientes que pouco se comunicavam entre si. De vez em quando alguém tinha alta, outro era transferido para o centro de tratamento intensivo e, com muita frequência, alguém evoluía para óbito. E ela, acompanhante, dentro de suas possibilidades, vivendo junto com ele um desdobramento que desenhava um final já expresso em seus medos.

A cada plantão algo de novo acontecia, mas o olhar dela era o que mais me tocava. Olhar pelos cantos, chegando pela beirada do leito como que escorregando pelas grades da cama até criar coragem de cumprimentá-lo. Sempre uma palavra animadora expressa por uma voz retida por muito medo. O sofrimento dela se expressava como o de alguém que tinha uma bomba na mão e não sabia em que momento ia detonar. No entanto, ela retinha em si esse medo e liberava para ele o amor que nada podia corromper.

Muita coisa aconteceu nesse período, e as perguntas que faço para mim continuam as mesmas: quem cuidou de quem? Tratar eu tratei, ao realizar os curativos e ao utilizar todo o conhecimento sobre o que e como usar. Mas e o cuidar que não se restringe ao conhecimento adquirido e, mais precisamente, a vida que se desdobra no corpo, ou seja, o espírito: quem cuidou de quem?

Nesta indagação, a beira do leito me remete a Michel Foucault (2010) e o tema da *parrhesia* grega, o tema da verdade. *Parrhesia*, uma espécie de verdade silenciosa que me envolvia e me dizia com muita consistência: ao cuidar dele, você está cuidando de você. *Parrhesia* que diferente da confissão, na qual a fala é dirigida a um outro, exige uma escuta daquilo que é dito por um mestre, é o discípulo que dessa vez deve se calar para que a verdade possa chegar até ele (Gros, 2004b).

Para mim, pesquisador: possibilidade de rever as práticas em saúde e de fortalecer aquilo que só pode ser sentido. Uma espécie de saúde que ultrapassa os limites da matéria e conecta-nos como Uma vida (Deleuze, 1997). Uma vida inteiramente presente e contraída naqueles poucos momentos em que eu permanecia ao lado dele como valor maior da

existência. Como se não tivesse mais nada a desejar, despojando toda a minha duração no instante de um presente absoluto.

Parrhesia e beira do leito, dois nomes que se misturam, se confundem e falam da vida como uma única verdade, uma prova a ser vivida sem trégua. Uma espécie de convite que, no máximo, aceita adiamentos.

A *Parrhesia*, nessa situação em particular, me alertava a cada momento sobre a importância de viver essa contração do tempo em mim, no limite de minhas possibilidades. Nesse paciente eu senti meu passado inteiro se dobrando diante de um corpo que pouco tinha a oferecer, no entanto, diante de uma vida que não arredava pé em se experimentar e ultrapassar seus limites, independentemente dos acidentes que a envolviam.

Era como se o “meu” espírito, espírito desdobrado em mim, me dissesse: *“Não tenha pressa, sinta os detalhes dia a dia, olhe profundamente no interior desta ferida, não despreze de imediato os restos de pele e carne podre que são retirados deste corpo, faça o que tem que ser feito, implique-se com o seu fazer, mas preservando-se nesta pequena película, neste limiar sutil, essa beira de leito que te acolhe e em que nada falta, para que não confunda a tua experiência com a dele.”*

A experiência à beira do leito é um potente veículo de rupturas das ilusões que induzem pela via da percepção psicológica a separação entre os vivos. E ao quebrar as ilusões de separação, ela coloca em evidência um potente mecanismo de construção de vínculos, em que todos estão ligados a todos sem que cada um perca sua singularidade.

Aquelas feridas, de certo modo, também eram minhas. O cuidar que se atualizava por mim também passava por ele, e desse modo o desejo como processo de produção entra em movimento, conectando forças em relação num dinamismo espaço temporal-temporal outro.

Desse modo, diante do cuidar, toda e qualquer hierarquização entre os humanos dá lugar a agenciamentos entre forças que em si conjugam fluxos e limiares sempre no sentido da produção de novos arranjos, que podem tanto intensificar como aprisionar as intensidades vitais (Neves, 2009).

Eu não senti dor nem senti piedade em nenhum momento, fiz o que deveria ter feito dentro de minhas possibilidades, mas a cada dia, a cada curativo, aquele encontro tinha um sentido de *religare*, uma espécie de comunidade que se constrói no movimento entre os homens. Movimento do espírito que foi, aos poucos, me colocando a cada dia mais em relação comigo mesmo. Nesse movimento, diferentemente de um ser identitário, o que

experimentamos é muito mais: uma vida, uma força da natureza, um entendimento de que era ali o meu lugar, um sentido de virtualização cuidadora se atualizando entre nós. A vida cuidando de si mesma.

Para Deleuze (1999), uma virtualidade corresponde sempre a uma problemática. E em meio a essa experiência, eu fui percebendo o quanto essa problemática e a minha história de um profissional eminentemente técnico foram se desviando para um profissional cuidador. A cada dia as tecnologias duras iam e continuam perdendo primazia no meu fazer. Elas têm o seu lugar, mas também o seu limite. Permaneço nesse limite com muito zelo, mas a cada dia é um esforço muito grande dar conta dessa convocação necessária.

A cada dia eu me sinto mais à vontade diante do trivial da beira do leito. Vou fazendo os curativos, os procedimentos, converso com o paciente com os acompanhantes e sempre com muita atenção a cada gesto e em cada movimento visível ou não visível que ronda o meu corpo. Com isso, a cada dia vou me sentindo mais à vontade, tem alguma coisa de expansão que vibra no corpo e por entre os corpos como uma espécie de brisa suave, algo tranquilizador no espírito diante das muitas espécies de dores que inundam e inquietam uma vida hospitalar.

A cena das feridas, aparentemente mórbida, é comum em um hospital e se repete num mesmo dia em várias enfermarias, nada de novidade. Porém, o que proponho para pensar a *parrhesia* não é propriamente a cena, mas o que se vive, como se vive e o que se pode experimentar como verdade à beira do leito, esse intensivo pleno de experimentação da vida preenchido com muita vitalidade ou morbidade, dependendo do modo que se vive. Aqui, penso eu, é no modo como se vive à beira do leito que se define o que é saúde ou doença.

Na potência me atualizo como vida, uma ontologia do ser em mim. Na impotência eu crio distância, adoço e fico preso aos acidentes. Esses dois extremos são experimentados com frequência numa vida hospitalar. As palavras, os corpos, dizem isso a cada instante. Porém, para a beira do leito, como diz Espinosa (1983), tudo isso é adequado.

A inadequação está só no vivente. A tendência do espírito, como uma pressão constante, numa determinada direção, é insistir sempre na mesma cena, às vezes com atores diferentes, mas sempre retornando para diferenciar a matéria diante de um problemático. É a matéria que vai deixando de ser algo inerte e se espiritualizando diante de cada acontecimento, ao mesmo tempo que o passado vai se avolumando e tocando de forma cada vez mais consciente a ação do presente (Bergson, 2006a).

Do tratar ao cuidar há um nó problemático, uma verdade, um “ser ‘paresiástico’ real em vias de atualização, e o corpo como extremidade, como ponta da duração, sente os efeitos desse movimento. Na maioria das vezes inconscientemente, mas sente, e de diferentes maneiras. Uma verdade que não se separa do ser e, mesmo sendo virtual, é real.

O “mundo” hospitalar é um mundo do inusitado. São muitos fluxos de energia, em ritmos muitos diferentes. A atenção sobre o corpo é fundamento para se sentir nesse movimento como uma prática que pode ser experimentada como uma verdade que se concretiza a cada momento de diferentes formas.

A *parrhesia* como verdade é uma noção que Foucault encontra nos gregos e significa o “dizer tudo”, mas na verdade ela é traduzida com muita frequência por fala franca, liberdade da palavra, veridicção (Foucault, 2010). A apropriação desta noção, neste momento da pesquisa, tem como objetivo fortalecer a prática como única verdade possível para um experimentador que não é, propriamente, o enfermeiro ou um profissional de saúde, e sim o “entre”, a beira do leito que se concretiza e se atualiza produzindo um ser do sujeito, um ser portador de uma experiência.

Digo isso porque, no caso do curativo citado, outros profissionais chegavam perto e nada perguntavam. Outros faziam pequenos comentários, outros olhavam de longe e outros ofereciam ajuda, além daqueles que faziam os curativos quando eu não estava presente. Em relação a sua acompanhante, os comportamentos dos profissionais também eram muito variados. Ela tinha medo de alguns, simpatia por outros, diferentes sentimentos compareciam.

Entendo que cada profissional nessa vivência produziu uma experiência possível à beira do leito, uma experiência que é inseparável de um espírito que se desdobra no tempo e a cada movimento produz novos agenciamentos para que a matéria se expresse cada vez mais com fluidez, adquirindo contornos cada vez mais plásticos numa urdidura que avança fio a fio em consonância com o momento de cada um.

Importante nessa fluidez é que a vida que vive no corpo independe da existência de objetos, de utensílios e de toda parafernália que domina o ambiente hospitalar. Desse modo, não existe uma vida que morre, e sim a incapacidade do organismo de expressar essa vida.

Assim talvez, em parte, seja a presença de vidas enfraquecidas, vidas mortas em vida, diante dos doentes, um fator de difícil conciliação com as práticas oficializadas como práticas de saúde. É a resistência que precisa ser sentida e trabalhada diante de cada novo encontro produtor de experiência. Uma experiência que para a beira do leito não recebe nenhum tipo de

juízo, ou seja, nem melhor, nem pior, apenas uma experiência. Qual é o acontecimento nesses encontros? Que verdade pode ser vivida como transformadora da vida? Para Foucault, só o cuidado de si pode acessar essa verdade. O conhecimento como um corte do real atende a outros propósitos, não ao entendimento do espírito.

Com o cuidado de si proposto por Foucault, podemos afirmar que o conhecimento não pode acessar, não pode afirmar essa verdade. Porém, afirmando ou negando o momento presente, há sempre uma experiência em movimento, e é nessa experiência que a beira do leito vai produzir diferença intensiva. É o espírito, em movimento espiral, tocando a cada volta a experiência anterior, num eterno recomeçar que nunca é o mesmo e a cada movimento vai espiritualizando a matéria. É a duração em Bergson (2006b) dando sentido às práticas em saúde.

Voltamos à duração em Bergson e ao avolumar de um passado que empurra o presente na direção de um porvir que é sempre novidade. Essa novidade é a novidade de um espírito que, na relação com a matéria, vai criando as condições de esta incorporá-lo cada vez mais com fluidez. O passado conserva-se por si mesmo, automaticamente inteiro, sem dúvida ele nos segue a todo instante, tudo imanente e num mesmo movimento (Bergson, 2005).

A indiferença e a fragmentação, se existem, são apenas da inteligência prática que não pode atualizar plenamente a vida em sua totalidade, ela sempre parcial e direcionada para os interesses práticos (Bergson, 2006c).

Para Bergson (2005), o mecanismo cerebral é feito exatamente para recalcar a quase totalidade do passado no inconsciente e introduzir na vida consciente aquilo que é de natureza iluminar a situação presente e ajudar a ação que se prepara a um trabalho útil. Fora isso, tudo está registrado no tempo do espírito, tempo sem tempo, bola de neve, onde nada se perde. Mas é com o nosso passado inteiro que desejamos, queremos e agimos e nos confrontamos com o nosso presente, que sempre passando é, em parte, uma ilusão diante de uma duração, uma vida espiritual que a tudo envolve.

Para Foucault, há duas vertentes no pensamento filosófico: uma em que existe a primazia do conhecimento de si, conhecimento que ele define como vertente filosófica, em contraposição ao cuidado de si que ele denomina como vertente “espiritual”. Portanto, duas modalidades de conceber e praticar a filosofia, duas vertentes de pensamento na historiografia filosófica (Foucault, 2006).

