

11ª Jornada do EBEP – “Vulnerabilidades” – 04 e 05 maio 2012 -

Mesa: “A condição sensível dos profissionais de saúde”

Apresentação: “A EXPERIÊNCIA BALINT-PAIDÉIA: produção de um espaço coletivo de acolhimento e cooperação entre profissionais de saúde”

Priscila Magalhães e Regina Neri

Vamos falar sobre uma experiência recente e bastante instigadora que desenvolvemos nos últimos três anos – de 2009 a 2011 – com profissionais de saúde de hospitais da rede pública do Rio de Janeiro. Para que seja possível extrair as principais questões suscitadas pela experiência, faremos uma breve exposição sobre as condições que propiciaram sua construção.

Contexto e oportunidade de construção da iniciativa

Essa construção se inicia a partir de 2005, quando começaram a ser desenvolvidas no Instituto Nacional de Câncer - INCA – as “*Oficinas de Comunicação de Notícias Difíceis*”, promovidas pelos GTHs, os Grupos de Trabalho de Humanização. Estes grupos, inspirados nas diretrizes e propostas da Política Nacional de Humanização do SUS, constituíram-se em espaços coletivos, de autonomia e protagonismo dos profissionais de saúde, sem estarem inseridos na estrutura formal do Instituto nem subordinados ao funcionamento de sua hierarquia. Este foi um espaço conquistado a cada encontro, onde se reuniram profissionais de diferentes categorias e níveis de responsabilidade dentro do INCA, interessados em construir novas práticas de trabalho que pudessem contemplar a escuta das experiências singulares vividas pelos pacientes e seus familiares - e amigos - face ao adoecimento e às sequelas dos tratamentos. Ao

mesmo tempo, buscavam formas solidárias de cuidado aos profissionais, intensamente expostos ao sofrimento presente no cotidiano dos tratamentos no campo da oncologia.

As diversas iniciativas que foram sendo pensadas e praticadas enfatizavam o acolhimento, a co-responsabilização, o vínculo entre profissionais e usuários, discussões interdisciplinares de casos e situações clínicas ampliando o enfoque restrito à abordagem médica nas discussões clínicas realizadas nas mesas redondas e *rounds* de enfermagem. Buscava-se assim reverter o empobrecimento crescente das práticas de saúde submetidas ao modelo hegemônico da medicina bio-tecnológica.

Das situações e alternativas que se buscava analisar nenhuma ganhou, entretanto, maior importância e reconhecimento do que as que configuravam os momentos cruciais do tratamento em que era exigida dos profissionais a *comunicação de más notícias* aos pacientes e seus familiares.

Em oncologia, as *más notícias* vão desde o diagnóstico inicial quando este constata doença avançada, se estendendo à ocorrência de recidivas e aos efeitos adversos do tratamento causados seja pela quimioterapia e radioterapia, seja pelas consequências das cirurgias que implicam em mutilações e desfigurações que afetam profundamente a auto imagem e a autonomia dos pacientes. E chegando ao momento de maior tragicidade em que se deve anunciar o esgotamento dos recursos de tratamento específico e a passagem aos cuidados paliativos que garantam a melhor qualidade possível ao fim da vida.

Enfrentar cotidianamente essas situações altamente intensificadas quando se trata de crianças, adolescentes ou adultos jovens, constatar doença avançada

em mulheres grávidas ou prescrever tratamentos esterilizantes ou gravemente incapacitantes, ter que anunciar aos pais a morte iminente de seus filhos dentre tantas outras *más notícias*, caracterizam *situações-limite*, nas quais o sofrimento pode tornar-se intolerável, gerando níveis crescentes de adoecimento dos profissionais.

Os dados da Divisão de Saúde do Trabalhador do INCA registram o aumento crescente de licenças médicas por diagnósticos de depressão, associados a “problemas de coluna”, dores musculares, enxaquecas e outros sintomas relacionados à estados crônicos de tensão, além do uso abusivo de substâncias psicoativas.

Grande parte desses efeitos advém do isolamento dos profissionais em suas competências e responsabilidades individuais, de acordo com o modelo dominante da assistência, compartimentada e fragmentada, sem espaços de decisões conjuntas seja com os pacientes, seja com a equipe.

Em consequência, quando o avanço da doença progride e o profissional não encontra mais amparo nos recursos