Na vertente filosófica prevalecia o conhecimento representativo, uma forma de pensamento que se interroga sobre o que permite ao sujeito ter acesso à verdade, forma de pensamento que determina as condições de acesso à verdade, e somente ele, um sujeito cognoscente, pode ter acesso à verdade (Foucault, 2006).

Na “espiritualidade”, como forma de pensamento e de prática, a verdade não é alcançada nem alcançável pelo sujeito no simples ato do conhecimento, nem é o conhecimento o princípio de investigação. É o ser do sujeito, ser alma que está em jogo, e é esse o preço que ele tem de pagar para ter acesso à verdade. A exigência para a verdade passa pelo ser do sujeito e por todo um conjunto de práticas, experiências de purificações, ascetes, renúncias, conversões do olhar, modificações da existência, não do sujeito, e sim do Eu como alma.

Portanto, com a vertente espiritual não existe um direito à verdade concedida a partir de um conhecimento fora do sujeito. A verdade jamais é dada ou legitimada por uma estrutura na qual o sujeito está inserido. O que está em questão é que o sujeito se modifique, se transforme, torne-se outro que não ele mesmo para ter acesso à verdade. Existe um preço para a verdade que põe em jogo o ser do sujeito, uma conversão que arranca o sujeito do seu *status*, de sua condição atual, e nesse movimento a verdade “vem” até o sujeito (Foucault, 2006).

Uma forma de acesso à verdade que corresponde a um trabalho do sujeito sobre ele mesmo, elaboração de si para consigo em que o próprio sujeito é responsável por um longo trabalho de transformação progressiva para, finalmente, tornar-se capaz de acesso a verdade (Foucault, 2006).

É a verdade que “retorna” sobre o sujeito. Uma verdade que “ilumina” o sujeito, o que lhe dá beatitude, que lhe dá tranquilidade da alma. A verdade como alguma coisa que completa o sujeito; aquilo que nenhum ato de conhecimento, em si mesmo e por si mesmo, jamais conseguiria dar acesso à verdade se não fosse acompanhando, duplicado, consumado por certa transformação do sujeito (Foucault, 2006).

Entendo que, para o profissional de saúde, a beira do leito é o lugar da verdade, verdade como prática. Quando, por exemplo, volto ao caso do paciente com as feridas, ou nas situações trabalhadas nos capítulos anteriores, como na cena da parada cardíaca em que o paciente evolui para óbito e resulta naquela constrangedora saída de cena dos profissionais,

deixando pelo caminho rastros de uma fuga diante de uma temática que não pode ser vivida, a pergunta que se faz é: quais são os elementos parrhesiásticos que envolvem estes momentos?

A pergunta é: qual é a verdade que não envolve nenhum discurso, nenhuma retórica, nenhuma pedagogia, nenhum conhecimento, apenas uma verdade que se diz por si mesma? Talvez impotência, talvez finitude, limites do Eu diante do desconhecido, sempre acompanhados da enigmática e sempre presente morte, dando volta em torno de nós e remetendo-nos como um fenômeno de curta duração diante de uma existência sempre imprevisível. A morte, a forma derradeira do problemático, a marca da permanência do problemático acima de toda resposta, o Onde e o Quando? (Orlandi, 2010, apud Deleuze, 1993).

Porém, quando a morte é incorporada à vida, isso produz sentido. Um sentido, sentido como disponibilidade para uma vida que não é mais de um indivíduo. Para o profissional de saúde, penso que podemos começar pelo elementar. Um bom exercício, uma boa prática pode começar por incorporar o acompanhante e o doente como parte da equipe. Um elementar muito complexo. Tentar sair, dentro das possibilidades de cada um, desse lugar de autoridade que muito pouco ou nada contribui para a qualidade da assistência e muito menos para a saúde do profissional e para a vida como expressão, penso que é um belo exercício espiritual.

O que Foucault nos traz dos gregos é que *parrhesia* é uma técnica, uma arte que se aprende e se exerce tendo como exigência a relação com o outro. Não se pode cuidar de si mesmo, se preocupar consigo mesmo, sem ter relação com o outro. Porém, é função desse outro dizer a verdade necessária, uma palavra franca (Foucault, 2010).

Certo que Foucault (2010) está se referindo a um mestre, uma pessoa experiente, figura incomum na atualidade em nossa sociedade. Desse modo, quando me aproprio da *parrhesia* dos gregos e a remeto à beira do leito, é porque Foucault também nos diz que essa noção não se integra de maneira facilmente identificável e localizável dentro dessa ou daquela doutrina ou filosofia.

O que ele nos diz é que a *parrhesia* é um tema que corre de uma doutrina a outra, de um sistema filosófico a outro, sendo muito difícil identificar sua economia exata com longuíssimo uso no decorrer de toda a Antiguidade e com uma pluralidade de registros, sendo identificada tanto na prática da direção individual como no campo político e, até mesmo, em temáticas religiosas.

Nesta pesquisa, interessa entender a *parrhesia* tanto no seu uso no plano individual quanto em sua dimensão política, entendendo que esse individual está se construindo, permanentemente, em relação com o paciente, com os acompanhantes, com os outros profissionais, com a vida “social”, o que necessariamente remete a uma vida que é religiosa, mas apenas no sentido *religare*, ou seja, uma religação entre os homens que não se separa de uma política da vida, cenário esse em que o sujeito constrói-se a si mesmo e se produz como uma obra de arte a partir de ações práticas.

Foucault, depois de longas considerações sobre a noção, constata que a *parrhesia*, antes de ser uma verdade, corresponde muito mais a certo jeito de dizê-la, um modo que implica riscos para aquele que a profere, pois não pertence nem à erística e a uma arte de discutir, nem à pedagogia e a uma arte de ensinar, nem à retórica e a uma arte de persuadir, tampouco a uma demonstração, não podendo ser apreendida no interior dos discursos nem nos efeitos que ele propõe obter (Foucault, 2006).

A *parrhesia* é uma verdade em si mesma e, como tal, em quaisquer das formas que venha a ser dita, quando se recorre a ela, sempre há *parrhesia* quando o dizer a verdade é feito em condições tais que o fato de dizê-la, e o fato de tê-la dito, vai ou deve acarretar consequências custosas para aquele que as disse. Uma espécie de risco, um perigo em que a própria existência do locutor vai estar em jogo a partir dos efeitos agonísticos que a verdade produz no seu interlocutor (Foucault, 2006).

É neste sentido, penso eu, que a beira do leito, ou, mais precisamente, neste caso, o espelho refletido dos limites humanos diante da morte, funciona como um intempestivo que fratura a ordem dos discursos e abre um risco: possibilidade, campos de perigos de se ver e viver frente a frente com os limites do conhecimento. Uma veracidade que só pode ser experimentada na relação do ser do sujeito com ele mesmo, um conhecimento de si que só pode ser vivido por aquele que primeiro se cuidou.

É nesse contexto, penso eu, que está, exatamente, o perigo parsiástico da beira do leito. Isso porque aquele que não se cuida, obrigatoriamente, vai ter que montar estratégias fortemente defensivas para fugir da verdade que se encontra diante de seus olhos. Fugir de seus limites, de sua impotência, e nessa fuga pode remeter ao paciente uma indiferença que se manifesta tendo como alibi principal o conhecimento, sem ter a menor noção de que a verdade não vem do doente e sim daquilo que se produz no encontro entre profissional e paciente. Aquilo que o espírito que se experimenta no profissional já o constrange a enxergar e, simplesmente, os olhos do conhecimento não podem ver.

No entanto, o espírito não sossega diante da beira do leito. Não se trata de algo novo e sim de algo imprevisível. A única verdade que existe para o profissional de saúde é a beira do leito, uma verdade que não pode ser dada num único golpe. Por isso, a necessidade do tempo.

“O tempo é aquilo que impede que tudo seja dado de um só golpe. Ele retarda, ou melhor, ele é retardamento. Ele deve, portanto ser elaboração. Não seria ele então veículo de criação e de escolha? A existencia do tempo não provaria que há indeterminação nas coisas? O tempo não seria exatamente essa indeterminação? Se tal não é a opinião da maior parte dos filósofos, é porque a inteligência humana e feita justamente para tomar as coisas pela outra ponta. Digo inteligência, não digo o pensamento, não digo o espírito”. (Bergson, 2006c, p. 106).

Desse modo, nossa subjetivação viceja, cresce, amadurece incessantemente. Cada um de seus momentos é algo que se acrescenta àquilo que havia antes. Isto é vida espiritual (Bergson, 2005). Uma vida em que a beira do leito vai nos confrontando com uma visão que não mais corresponde aos sentidos e, sim, àquela que os místicos tibetanos definem como terceira visão. Em outros termos: intuição, que em Bergson nada mais é do que o movimento natural do espírito. *Flashes* de intuição, raros momentos conquistados à beira do leito, sinônimo de sentido apaziguador para uma vida que se cuida na exata medida em que cuida do outro.

Em suas pesquisas, Foucault nos leva através dos escritos de Galeno –*tratado das paixões* – e este nos fala de uma dupla temática: uma do cuidado de si (*epimeléia heautoú*) e outra a do conhecimento de si (*gnôthi seautón*). Para Galeno, o conhecer a si mesmo repousa num princípio geral que é o cuidar de si. Ninguém pode se conhecer sem cuidar de si; portanto, o cuidar é primeiro em relação ao conhecimento (Foucault, 2006).

Um cuidar que só é possível fazer de maneira contínua e permanente ao longo de toda existência, desde a juventude até a consumação da velhice. Só que Galeno apresenta como condição do cuidar o se dirigir a alguém, e este não diz respeito a um técnico – seja um técnico em medicina do corpo, seja um técnico em medicina das almas, seja um filósofo ou médico. Esse alguém, essa qualidade, para Galeno, corresponde ao parresiasta, isto é, à fala franca, ao mestre que, no caso do profissional de saúde, entendo como a beira do leito.

A beira do leito, um “entre” onde os valores estão o tempo todo sendo questionados. Um “entre”, penso eu, que se aproxima daquilo que Foucault denomina como uma dramática do discurso, ou seja, uma análise de fatos que mostra como o próprio acontecimento pode afetar o seu interlocutor, que, no lugar de negar os seus limites, hipótese para o conhecimento,

passa a incorporá-los. Hipótese para uma vida ética, abrindo em si “vazios”, lacunas sem respostas, a qual, pelo fato de não recorrer ao conhecimento apreendido, impõe a si uma agonística (Foucault, 2006).

Agonística que, aos poucos, vai remetendo o profissional de saúde de volta ao entendimento dos mesmos limites, sendo estes, nesse segundo momento, vistos apenas como uma dimensão da realidade que o conhecimento intelectual não pode experimentar.

Nesse sentido, temos a experiência como processo de dessubjetivação, como aquilo que arranca o sujeito de si e o impede de se repetir, levando-o o mais próximo possível de algo até então não vivível. Momento extraordinário, quando a experiência solicita, em uma definição radical, tão somente o inaudito, ou seja, aquilo que assimila não o que convém conhecer, mas sim aquilo que permite ao sujeito separar-se de si mesmo, um desapego que o lança como forasteiro na construção de seu próprio caminho (Foucault, 2006).

E a cada passo dado, “seu” espírito entra mais em ressonância com a matéria, um efeito que só pode ser sentido por quem ousou ir além de si mesmo sem sequer sair do lugar e pôde descobrir que o importante a saber já se encontra no seu pensamento. Um pensamento resultado do encontro das forças que incidem sobre o sujeito e força o pensamento a pensar. Um pensamento como lugar de desidentificação dele com ele mesmo e, ao mesmo tempo, de identificação com toda a humanidade e, talvez, com todo o universo.

Bem, mal, riqueza, pobreza, baixeza, nobreza, tudo nele, identificando-o com todos, tendo a ética como morada para bem usar esse ou aquele elemento, segundo as regras facultativas construídas numa vida estilizada. Nesta, a lei não se faz para os outros, se faz para si mesma, um trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento por oposição à história dos comportamentos ou das representações (Foucault, 2006). Uma vida traduzida como pura experimentação.

Uma vida que diz que no cuidar eu posso começar como categoria, mas que posso também romper silenciosamente com esse rótulo sem desqualificá-lo. E não se trata de buscar uma essência ou ir ao encontro de uma causa primeira, trata-se de uma ética como elemento transformador.

À beira do leito, eu posso me sentir um nada, mas um nada, como diz Nietzsche (2007), dançarino, um Dionísio que afirma a vida no seu instante presente e desestabiliza as normas hierarquizantes que prevalecem separando os sujeitos como se isso fosse um dado

natural. Uma transformação que, no lugar de se ressentir com as “injustiças”, se produz como resistência aos modelos instituídos.

São as nossas práticas que importam, são elas que fazem a diferença e inventam estratégias de desconstrução de modos de viver que não fazem mais sentido. Práticas como dobras ou aquilo que Foucault define como “arte da existência”, práticas por meio das quais os homens procuram se transformar, se fixam regras de conduta, modificam-se em seu ser singular e fazem de sua vida uma obra de arte, uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (Foucault, 2006).

Práticas que dizem que tudo está em relação com o doente, com os profissionais, com as políticas de saúde, com o mundo em que se vive e com o campo de forças que nos sustenta. É nos pequenos detalhes que se percebe que a vida faz sentido e que as viagens muito longas podem até rejuvenescer as coisas, mas podem também envelhecer a relação consigo mesmo (Foucault, 2006).

Diante daquela ferida, muitas outras feridas confrontaram e continuam confrontando o meu espírito e, talvez, daqueles a minha volta. Talvez aquelas chagas do paciente fossem apenas vesículas disparadoras, necessidade para que eu e talvez os outros pudéssemos olhar para chagas bem mais profundas que rondam a nossa pele, como meio de nos persuadir a encontrar novos modos de existir diante de uma realidade em que a exigência de uma vida ética toca sem piedade os corpos a cada instante.

Essa é a questão, penso eu, do cuidado de si proposta por Foucault (2006): não é a ferida do paciente a grande questão para o profissional. A ferida, se vista apenas pelo conhecimento, vai conduzir, unicamente, aquilo que defini como tratamento, ou seja, realização de prescrições, implementações de protocolos e todo *a priori* que a ciência pode fornecer, produzindo modos de subjetivação nos quais a relação consigo mesmo é cada vez mais distante do ser do sujeito, do ser alma. Situação de fragilidade, de produção de subjetividades sujeitadas e servis para um mundo impregnado de seduções cada vez mais voltadas para a extensividade, para as armadilhas do consumo e tudo aquilo que os cinco sentidos são vulneráveis. Aqui está o grande momento da alma. A sua relação não é com os sentidos, e sim com o que se experimenta como força da vida, como intensidade no uso que se faz deles. Isso faz toda a diferença.

Em linhas gerais, é a alma que filtra das vivências o que se produz como intensidade para a beira do leito. Desse modo, quando a ferida envolve um humano que se sente

coextensivo à vida em sua totalidade, a ferida em si deixa de ser uma questão apenas de um profissional que trata de uma lesão no corpo e passa a se consumir como uma experiência vital construída à beira do leito.

Contudo, nesse cuidado de si vertiginoso, os valores de identificação e reconhecimento vão sucumbindo e abrindo espaços para o ser do sujeito, um ser alma na qual a vida ultrapassa o simples conhecimento adquirido e cria em si as condições de uma crítica permanente, campos de possibilidades indefinidos de transformação do sujeito pela atenção com que vive e age no seu tempo presente. São as nossas práticas em evidência, dando sentido a uma vida estilizada que ultrapassa as ações movidas pelo intelecto e ressoa sobre o sujeito como experiência.

É exatamente nessa capacidade de atenção ampla que não se confunde com dispersão que entra em cena o ser do sujeito, um ser que dá consistência a uma vida sentida como movimento. Uma vida espírito que toca as bordas do presente ressoando com uma verdade que nada falta, verdade que Deleuze (1996) chama de corpo sem órgãos.

Corpo sem órgãos, nunca chegaremos a ele, mesmo ele estando em nós. Cada modo de viver é um modo de sentir, e sentir de diferentes maneiras, a mesma beira de leito. Um modo de viver que pode remeter à salvação da alma. Um salvar a si mesmo que não possui nenhuma conotação com uma vida posterior a essa ou a se livrar de impurezas. Ou como nos diz Foucault em suas pesquisas com os gregos:

“Quem se salva é quem está em um estado de alerta, de resistência, de domínio e soberania sobre si... “Salvar-se a si mesmo” quererá igualmente dizer: escapar a uma dominação ou a uma escravidão; escapar a uma coerção pela qual se está ameaçado, e ser restabelecido nos seus direitos, recobrar a liberdade, recobrar a independência. “Salvar-se” significará: manter-se em um estado permanente que nada possa alterar, quaisquer que sejam os acontecimentos que se passam em torno, como um vinho se conserva e se salva. Enfim, “salvar-se” significará: aceder a bens que não se possuía no ponto de partida, favorecer-se como uma espécie de benefício que se faz a si mesmo, do qual se é o próprio operador” (Foucault, 2006, p.226).

VI. O ESPÍRITO EM FOUCAULT É AMOR

Segundo Foucault (2006, p. 11), “o cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência”. O cuidado de si como uma forma de atenção que converte o olhar do exterior, dos outros, do mundo etc. para si mesmo e implica uma atenção ao que se passa no pensamento. Um olhar de si para consigo no próprio movimento dos acontecimentos que é inseparável do mundo que se vive e que se constrói (Foucault, 2006).

Diz respeito a um modo de viver afirmativo, pelo qual nos assumimos como sujeito e objeto de um longo trabalho de modificação, em que nos transformamos e nos transfiguramos, dando sentido a uma vida ética. Enfim, o cuidado como expressão de uma vida que conjuga em si uma prática que é pura experimentação de si para consigo como meio de alcançar a verdade (Foucault, 2006).

Para Foucault (2006), a verdade é o que ilumina o sujeito, a verdade é que lhe dá beatitude, porém não se chega à verdade sem que o sujeito se transforme, num processo de dessubjetivação, num trabalho de si para consigo diante de um conjunto de regras de conduta cuja oportunidade cabe a ele escolher e apreciar. Regras facultativas em que se é o próprio responsável por um longo labor, uma ascese que, em certa medida, leve o sujeito a abrir lacunas em si e, com isto, produzir “vazios”, zonas de “ócio” que liberem no espírito fluxos de luz que possam iluminá-lo a partir dele mesmo.

Um movimento que o filósofo define como movimento do amor, ou movimento de *eros*. O amor como princípio base de compreensão da filosofia como dimensão espiritual, na qual o indivíduo não se vê diante de uma normatividade exclusivamente sexual, e sim de uma erótica que possui como telos de cidadania o domínio de si, um domínio que impulsiona os sujeitos em direção a uma transformação, uma obra de arte engendrando-se como diferença existencial (Foucault, 2006).

Eros que é, fundamentalmente, aquilo que a experiência me diz que em um ambiente hospitalar pode resistir aos duros golpes da mecanização completa proposta pelos interesses utilitários que dominam, em grande parte, as práticas em saúde. Nesse sentido, encontrar *eros* em si é se tornar, de certo modo, aquilo que os estudos de Foucault (2006) definem como o ser do sujeito, um ser espiritual.

Um ser espírito que, na relação com o corpo, resiste e se experimenta diante dos imperativos da inteligência utilitária, utilizando-a na exata medida de sua função, e fora isso se distende como corpo de passagem para que o outro possa entrar ou, como prefere Foucault (2006), para que a verdade venha até ele, compondo em si uma multiplicidade de vidas ligadas entre si.

Vidas em suas heterogeneidades que implicam a desconstrução de estruturas fortemente blindadas por uma inteligência que se resume, em grande parte, ao medo de *eros*, ao medo de si mesmo como expressão do amor. Desse modo, com Foucault (2006), transvaloramos o medo da morte e penetramos com *eros* nos labirintos do amor. O amor como uma forma de morte do sujeito para que o ser do sujeito possa vir à superfície.

É em *eros*, penso eu, que encontramos a verdadeira “matéria” intensiva que, sendo única, tudo acolhe diante de uma beira de leito que tudo afirma. Uma beira de leito que deseja reinserir o ser do sujeito naquilo que de direito lhe pertence, ou seja, no fluxo da vida na forma de experiência.

Com Foucault (2006), pudemos ver que não se vive plenamente esse movimento sem uma reserva de “si”. Uma reserva para uma vida que, apesar de sua efetuação no plano das vivências, guarde para o espírito um estado de ócio para que *eros* possa se expressar como movimento de um desejo que nada falta (Deleuze&Guattari, 2010). Um desejo que transborda em si mesmo e que inundou nossas vidas ao compartilhar nossa rotina hospitalar com as experiências de vida de T e sua mãe MT. T nasceu aparentemente saudável, porém, após o terceiro dia de vida, começou a ficar com uma tonalidade amarela de face que rapidamente evoluiu para os olhos e progressivamente para o restante do corpo. O acúmulo do pigmento (bilirrubina) se elevou acima dos limites de absorção do organismo em proporções tóxicas que causaram danos irreversíveis e progressivos ao seu sistema nervoso central.

No meu primeiro encontro com T, ela já se encontrava com 26 anos, situação rara, pois segundo a mãe, os médicos, na época do seu nascimento, afirmavam sobrevida por curto tempo, podendo evoluir para morte em questão de dias ou meses. A mãe disse-me que não aceitou esse prognóstico e afirmou enfaticamente aos médicos que sua filha iria viver por muitos anos e, talvez, até mais que ela.

Durante os primeiros anos de vida, T, mesmo com acompanhamento fisioterápico, desenvolveu rigidez muscular generalizada com espasmos frequentes de toda a musculatura, tornando-se completamente rígida, restando-lhe como meio de contato com o mundo seus

olhos e um discreto movimento da face, principalmente dos lábios – meios de comunicação que, para a sua mãe, eram suficientes para compreender tudo o que a filha desejava lhe comunicar. Compreensão que, penso eu, diante dos relatos intensos de MR, jamais foram da ordem do intelecto, compreensão que me remete a uma fusão entre almas, ultrapassando a materialidade dos corpos e chegando ao pensamento na forma de amor.

Um amor-desejo em forma de emoção. Emoção que, segundo Deleuze (2006), independe das afecções dos corpos, ultrapassa os limites dos sentidos, emoção que existe em si mesma na forma de intensidade. Uma emoção capaz de deflagrar um erotismo que independe da materialização do prazer descarga e se afirma como desejo; um desejo que nada falta (Deleuze&Guattari, 2010). No lugar de um prazer descarga ou um tipo de satisfação que nunca cessa a sua busca diante de uma necessidade nunca preenchida, uma transposição nos limites da forma, ligando os humanos num plano pré-individual. Plano das Ideias, em que tudo é perfeição.

Diz a mãe: *“Diante da dor, o rosto dela assume determinados contornos que rapidamente eu percebo seu desagrado, ou numa situação de descontentamento comigo ou com outra pessoa muda de expressão, ela faz ‘bico’ com os lábios. Em caso de tristeza ela faz uma contração no rosto de modo que ele recai sobre ele mesmo.”* Nessa coexistência entre vidas, MR foi percebendo no rosto e nos olhos de T diferentes expressões diante de cada afeto experimentado a ponto de elas compartilharem uma verdadeira conexão afetiva.

Novos arranjos que iam se mostrando e sendo incorporados a MR, ligando as duas como se fossem dois corpos interligados por uma mesma alma, em que cada uma assumia aquilo que permitia às duas afirmarem um desejo de viver, independentemente das limitações da forma física.

O acontecimento vida se afirmando nelas e elas afirmando o acontecimento num entendimento de uma causalidade que só o amor pode dar conta, nunca o intelecto. Experiência recente vivida por este pesquisador diz que isso não é coisa só de mãe, como costumam dizer. A experiência afirma que esse tipo de conexão acontece também entre pais, filhos ou amigos. O desejo metamorfoseado em amor é sempre plural.

Diante das circunstâncias, T, como todo ser humano, tem os seus momentos de felicidade. Uma felicidade que se reflete na força irradiante de seus olhos. Olhos verdes como pérolas, transbordando vitalidade por todos os cantos, ao mesmo tempo que contagiam e revigoram as forças de sua mãe e de todos que conseguem se conectar nela.

O relato da mãe sobre T foi o que mais chamou a minha atenção. Ela afirmou categoricamente que a filha não era doente, que era apenas diferente, não aceitando em hipótese alguma que se referissem a T como um ser humano em estado vegetativo. Não, diz MR, *“minha filha só é diferente, ela é do jeito que ela é e, desse jeito, eu digo pra você, enfermeiro, não é ela que precisa de mim, sou eu que preciso dela. Ela é a minha vida, ele sente quando eu estou triste, sente quando eu sinto dores, e seus olhos vibram com a minha felicidade”*.

Em parte, penso eu, MR tem razão, pois, para o corpo sem órgãos, não existe espaço para imperfeição. Talvez por isso Espinosa (1983) afirme que ao cego nada falta – então porque iria faltar a T? Nada faltava a T na beira do leito, e quando ela dependia da expressão da forma, o que lhe faltava era preenchido pelo amor de sua mãe. Um tipo de ascese em que o sujeito se transforma, um saber que não atende aos ornamentos da cultura e vincula os humanos por experimentações que remetem a uma única vida. Ou como diz Foucault (2006), são saberes que uma vez adquiridos modificam o ser do sujeito.

Dizia-me MR: *“As pessoas lá na terapia intensiva me perguntavam com quem eu revezava durante os dias e as noites para acompanhar minha filha. Eu brincava com eles e falava: de dia fica M, à noite chega a R para me substituir.”* Mas isso cansa, como você aguenta? *“Pequenos cochilos ao lado dela são o suficiente para eu ser sempre outra a cada dia.”* A ligação entre elas ultrapassava os limites da expressão e afirmava-se no plano das intensidades.

E desse modo a energia vital fluía entre elas nos limites mínimos de resistência da forma. Atividade no lugar de reatividade, na qual a alma filtra da pura imanência aquilo que o corpo pode receber, nem mais nem menos, dose certa em conformidade com os exercícios, as ascèses que o movimento do espírito é capaz de qualificar para criação, conservação e manutenção da forma. O desejo agenciado na forma de magnetismo agregador de vida, uma vivência produtora de experiência – fora isso, a beira do leito é pura neutralidade.

Falou-me MR: *“Um dia desses apareceu aqui na enfermaria um pessoal da igreja, um pastor para fazer uma oração. Durante sua prece, ele pedia a Deus que eu tivesse forças para aguentar esse peso em minha vida. Interrompi de imediato sua oração. Não, senhor, o senhor está enganado, ela não é peso algum, ela é a razão da minha vida, um presente que Deus me deu. Sem ela, pastor, eu não sou ninguém.”* Uma única vida, dois modos de expressão entrelaçados por eros.

“Não sei porque, enfermeiro, que as pessoas acham que ela é um fardo. Algumas pessoas me dizem que quando Deus dá alguma coisa assim pra gente é porque nós merecemos. Como as pessoas inventam loucuras, eles dizem que merecemos passar por um sofrimento. Não, enfermeiro, eles estão errados, ela é um presente de Deus em minha vida.”

“Tive mais dois meninos e uma menina. A menina nasceu sadia e com onze meses, sem uma explicação muita clara, durante a noite começou a ficar roxinha e não deu tempo de chegar ao hospital. Os médicos disseram que foi pneumonia. É ela que era perfeita, dá pra entender isso? Os outros dois meninos estão bem, o pai me dava trabalho como se fosse outro filho. Não aguentei e nos separamos. Como continuei vivendo? Eu trabalhava numa fábrica de confecção de roupas durante a noite. Saía de casa e já deixava os três dormindo e voltava no dia seguinte antes deles acordarem, nunca aconteceu nada demais.”

Por não conseguir se alimentar, T precisou fazer uma gastrostomia, além de uma traqueostomia para facilitar a respiração. Durante esses anos desenvolveu várias pneumonias de repetição, e próximo da última internação abriu feridas nas nádegas. *“Mas enfermeiro”, disse-me a mãe, “assim que ela ficar boa ela volta para casa”. Pergunto eu: “Mas mesmo assim você não acha que ela está doente?” “Está agora, como todo mundo fica, mas depois que ela sarar disso, ela é apenas minha filha.”*

O meu primeiro contato com T, numa grande emergência, foi por meio do seu lindo sorriso, ali o vínculo já estava em construção. Eu estou errado. A construção já tinha acontecido num outro tempo, numa lógica outra, somos apenas efeitos, ali foi só efetuação. No meu movimento ao redor do leito seus olhos me acompanhavam com muita ternura, como alguém já conhecido há muito tempo.

Ao fazer seus curativos, a tensão do ambiente ia mudando como se o peso do corpo fosse se tornando vapor. Estávamos nesse momento construindo diante do tratar um plano de consistência, um plano de imanência cuidador, ao mesmo tempo que produzíamos, como prefere Foucault (2006), um ser alma, um ser do sujeito.

Uma construção sentida a partir de certo distanciamento do corpo como objeto diante da experiência à beira do leito. Um ser do sensível em pleno movimento, duas dimensões práticas: o tratar e o cuidar agenciadas pela força do desejo. É aí que afirmamos que ao desejo nada falta. É aí que perguntamos: quem cuidou de quem? Não tem o quem, simplesmente vida em movimento, devir no ser.

E quanto mais a mãe se referia a ela como parte indissociável de sua vida, mais tênue e rarefeito ficava o ambiente, e nós, nos vitalizando, nutrindo-nos do elã vital diante daquele ambiente de dor. Quanto mais sentido pelo corpo, mais a beira do leito ganha consistência. Mais a dimensão do ócio se amplia em nós e deixa para a razão lógica apenas o seu devido lugar.

A mãe, depois de um determinado tempo, perdeu o emprego e foi morar perto de alguns parentes, que também possuíam uma pequena fábrica de confecção de roupas. Os dois meninos, mais novos, estão bem e já conseguem se virar, diz MT. Quando precisam, os parentes dão uma ajuda.

MT deixava na enfermaria sempre uma poltrona ao lado da cama da filha, situação que desagradava parte da enfermagem pela limitação do espaço, e talvez por nossa dificuldade de compreender que, em algumas situações – sem desconsiderar as questões de segurança, como por exemplo, a infecção hospitalar –, que a regra em muitas situações foi feita para ser quebrada. É nessa hora que aparece o ser do sujeito e desaparece o instituído congelado no profissional.

Não tinha jeito, de vez em quando alguém solicitava para que ela deixasse o sofá no canto da enfermaria. Ela ia e depois voltava e as solicitações continuavam. Disse-me que fingia que não entendia e na primeira oportunidade voltava para o lado da filha. A enfermeira plantonista disse que esse era um problema que eu tinha que resolver.

Resolvi não fazendo nada. Também fingi que não entendi. Apenas expliquei em detalhes para MR todas as medidas referentes ao bom cuidado na prevenção da infecção hospitalar. Ela, inteligente e com grande experiência em vida hospitalar, me disse: *“Enfermeiro, já conheço tudo isso, até aviso aos profissionais quando eles não usam o álcool gel.”*

Na hora do almoço, MR se alimentava ao lado de T. Prato na mão sem nenhum constrangimento. Hora do lanche, a mesma coisa, sem nada se queixar. O ato se repetia no jantar. De vez em quando, ela tirava T da cama e colocava-a no seu colo, fechando um círculo que mal dava para perceber quem era ela e quem era a filha.

Depois do banho e dos curativos, T era arrumada pela mãe como se fosse uma princesa. Cabelos bem penteados com um laço de fita azul sobre eles, irradiando pelo rosto brilhos de alguém que habita um mundo outro, mundo que os mortais não podem acessar.

“*Eu vejo apenas movimentos.*” “*Enfermeiro, o mundo da minha filha é outro. É aí que está o segredo, é aí que ninguém entende, é nesse mundo de amor que nós vivemos.*”

É preciso cultivar a dimensão do ócio em si para não se ficar preso ao rigor dos protocolos. Dimensão do ócio, condição imprescindível para se vitalizar diante de um ambiente performado para cumprimento de regras e normas que endurecem e mortificam a sensibilidade.

A experiência de T e MR se repete de diferentes maneiras em nosso dia a dia. É só uma questão de cultivo da dimensão do ócio, cultivo na atenção de si para consigo, para a sensibilidade ir se distendendo e fazer de nossas vivências experiências que produzam a cada nova experiência um ser do sujeito, um ser alma (Foucault, 2006). Nesse sentido, o ócio deixa de ser uma dimensão fora do sujeito ou de atividades que não dizem respeito a um fazer profissional e se insere como elemento constitutivo da própria vida ou daquilo que denominamos como corpo de passagem.

Há de se sentir em plena atividade e ao mesmo tempo saborear o ócio para não se deixar ser invadido em sua totalidade pela inteligência utilitária. Nesse sentido, afirmamos que é possível viver na dimensão tempo-espaço utilizando-se da inteligência prática naquilo que lhe compete e, ao mesmo tempo, no “vazio” reservado ao ócio, *u-topus*, no qual o espírito flui numa dimensão atemporal, dimensão de *eros*, dimensão do amor não como algo platônico, mas plenamente incorporado às nossas práticas.

Desse modo, *eros* não está nem mesmo distante de nós, ele vive em nós e se expressa de muitas maneiras, fundamentalmente como atualização do cuidar. Com *eros*, voltamos à disponibilidade, voltamos à condição primeira de construção de um corpo de passagem, e que faz passar o que potencializa a vida em forma de amor sem estar desatento com os perigos dos jogos de poder inerentes à jornada. *Eros*, presente no dia a dia de nossas práticas, que, de imediato, me remete a pensar em MHF.

Ela, uma técnica de enfermagem, expressão de *eros*; estranhamente, muitos funcionários não se sentiam bem ao trabalhar ao seu lado. Conversava demais com os pacientes, dava muita atenção aos acompanhantes, e a cada medicação ou procedimento que ia fazer, o tempo gasto era incompatível com a produtividade necessária às exigências do serviço.

Ela sempre parava pelo meio do caminho para dar atenção a alguém. O meio, ou melhor, o “entre” era, e é, o seu elemento vital, sua dietética. Coisas elementares: como

chegar ao Serviço de Radiologia, ao laboratório, ambulatório etc., ela meio que se perdia com a informação e ia meio junto com o solicitante até o setor correspondente.

Desse modo, o ritmo do trabalho perdia o padrão tão determinado e marcado pelo rigor do relógio. Com o seu modo de ser, ela desmontava o tão bem estruturado começo, meio e fim metodicamente planejado para o cumprimento das tarefas, num serviço em que a demanda determinava a presença de um corpo sempre veloz para fins bem definidos.

Eu estava numa encruzilhada. Ela, de fato, atrapalhava a dinâmica do grupo, atravessava o ritmo orquestrado das atividades e com isso quebrava a rotina. Nessa época eu estava como coordenador de uma grande emergência e, não raro, recebia queixas do seu desempenho, conseqüentemente de sua produtividade. Muitos pedidos para mudá-la para um setor que correspondesse a sua lentidão. Um confronto com o meu modo de ver as necessidades de um setor que minha sensibilidade dizia que era exatamente ali onde ela deveria ficar.

Setor em que, naquela época, os pacientes permaneciam em macas sem grades e, não raro, havia quedas provocadas pelas ausências destas, além de não ter colchonetes suficientes para todas elas. Quando tinham, eram cobertas com lençóis que eram verdadeiros trapos a envolver corpos ensanguentados e deixados pelos cantos a aguardar uma visita médica ou a presença da enfermagem. Situação essa agravada pelo número insuficiente de profissionais para atendê-los, levando-nos, em algumas ocasiões, a naturalizar aquele tipo de violência como um evento banal.

Diante das circunstâncias, eu via em MHF um ser do sujeito fundamental para ajudar a amenizar aquela dura realidade. Existia uma reserva, um ócio dentro dela, em plena relação com o fora, para que o ser do sujeito pudesse se expressar como fundamento do cuidar.

Com ADI, também técnico de enfermagem, as queixas eram um pouco diferentes, porém muitos também desejavam sua saída daquele setor. Ele, recém-admitido, não tinha nenhuma experiência com pacientes graves e muito pouca habilidade para realização de determinados procedimentos, situação que exigia que eu escalasse sempre um funcionário mais experiente para acompanhá-lo. Com isso, o ritmo do trabalho também mudava e atrapalhava a pesada rotina.

Por outro olhar, quando eu o observava, ele era para mim um elemento vital diante daquele contexto de quase abandono. Seu “ser” do “sujeito” não admitia aquilo que nós banalizávamos. Paciente em cima de uma maca fria era uma agressão para ele e nele. Diante

disso, ele corria o dia inteiro, suor pelo rosto a ensopar o jaleco, sempre com um sorriso em busca de saídas para fatos que, para a grande maioria, já eram naturais.

Confrontado com uma estrutura tão precária, ele ia de um lado para outro sem nenhum pesar em suas palavras. Ia à lavanderia em busca de pedaços de lençóis, entrava pelo serviço de nutrição em busca de um lanche para aquele paciente que chegou depois do horário de visita da nutricionista e muito mais. Era simpático por natureza e, com esse modo de ser, conseguia o que não estava prescrito no cardápio da nutrição para aqueles que não conseguiam comer a dieta prescrita, sem com isso alterar a prescrição médica.

Ele sempre dava um jeito. Percebia à distância aquele acompanhante que não tinha dinheiro para se alimentar e, com seu modo despretenso, burlava as normas e conseguia sempre alguma coisa para ele comer. Sempre solidário com os colegas, nunca vi um “não” sair de sua boca. No máximo: *“Espera um pouquinho que já venho.”* Disponibilidade: era o seu ser do sujeito em movimento.

Eu admirava MHF e ADI, sabia que com cada um deles eu tinha que agir de modo diferente. Com ela, quando eu sentia que a lentidão comprometia demais o ritmo do trabalho, eu dava um jeito de compor meu ritmo bem mais acelerado com o dela e criar um meio termo entre nós dois como meio de aliviar o desconforto com o grupo. Isso não era fácil. Meu ser do sujeito se experimentando no dela e o dela no meu, ao mesmo tempo que a beira do leito ganhava consistência na ordem dos encontros como: Uma vida.

Assim, devagar, muito devagar, ela foi, sem perder seu zelo pelo cuidar, mudando, dentro do possível, sua velocidade corporal. Com ele era mais fácil: procedimentos como puncionar uma veia, passar uma sonda, é só questão de tempo para se aprender. Mas a disponibilidade que ele trazia para o serviço dificilmente se aprende, e eu como coordenador e aprendiz de ser humano não podia abrir mão de tê-lo junto comigo, de tê-lo como parte de minha equipe, de minha vida.

MHF e ADI são apenas dois exemplos entre muitos outros a pagar um preço ao afirmarem modos outros de cuidar. Modos esses que perturbam e quebram padrões rigidamente estabelecidos por uma inteligência que se limita à ação prescrita. Importante para a produção da beira do leito é o desconforto que o espírito deles provoca nos outros.

Para mim, eles representam o que Foucault (2006) chama de trabalho de si para consigo, elaboração em que se é o próprio responsável por um longo labor que é da ascense

(*áskesis*), ultrapassando os limites da consciência e ligando o presente do corpo a sua eternidade ontológica.

MHF, quando foi admitida no serviço público, chegou muito mal. Já tinha certa idade, próximo dos 45 anos, aparência frágil, magra e fumante, com sua força física no limite. Quando eu a vi empurrando uma maca em direção ao banheiro pela primeira vez, eu disse para mim mesmo: essa mulher não vai aguentar.

Passei a acompanhá-la de perto. Ela me dizia: “*Pode deixar que eu consigo, eu sempre quis trabalhar aqui e não vou perder esta oportunidade.*” Ela estava em estágio probatório. No início eu ficava junto com ela para apoiá-la nas coisas mais pesadas; depois a sua presença completava algo que eu desejava para minha vida. Ela tinha disponibilidade, essa matéria-prima, estágio primeiro para ultrapassar o tempo dos corpos. As mudanças nela me impressionavam. Ela rejuvenesceu em pouco tempo muitos anos naquele ambiente de trabalho pesado, ao mesmo tempo que jorrou vida renovada nas práticas de saúde.

ADI me lembrava todos os dias que não podemos naturalizar e banalizar a violência mascarada como prática de saúde. E fazer isso exige certo sacrifício no viver, um desprendimento de si que incomoda os acomodados. Técnicas e protocolos exigem um trabalho que tem o seu valor em saúde e devem ser levados a sério, porém só isso é uma espécie de morte muito violenta em saúde. Morte de si para consigo que compromete a vida do outro.

Óbvio que, como coordenador, eu não deixava de ter um olhar atento para aqueles considerados os *experts* da técnica, mas não perdia oportunidade de lhes dizer que eles poderiam ser muito melhores. Eu já tinha passado por isso e sabia como era se sentir o “tal” em determinados procedimentos em que os outros são considerados limitados. O ego aparece sempre desejoso de “brilhos”, de reconhecimento.

Aos poucos, nós fomos quebrando esse brilhantismo, e com alguns o cuidar foi lentamente se integrando ao tratar. Fatos elementares: era proibido oferecer alimentação na sala de trauma; além disso, sala de trauma não era lugar para paciente tomar banho, apenas lugar de passagem.

Só que a passagem levava dias e dias, e o paciente, caso não existisse uma MHF ou um ADI, ficava sem alimentação e sem banho, com sangue encrostado na pele por uma pretensa ordem superior, muito mais imaginária, mas, em parte real, que pouco ou nada chegava ao lado do paciente. Quebramos esse ritual.

Quando se trata de coordenar uma equipe, nem sempre só conversa resolve. Algumas trocas foram necessárias, convencimento em outros e a força da enfermeira MS para ajudar a sensibilizar o grupo de que era exatamente naquele espaço, lugar do primeiro atendimento do paciente grave, o lugar de ir além da técnica fria e dar o melhor cuidado que um ser humano necessita no momento mais crítico de sua existência. Momento de proximidade da morte.

Eu sempre dizia e continuo dizendo para ela: “*Se um dia eu cair num leito, é você que eu quero ao meu lado.*” Cuidado, ética e estética são pouco para resumir a relação dela com o paciente. Era *eros* que se expressava naquele jeito de ser sujeito que, por ter um jeito meio excêntrico de ser, não agradava ao alto escalão.

Nas pesquisas de Foucault (2006), um ato de conhecimento, em si mesmo e por si mesmo, jamais conseguirá dar acesso à verdade se não for preparado, acompanhado, duplicado, consumado por certa transformação do sujeito, não do indivíduo, mas do próprio sujeito no seu ser do sujeito.

Ela (MF) era uma assistente social que chamava muito a minha atenção. E num determinado momento da vida, o destino nos colocou no mesmo ambiente de trabalho. Aquele mesmo ambiente de morte em que eu encontrava muita vida na companhia de MHF, ADI e MS. Ela quebrava o protocolo, saía do lugar de profissional de nível superior e ia para o *front* de guerra. Porta de emergência lotada, onde os profissionais que estão dentro, em sua maioria, não querem nem pensar na entrada de mais ninguém, era exatamente o lugar que ela ocupava.

Receber um paciente na porta de uma emergência, sabendo que dentro existia um território fechado, e mesmo assim ousar caminhar pelos “nãos” da vida com elegância, até que uma brecha fosse aberta para um mínimo de acolhimento, não é para quem quer, é para quem tem o ser do sujeito na superfície da pele. Ela era e continua sendo assim onde estiver.

Contudo, é preciso enfatizar que não se trata de defender em hipótese alguma péssimas condições de trabalho ou jeitos para nos adaptarmos ao precarizado, pelo contrário; mas é diante delas que a verdadeira crítica ganha sentido e legítima a autoridade daqueles que, de direito e de fato, reivindicam o melhor em termos de condições na estrutura em que estão inseridos, tendo como horizonte um melhor cuidar do outro. Isso, penso, faz toda a diferença na ordem dos discursos, desestabilizando as autoridades responsáveis diante de uma implicação que se sustenta em práticas que não confundem melhores condições de trabalho

com privilégios para essa ou aquela categoria, dando um sentido de compromisso que reflete reivindicações na exata medida da prestação de um atendimento de excelência.

Quando a assistente social MF não conseguia atendimento dentro da emergência, ia em direção ao ambulatório em busca de uma afirmação da vida. Nem sempre conseguia, mas um sim eventual era sinal de que o esforço valera a pena. Nesses momentos, todos os “nãos” ficavam pelo caminho à espera de outro momento. O “não” não a amedrontava, e numa outra situação, num outro momento, ela novamente se arriscava e, com alguns profissionais, transformava aquele “não” inicial num sim. Com muita insistência, o sim se fazia presente. Comemorávamos esses momentos.

Para Foucault (2006), o conhecimento se abrirá simplesmente para a dimensão indefinida de um progresso cujo fim não se conhece e cujo benefício só será convertido no curso da história em acúmulo instituído de conhecimentos que, no fim das contas, é tudo o que se consegue de verdade. Uma verdade que não será capaz de transformar e salvar o sujeito, nem mesmo de fazê-lo encontrar o ser do sujeito que vive nele. Uma verdade apenas que prolonga sem fim uma inteligência voltada e fabricada para fabricar objetos artificiais, em particular utensílios para fazer utensílios, e variar indefinidamente sua fabricação (Bergson, 2005).

Foucault (2006), em suas pesquisas, vai ao encontro, no *Alcibíades* de Platão, do significado do que é este “si mesmo”, e o que quer dizer “ocupar-se consigo mesmo”. No entanto, ele deixa claro que esse tema enraíza-se em práticas muito antigas, bem antes de Sócrates e Platão, correspondendo a um tema pré-filosófico muito presente na Grécia arcaica e em uma série de civilizações, senão em todas, dando lugar a numerosos procedimentos mais ou menos ritualizados.

Depois de uma análise exaustiva sobre o texto do *Alcibíades* em busca de uma resposta sobre o que é este pronome reflexivo *heautón*, este si, ele faz uma série de indagações.

“Que é este elemento que é o mesmo do lado do sujeito e do lado do objeto? Tens que ocupar-te contigo mesmo: és tu que te ocupas; e, não obstante, tu te ocupas com algo que é a mesma coisa que tu mesmo, (a mesma coisa) que o sujeito que “se ocupa com”, ou seja, tu mesmo como objeto. É preciso saber o que é este *autò*. O que é este elemento idêntico, de certa forma presente de parte a parte no cuidado: sujeito do cuidado, objeto do cuidado? O que é ele?” (Foucault, 2006, p.66).

Foucault passa de imediato à resposta, uma resposta que é bem conhecida, diz ele, e foi cem vezes dada nos diálogos de Platão: trata-se da *psychês epimeletéon*, o que significa dizer que é preciso ocupar-se com a própria alma. Trata-se de distinguir o sujeito da ação e o conjunto de elementos (palavras, ruídos etc.) que constituem essa própria ação e permitem efetuar-la. Trata-se, em suma, de fazer aparecer o sujeito na sua irredutibilidade, ou seja, distinguir o sujeito de todos os instrumentos, utensílios, meios técnicos que ele pôde pôr em ação (Foucault, 2006).

Há um elemento que se serve das mãos, que se serve dos olhos, enfim, há um elemento que se serve do corpo que não é o próprio corpo, pois o corpo não pode se servir de si mesmo. Esse elemento que se serve do corpo e de toda a sua instrumentalidade é a alma. Um “servir-se de” que não tem relação com uma alma prisioneira do corpo nem atrelada a cavalos alados que seria preciso conduzir na boa direção e que será preciso libertar do corpo. É a alma unicamente como sujeito da ação (Foucault, 2006).

Entre as diferentes significações do termo “servir-se de”, presente em diferentes filosofias, para esta pesquisa importa seu uso como uma ética, uma atitude com o outro, uma atitude para consigo mesmo e a vida em sua totalidade. Foi a alma sujeito que Platão encontrou ao buscar este “si” de que se deve servir-se, jamais uma alma substância.

Importante dizer que este “servir-se de” será reencontrado ao longo de toda a história do cuidado de si, sendo muito importante nos estoicos e na teoria e prática de Epitecto para quem essa faculdade, que testemunha nossa filiação divina, é o bem supremo, o fim último a perseguir; é o fundamento essencial de nossa liberdade (Foucault, 2006).

No “servir-se de”, à beira do leito, retorna com toda a sua força na presença doutora TC. Diante daquele mesmo caos, daquela emergência superlotada, ela era mais uma a “servir-se de” sua alma para dar sentido ao que, para um grande número de profissionais, não fazia o menor sentido. Mais uma que incomodava. Chegava sempre agitada na sala de trauma perguntando para a enfermagem: “Como é que vocês aquecem isso aqui”? Logo em seguida, ela esquecia o que perguntou e compunha com os outros uma unidade que era puro movimento.

Ela andava o dia inteiro com um copo na mão tomando suco de maracujá. Em média, levava entre quatro e seis horas examinando e prescrevendo os pacientes num espaço em que na logística era definido para quatro, mas na maioria das vezes havia seis, sete e até nove pacientes próximos da morte.

Parte da enfermagem ficava incomodada com sua presença. Parte dos médicos saía e voltava em diferentes momentos e alguns nem entravam, e ela continuava lá. Um olhar trêmulo, como se a vida abandonasse seu corpo para cuidar dos doentes e o sujeito que ficava no corpo tentasse juntar em si uma alma que era de todos.

O maracujá, penso eu, foi o meio que ela encontrou para manter o pé em terra firme para usar seu conhecimento médico, enquanto sua alma seguia por caminhos que sua inteligência não poderia sequer imaginar. Um ambiente de morte em que a força da vida se debatia em corpos que insistiam em não lhe responder. O ambiente era sentido como se a vida estivesse partindo antes mesmo de se completar.

“Avança, portanto, meu caro Lucílio, pensa quanto maior seria a tua velocidade se algum inimigo corresse atrás de ti, se suspeitasse que um esquadrão de cavalaria se aproximasse seguindo as pistas dos fugitivos. É isso mesmo o que sucede: estás a ser perseguido. Anda mais rápido, foge, põe-te em segurança; pensa ainda como será considerável consumarmos a vida antes de morrer, e podermos depois aguardar em segurança o que nos resta a viver, sem nada mais desejarmos já para nós mesmos, gozando a plena posse de uma vida feliz, uma vida que, embora se prolongue, não poderá ser mais feliz do que já é. Quando virá o tempo em que tu percebas como o tempo já não te diz respeito, em que atinjas a mais completa felicidade, indiferente ao dia de amanhã, perfeitamente satisfeito da vida que já tiveste! Sabes o que torna os homens ávidos do futuro? O fato de nenhum conseguir realizar-se! Os teus progenitores desejaram para ti certos bens... O que te desejo é o domínio sobre ti, é que teu espírito, atormentado por pensamentos inconstantes, acabe por se afirmar e ganhar convicções sólidas, e se sinta contente de si mesmo; é, em suma, que, uma vez compreendida a natureza do bem (e compreendê-la e possuí-la), o teu espírito não careça de prolongar a sua existência. O homem que consegue realizar a sua vida está, de uma vez por todas, acima de todas as contingências, está desmobilizado, é um homem livre” (Sêneca, 2009, p.120).

“Servir-se de” como meio de terminar a vida antes de a morte chegar. Para Espinosa (1983), nós não podemos conhecer o dia final da forma, mas Sêneca completa de outra maneira o que Espinosa também afirma e insere a vida apenas como um movimento de passagem, de expressão na forma, movimento que prossegue após o perecer do corpo. Talvez, sem querer ser determinista, já que para Sêneca poucos conseguem chegar a esse momento, possamos apostar num *ethos*. Uma aposta num *ethos* que se refaz a cada encontro do sujeito com o ser do sujeito.

Com a fala de Sêneca, entramos no que Foucault (2006) define como a idade de ouro, período do renascimento clássico do helenismo, idade do cuidado de si, entendido este tanto como noção como prática que compreendem uma arte de viver, um cuidado de si coextensivo a toda a vida, transbordando largamente a simples atividade do conhecimento e totalmente

implicado com uma prática de si como atitude. Uma prática com tendência que só pode ser vivida por alguns, à raridade da salvação, da qual, contudo, ninguém está, *a priori* excluído (Foucault, 2006). No entanto, uma prática que inclui o outro como mediador da salvação entre humanos com o objetivo de trazer à luz o ser do sujeito. O outro ou outrem é indispensável na prática de si, para que a prática de si alcance o objetivo visado.

Outrem, a beira do leito ou, como diz Deleuze, que ele não seja ninguém, nem você, nem eu, significa que ele é uma “estrutura” que se encontra efetuada por termos variáveis nos diferentes mundos da percepção. Um plano de consistência que funda e assegura todo o funcionamento deste mundo em seu conjunto. Em suma, ele assegura a individuação do mundo perceptivo e a estrutura-outrem (Deleuze, 2006).

Ela (BAC), expressão encarnada da estrutura outrem, chegou naquele mesmo lugar de morte com um monte de alunos de psicologia, cheios de esperança de mudar o mundo, principalmente, da saúde pública. A minha impressão era de que ela e eles estavam entrando em um “mundo” só conhecido por meio de notícias da imprensa, notícias recortes que jamais se aproximam da realidade.

Levou certo tempo para que os espíritos deles sossegassem do excesso de teoria e começassem a circular por aquilo que não se encontra nos livros, por aquilo que só pode ser sentido no *front* de guerra da beira do leito. Era uma nova configuração do corpo sem órgãos em movimento, uma configuração de beira do leito que se conjugava com um “entre”, que por falta de uma palavra melhor vou chamar de “entre” das práticas de formação. Esses movimentos exigem um tempo de adaptação – “entre” da beira do leito se configurando com o “entre” das práticas de formação.

Eu não acreditava que ela e eles fossem suportar. Uma grande emergência não é lugar comum de se ver aluno de psicologia. Em minha experiência, foi a primeira e única aparição. A aparição se tornou realidade, ganhou concretude, e a mestria de BAC foi juntando o plano pedagógico com aquilo que Foucault encontra em Sêneca como *educere*, algo que é frontalmente diferente da educação formalizada.

“*Educere*: uma certa ação, com efeito, que será operada sobre o indivíduo, indivíduo ao qual se estenderá a mão que se fará sair do estado, *status*... É uma espécie de operação que incide sobre o modo de ser do sujeito, não simplesmente a transmissão de um saber que pudesse ocupar o lugar ou ser o substituto da ignorância” (Foucault, 2006, p. 165-166).

Ela e os alunos saíram da sala de reuniões e foram para o campo de guerra. Eles voltavam assustados, quase tudo estremecia seus espíritos. Olhos assustados, vozes trêmulas que, aos poucos, foram ganhando novos contornos. Era mais um entre os “servir-se de” da alma a não aceitar a banalização da violência.

Começaram devagar a entrar na zona de perigo. Começaram a questionar: “*Por que esse paciente está sem visita há dois dias, porque não tem colchonete?*” Enfim, tudo aquilo que para muitos já era natural. Um dia alguém me perguntou: “*O que um aluno de psicologia faz numa grande emergência?*” Eu também não sabia até aquele momento.

Tudo isso depois passava por longas discussões. Ela, eles e nós formando uma unidade de *servir-se de*”. Um dia eu fiquei sem respostas. Pelas andanças deles (alunos) pelos corredores, eles descobriram um paciente que estava há três dias aguardando uma paracentese abdominal. Ele tinha cirrose hepática e um abdome muito volumoso por excesso de líquido e necessitava, naquele momento, para aliviar o seu sofrimento, de uma simples punção e retirada de aproximadamente três litros que incomodavam, principalmente sua respiração.

Ele podia esperar, existiam outras prioridades, pacientes mais graves. Os alunos não concordaram com isso. Vieram até mim meio me encostando à parede. Descobriram que bastava um médico fazer uma punção para o paciente ser liberado, não propriamente do hospital, mas também isso, e sim, fundamentalmente, daquela dor, daquele sofrimento, mesmo que de forma momentânea.

Mas como esse caso podia esperar, ele foi ficando, e eu também estava concordando com isso. Não foi fácil encontrar um médico para realizar um procedimento tão simples, até que chegamos à sala de trauma e lá estava a doutora MC, com seu suco de maracujá, toda atarefada com a superlotação daquele setor. Só que, para ela, esse paciente também era uma prioridade absoluta, um absurdo esse tempo de corredor por falta de uma simples punção.

Ela conseguiu encontrar dentro daquele espaço que não tinha mais espaço para nada um canto para o paciente. Fez a punção e o paciente foi liberado. Mais uma vez: disponibilidade como fundamento de uma alma que se serve de um corpo no encontro com outros. Pedagogia e beira do leito num único movimento, isso não está no passado e sim na duração, ou como prefere Bergson (2006c), no espírito.

O maracujá, para a doutora TC, funcionava como um signo de alguém que, ao “servir-se de”, nutria-se ao mesmo tempo que se disponibilizava para o outro. Cada um há de encontrar em si o meio disponibilizar em seu ser a dimensão do ócio. Dimensão que, em tese,

garante a circulação da atividade vital para o corpo não adoecer em meio a um ambiente conformado com rotinas e protocolos que, por si sós, endurecem a forma.

Penso que se não existir essa zona do ócio, zona que permite ao corpo nutrir-se de energia vital criativa e não apenas permanecer como instrumento de execução mecanizado de tarefas, o corpo termina funcionando como uma barreira. Um obstáculo que limita processos de autorregulação, tempos de repouso e movimento que lhe são constituintes, desestabilizando os diferentes processos vitais com consequentes danos para a vida em sua totalidade. O que quero afirmar é que os processos de constrangimentos e ruptura parcial entre a fonte vital e sua expressão são condições de adoecimento.

Em outros termos: o que proponho pensar é que quando os fatores externos invadem a dimensão do ócio, da alma, a expressão da vida fica comprometida. Esta é apenas uma possibilidade de pensar a saúde do trabalhador de saúde que não cultiva em si a dimensão do ócio: pensar no ócio como uma dimensão de reserva para atualização de uma beira do leito que não exclui as nossas rotinas. Só práticas, nada além de práticas.

A doutora TC e todos os exemplos citados pouco falavam em doença. Isso não quer dizer que eles não adoeciam, mas de certo modo que eles encontraram, cada um no seu jeito de viver à beira do leito, um modo de se relacionar com a doença, simplesmente como uma das diferentes formas de expressão da vida.

Ela (DG) pouco era percebida. Jeito discreto, poucas palavras, atividade intelectual na superfície da pele colocada a serviço da alma. Ela, ser do sujeito, caminhando a passos largos por aquilo que Foucault encontra em Séneca como liberdade. A servidão a si, a servidão em relação a si mesmo contra aquilo que devemos lutar. Ser escravo de si mesmo é a mais grave e a mais pesada de todas as servidões. Uma servidão que pesa dia e noite sobre nós mesmos, sem intervalo de descanso (Foucault, 2006).

Ela cumpria uma tarefa muito importante com muita discrição, a ponto de quase ninguém saber em que consistia sua atividade. Fazia a busca ativa de dados e a formulação de gráficos de todo o serviço, números que me permitiam dizer: não é apenas por uma questão de superlotação que os corredores, enfermarias e sala de trauma estão superlotados. Existem outras variáveis que precisam entrar em questão.

Os números apareciam no lugar dela para dizer que existia uma necessidade de compor cada vez mais com sujeitos a serviço da alma e de uma inteligência, que ao realizarem o seu trabalho fossem capazes de convocar em si um Eu, não apenas para atender aos

interesses particulares, e sim, se colocarem a serviço da alma como elo indispensável de um cuidar de si ao cuidar do outro. A inteligência mantém seu uso utilitário, porém não se esquia do serviço da alma.

Existem momentos em que as questões políticas que não se implicam com o “servir-se de” conseguem interferir na disponibilidade, na sensibilidade própria da alma. Criam barreiras muito fortes para essa expressão, e com isso adocece a concretização da disponibilidade, situação que, em tese, pode levar ao adoecimento do corpo. Um adoecimento que pode não se tornar patológico e, nessa perspectiva, se incorpora ao movimento da vida, não apenas como padecimento mas sim, e muito mais, como experiência.

Saber lidar com o uso que o poder faz das paixões tristes é um aprendizado necessário para uma vida que se serve da alma. No movimento espiral tudo volta e toca no mesmo ponto. A duração não permite repetição do mesmo, e de certo modo tudo que foi vivido continua vivo, num passado que se desenrola pressionando o presente dos corpos para um porvir sempre imprevisível. Um imprevisível que se faz sentir pela dimensão do ócio, uma dimensão coextensiva com uma beira de leito que filtra toda vivência na forma de intensidade regulando um eterno recomeçar que é sempre novidade, que é sempre diferença, diferenciando-se.

Ele (PMH), doutor em psicologia, conhecia nosso trabalho, além de ter uma vasta experiência em vida hospitalar, vivida durante sua pesquisa de doutorado. Nossas vidas já tinham se encontrado em outros movimentos que aproximaram o corpos sem órgãos da pedagogia com o da beira leito. Ele esteve no serviço de emergência uma ou duas vezes, percorreu os diferentes setores com poucas perguntas e muita atenção com os doentes e com os trabalhadores. A minha impressão é de que ele não saiu dali o mesmo, existiu um tornar-se outro nessa passagem, talvez uma conversão. Excesso de tempo vivido nem sempre determina vida experimentada. Em algumas situações, um relance, um olhar, aparentemente despretenso, juntam peças de uma vida inteira, num único instante. Uma vida que o tempo cronológico não pode medir.

Depois, ele voltou junto com uma mestrandia em psicologia (NM) que, após algumas reuniões e vivências sobre as dificuldades enfrentadas pelo corpo profissional, principalmente com a enfermagem, produziu um arquivo em forma de dissertação com o título: *Setor de emergência: modos de trabalhar nas interfaces de um cotidiano hospitalar* (Monteiro da Silva, 2008). Dissertação esta que se desdobrou em um artigo: “Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência em um hospital universitário” (Monteiro da Silva&Muniz, 2011).

Todo esse movimento relatado, que é apenas um recorte de um momento muito feliz, sofreu rupturas em sua expressão. As práticas de gestão verticalizadas não suportaram lidar com o “servir-se” da alma. Esta expressão coloca foco naquilo que não interessa, naquilo que desestrutura a engrenagem do poder. Porém, existem duas formas de saber que nada disso se perdeu no tempo: uma registrada nos arquivos da instituição na forma de relatórios e na dissertação (NM) e no artigo desta, em parceria com HPM, e outra na própria duração, vida do espírito proposta por Bergson, (2006a).

"O que me surpreende é o fato de que, em nossa sociedade, a arte tenha se transformado em algo relacionado apenas a objetos e não a indivíduos ou à vida; que a arte seja algo especializado ou feito por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida?" (Foucault, 1995, p 261)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações finais, um último momento: passagem, sempre passagens parciais, diante de um destino incerto, incompleto, porém sempre movimento ininterrupto, criação contínua, agitando corpos lentos que, por mais que as palavras tentem expressar, no caminhar das palavras, já são outros. Acontecimento que nos constrange a rever valores, transvalorar, ultrapassar limites em nós mesmos na relação com um fora mais vasto que toda exterioridade. Simplesmente viver na fronteira, ousar um desapegar-se de si mesmo, quase um esquecer-se para tornar-se Outrem. Um indizível, pura corrente de consciência assubjetiva, impessoal, que envolve nossas práticas sinalizando a cada instante, a cada resistência, maior ou menor, que viver é diferenciar-se.

Não existe saída, eis o “convite” de uma vida. Uma vida à beira do leito: uma experimentação na Imanência. Um confronto permanente entre vida material e espírito, uma coexistência afirmativa, independente das condições do vivido. Pura experimentação na construção de um *ethos* nas práticas em saúde. Uma existência que só pode ser dada na experiência. Este foi o fio guia que nos conduziu passo a passo no caminhar desta dissertação. A construção de um *ethos* que, no lugar de resistir à potência do virtual cuidar, faz deste a afirmação de aberturas possíveis que advêm da experiência com cada paciente-acontecimento, em que se produz a possibilidade de revitalização do fluxo vital obstruído no processo de adoecimento. Nesse entendimento, o tratar deixa de estar dirigido a um fragmento, um objeto ou a um corpo a ser normalizado.

Uma revitalização imersa numa consciência transcendental que conjuga em si a tessitura de diferentes linhas de forças que compõem um Uno, uma unidade múltipla, um eilã vital que vai se rebaixando, diminuindo em velocidade até o momento em que diferentes matérias se unem concretizando uma Ideia com contornos definidos que, mesmo sofrendo distorções na expressão, guarda em si a potência infinita da Ideia. Um efeito-forma, fonte de vivências produtoras de experiências à beira do leito.

Um devir vida no humano que, no decorrer desta pesquisa, sinalizou um sentido, um sentido problema que, se bem formulado, já traz em si a resposta. Uma resposta que só pode ser encarnada numa experiência sempre singular.

Uma experiência que em seu movimento ordinário transcorre estabelecendo o intelecto como único instrumento que prevalece e faz diferença na relação profissional-paciente. Um saber-fazer, um tratar em busca da regeneração e da recuperação da forma.

Um mecanismo, sem dúvida, importante sem o qual a beira do leito não pode se experimentar. No entanto, um mecanismo sempre parcial, fragmentado, uma espécie de preparação, areia movediça, fonte de criação das condições para um tornar-se outro. Um desconhecido em nós, uma nova exigência, uma ultrapassagem da “ilusão” dos sentidos perceptivos para uma vida sentida como movimento na qual tudo se liga a tudo.

Um modo de pensar que, direta ou indiretamente, deixamos em aberto como problematização para as práticas em saúde ao conjugar a coexistência da intensividade com a extensividade, do espírito com a matéria. Um modo de pensar que só pode ser experimentado à beira do leito.

Quem cuida de quem à beira do leito é a questão que deixamos, quando afirmamos que o cuidar ultrapassa os limites da conservação da forma e se atualiza por dentro do tratar, deflagrando um permanente processo de diferenciação que não pertence a um sujeito, e sim a um acontecimento chamado vida.

Portanto, a resposta não é nem do profissional nem do paciente. A resposta é da ordem do encontro, do que se produz no encontro, sempre um entre, produção de singularidades, produção de um impessoal. A beira do leito como uma questão-problema, na qual a experimentação para além e aquém de toda e qualquer interpretação delinea uma vida sentida como fluxo, micropercepções que substituem o mundo do sujeito pelo que Foucault (2006) define como ser alma, um ser produzido nas práticas.

Quem cuida de quem? Este foi um dos pilares de sustentação da pesquisa para as práticas em saúde na relação que cada profissional estabelece com aquele deitado no leito, aquele que dá sentido à vida em saúde. Não existe uma resposta, fórmula ou receita dada de antemão, apenas experimentação.

Uma experimentação produtora de aberturas, o que permite pensar em possibilidades de criação de um corpo que deixa de reagir à doença e torna-se um deixar passar – e, ao deixar passar, o que retorna não é mais um sujeito e sim um ser do sensível produzido nas práticas. Um ser do sensível que coexiste com o profissional e passa a ver o cidadão doente em sua integralidade, não apenas um corpo que necessita ser normalizado.

No lugar da reação, ação-pensamento, um voo sobre cada cena, um novo modo de compreender. No lugar da parcialidade dos fatos, um encaixe de peças por composição, em que a palavra pouco se manifesta, deixando para o espírito o puro acontecimento.

Foi nesse movimento que a dimensão do ócio projetou na pesquisa a possibilidade de abertura de se pensar e viver as práticas em saúde para além das duras e metódicas rotinas que limitam a expressão criativa, tornando o ato de trabalhar algo que não pode ser sentido como fonte de produção de prazer.

Uma dimensão que abre espaços num modo de pensar linear e produz graus outros de atenção nos fazeres profissionais, possibilitando ver em cada paciente uma prática que é sempre outra, apesar das duras rotinas. Um único movimento, uma dobra que amplia horizontes e lança o profissional a ver num único paciente toda a rede de saúde diante de si.

Uma reversão no modo de entender o que é rede de saúde. No lugar da rede estar fora, ser algo distante, bela em princípios e diretrizes que, em grande parte, em sua efetuação continua distante; uma mudança radical: a rede se construindo por dentro das práticas, a rede como uma vida prática no próprio sujeito.

Um *ethos* produzido à beira do leito: uma experimentação em rede no próprio sujeito. Portanto, uma rede que só faz sentido quando incorporada à vida. Uma rede na qual tudo está ligado a tudo e nenhuma parte é mais importante que a outra. Uma rede de saúde indivisível no próprio cuidar. Um alinhavo, nunca dado ou algo acabado, e sim uma tessitura que vai ganhando consistência e produzindo sentidos no fazer.

Um modo de pensar e agir que remete a um modo de fazer gestão em saúde que deixa de ser conduzido apenas por uma inteligência utilitária, parcial, que só percebe aquilo que lhe interessa. E diferentemente disso, conduz a uma prática na qual cada paciente, cada gestão de conflitos e os diferentes pontos críticos que emperram o funcionamento da instituição hospital podem ser percebidos, em parte, como expressão de toda a rede de saúde.

Com esse modo de pensar a gestão do cuidado, o paciente deixa de ser visto como um objeto ou uma doença e é incorporado como uma rede viva que pertence a todo o sistema, estando em diferentes momentos nessa ou naquela unidade de acordo com suas necessidades. Um modo de fazer gestão que escapa às normalizações burocráticas e afirma um sistema de saúde público para o público.

Uma exigência de difícil concretização, porém um modo de fazer gestão perfeitamente enraizado quando produz sentido para a vida e não para os projetos pessoais que se

contrapõem aos interesses do público. Importante é que não importa o cargo ou a função: onde estiver um profissional, ali existe um gestor das políticas públicas, situação que implica todos, independentemente do grau de autonomia que sua função lhe confere.

Foi nesse movimento que a pesquisa propôs viver e abrir perspectivas de um hospital que deixa de ser apenas uma instituição como instrumento terapêutico a serviço da doença e dos diferentes interesses que o norteiam e foi se metamorfoseando num espaço vivo, no qual diferentes forças atuam e ultrapassam a passos largos e de forma consistente os limites formalizados socialmente de uma arquitetura voltada para tratar de doenças, e se assumiu como um *u-topos* de transvalorização da vida centrada nas práticas em saúde.

Nesse sentido, a pesquisa problematizou a complexidade da vida hospitalar. Uma complexidade que se constrói por dentro das pesadas hierarquias e dos diferentes interesses que a movimentam, e fez uma dobra por dentro desse arcabouço endurecido que a molda, afirmando pela via do cuidar um hospital vivo que confronta os corpos a serem sempre outros diante de uma rede de saúde que tem por desafio a convocação de dinamismos espaço temporais outros.

Um hospital que, mais do que fazer parte de uma rede de saúde, é de certo modo a própria rede, quando pensado numa perspectiva cuidadora, na qual cada elo da corrente se conjuga com o seguinte formando uma unidade múltipla, o que significa dizer que em cada célula do sistema está o todo – logo, o todo do sistema está no hospital, e o hospital em cada unidade.

Desse modo, torna-se inconsistente pensar, em termos de Sistema Único de Saúde, um hospital que se defina com *status* de excelência, seja lá qual for a finalidade que se propõe a implementar, tendo diante de si uma rede de saúde falida, situação que nos leva a repensar a ideia de rede a partir de cada paciente.

Uma rede que não é em si propriamente as diferentes unidades que compõem o sistema e, sim, objetivamente o cidadão que circula em diferentes momentos de sua vida pelas diferentes unidades de acordo com a complexidade do seu caso, fazendo do conceito de equidade um conceito normativo que se constrói em práticas autorreguladoras. Uma autorregulação de acordo com cada nova situação, ou seja, uma abertura para o imprevisível julgando cada situação não apenas a partir de um olhar pontual, e sim pelo entendimento de sua produção.

É a vida que é a rede, e ela que tem que ditar os diferentes funcionamentos das diferentes unidades num planejamento que contenha em si, por mais que haja especialidades, grau de aberturas para um agir que se movimenta em ressonância com as demandas de cada época, de cada paciente, e jamais num bloco fechado em si mesmo.

Nesse sentido, é a rede cidadão que precisa ser pensada como múltipla. Um cidadão que, na instabilidade do viver, vai recorrer em diferentes momentos às diferentes unidades de acordo com a complexidade do seu caso, não apenas pelos julgamentos definidos nos protocolos, mas também e, principalmente, pelo que traz em si de sofrimento e de confiança na unidade que procura para resolver a sua dor.

Diante da dor, o paciente não pensa nessa ou naquela unidade definida nos protocolos para responder ao seu caso, e sim naquela que ele sabe que pode responder às suas necessidades a partir de experiências anteriores bem-sucedidas. É o sistema como um todo que precisa conquistar essa confiança. Portanto, um modo de pensar a equidade no seu dinamismo, mudando o previsto nas determinações genéricas para um implicar-se em conjunto.

É exatamente nessa complexidade que a pesquisa, a partir de cada caso trabalhado, dá visibilidade a práticas de cuidar e fazer gestão em hospitais públicos que podem ultrapassar os limites formalizados sem desconsiderar a especificidade de cada hospital. Pois entendemos que é fundamental desconstruir a rigidez naturalizada do isolamento ou a política do cada um por si que não leva absolutamente a nada em termos de Saúde Pública. Aqui, de forma bem simples, começa a dobra de um dentro que é maior do que toda interioridade e um fora que é mais vasto que todo exterior. Um viver na fronteira, uma prática do pensamento como modo de fazer gestão em saúde encarnado nas práticas e conquistado à beira do leito.

Em grande parte, essa “rede cidadão” só chega ao hospital porque os diferentes elos ou parte deles não respondem às suas necessidades, ou simplesmente sequer foi acolhido em um dos elos. Desse modo, muita das vezes pelo agravamento do quadro inicial, o cidadão chega ao hospital expressando não apenas um sofrimento isolado, mas configurando um retrato fiel das distorções do funcionamento da rede como um todo.

Muitas vezes nós, profissionais atuantes na esfera hospitalar, culpamos a rede por sua inoperância, esquecendo que somos, dentro de nossa especificidade, a própria rede. E fora de nossa especificidade também somos, caso contrário não nos implicaríamos, muita das vezes, com os pacientes que batem a nossa porta depois de terem encontrado outras fechadas.

Não é raro ouvir um profissional que trabalha no hospital dizer que o paciente não pode ser atendido, que ele precisa procurar a rede ou, simplesmente, que a rede não funciona, como se ele não fosse a rede. Isso produz subjetividade e ressoa como se o hospital fosse independente da rede, situação que atende a interesses que não são do público.

Se uma criança com resfriado ou diarreia chega ao hospital, é certo que, num primeiro momento, isto não é da complexidade de um hospital, mas passou a ser uma responsabilidade deste como rede de saúde; caso não fosse, a criança não teria chegado. É nesse movimento que o hospital se torna rede, se implica com a rede e dobra-se como rede, contribuindo para a gestão desta a partir do que chega a sua porta.

Qual malha não sustentou a corrente onde a intervenção se faz necessária? Num único doente a rede inteira se tornando visível, situação que legitima o hospital a retornar ao fora de si como integrante ativo de propostas que podem compor com as diferentes unidades estratégias de mudanças para minimamente se aproximar do modelo preconizado como Sistema Único de Saúde.

Num primeiro momento, esse pensamento atribui às práticas no hospital uma responsabilidade que o penaliza ainda mais, diante de todas as demandas a que lhe compete responder. No entanto, quando esse mesmo hospital precisa ser repensado em suas ações, levando-se em consideração que o modelo vigente que ele representa não atende adequadamente aos interesses públicos, esse modo de pensar implica indagar a função da instituição hospitalar no Sistema de Saúde de modo que ele se torne cada vez mais “invisível”, ou seja, menos necessário.

Desse modo, a pesquisa propõe um olhar para as práticas no hospital que não rompe com o seu papel em atender a média ou alta complexidade e sim um hospital que, dentro de suas possibilidades, flexibiliza-se como sistema e, no lugar de se vitimizar diante dos enfrentamentos produzidos pelo fracasso da rede, se implica como uma prática em saúde que cuida da rede a partir das demandas que recebe.

Isto é a beira do leito. Um jogo de forças jamais fechado, vida sempre em movimento, situação que exige de cada profissional uma atenção não apenas com o seu fazer, mas uma reflexão coletiva dos motivos que colocam o hospital como centro de discussões, diante de uma rede que deve ter na atenção básica sua principal base de sustentação.

Por isso, a beira do leito está em todo e qualquer lugar e remete a um grau de exigência que vai cada vez mais se complexificando e ampliando os limites do pensamento

para toda e qualquer dimensão que tenha como referência a produção da diferença. A rede precisa ser sempre outra e o hospital se incorporar cada vez mais nesse movimento.

Fácil esse movimento? Quase que impossível? Desanimador? Não. Um confronto à beira do leito, um confronto diante de um modelo. Um desafio que deve começar nos microespaços de trabalho em meio às práticas que não produzem saúde para o trabalhador, que não atendem aos interesses do cidadão, sempre um contornar de obstáculos naquilo que é possível a cada um. Isso é vida espiritual encarnada, é a concretização que produz experiências que retornam a Ideia em busca de uma perfeição nunca atingida. Sempre desafios diante de obstáculos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rubens. “*Se eu fosse você*”. In. *O amor que acende a lua*. São Paulo: Papirus, 1981.
- BERGSON, Henri. *A evolução criadora*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____. *Duração e simultaneidade: a propósito da teoria de Einstein*. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.
- _____. *Matéria e memória: ensaios sobre a relação do corpo com o espírito*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.
- _____. *O pensamento e o movente: ensaios e conferências*. São Paulo: Martins Fontes, 2006c.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- _____. *O conhecimento da vida*. São Paulo: Forense Universitária, 2010.
- CHAUÍ, Marilena. *Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- DELEUZE, Gilles. *Nietzsche e a filosofia*. Lisboa: Edições 70, 1965.
- _____. A imanência: Uma vida... Disponível em: <http://www.lettras.ufrj.br/ciencialit/terceiramargemonline/numero11/xiii.html>>. Acesso em 14 agosto. 2014.
- _____. *Lógica do sentido*. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- _____. *Bergsonismo*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- _____. *Foucault*. Portugal: Edições 70, 2005.
- _____. *Diferença e repetição*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.
- _____. *Empirismo e subjetividade: ensaios sobre a natureza humana segundo Hume*. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012.
- DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. *O que é filosofia?* São Paulo: Editora 34, 1992.
- _____; _____. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.
- _____; _____. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 3. São Paulo: Editora 34, 1996.

_____; _____. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 4. São Paulo: Editora 34, 1997.

_____; _____. *O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 2010.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.

ESPINOSA, Baruch de. *Espinosa*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

FOUCAULT, Michel. *A hermenêutica do sujeito*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Sobre a genealogia da ética: uma revisão de trabalho*. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Org.). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 253-278.

_____. *O governo de si e dos outros*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GIL, José. *Fernando Pessoa ou a metafísica das sensações*. Lisboa: Relógio d'Água, 1987.

GROS, Frédéric. *Caminhar, uma filosofia*. São Paulo: É Realizações, 2010.

_____. *A coragem da verdade*. In: GROS, F. (Org.). *Foucault, a coragem da verdade*. São Paulo: Parábola, 2004a. p. 11-12.

_____. *A parrhesia em Foucault (1982-1984)*. In: GROS, F. (Org.). *Foucault, a coragem da verdade*. São Paulo: Parábola, 2004b. p. 155-166.

GUATTARI, Félix. *As três ecologias*. São Paulo: Papirus, 1999.

LOBO, Lilia Ferreira. *Deficiência: prevenção, diagnósticos e estigma*. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; LEITÃO, Beatriz de S.&BARROS, Regina de. (Orgs.). *Grupos e instituições em análises*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p.113-126.

MACHEREY, Pierre. *Georges Canguilhem, um estilo de pensamento*. Goiania: Almeida&Clemente Edições, 2010.

MANN, Thomas. *O escritor e sua missão: Goethe, Dostoievski, Ibsen e outros*. São Paulo: Zahar, 2011.

MERHY, Emerson Elias. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, Emerson Elias&ONOCKO, Rosana. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/ Buenos Aires: Hucitec/ Lemos editorial: 1997, p.229 -266.

MERHY, Emerson Elias& CECCIM, Ricardo Burg. *A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização*. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf> - Acesso em: 21 fevereiro, 2014.

MONTEIRO DA SILVA, Nair. *Setor de emergência: modos de trabalhar nas interfaces de um cotidiano hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2008.

Disponível em: <http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2008/Nair.pdf> - acesso em: 20 janeiro 2014.

MONTEIRO DA SILVA, Nair & MUNIZ, Helder Pordeus. *Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência em um hospital universitário*. Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online), v.11, p.821-840, 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8338/6128>.

NEVES, Cláudia Abbês Baeta. *Gilles Deleuze e política: interferências nos modos de se estar nos verbos da vida*. In: TEDESCO, Silvia & NASCIMENTO, Maria Lívia do (Orgs.). *Ética e subjetividade: novos impasses no contemporâneo*. Porto Alegre: Sulina, 2009, cap.15, p.191-212.

NIETZSCHE, Friedrich. *A gaia ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 1981.

_____. *Genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. *Para além do bem e do mal*. São Paulo: Martin Claret, 2002.

_____. *Assim falou Zaratustra*. São Paulo: Martin Claret, 2007.

ORLANDI, Luiz Benedicto Lacerda. *A respeito de confiança e desconfiança*. In: FRANCO, Túlio, Batista & RAMOS, Valeria do Carmo (Orgs.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. v. 1. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 17-34.

PESSOA, Fernando. *Livro do desassossego*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SÊNECA, Lúcio Aneu. *Cartas a Lucílio*. 4.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009.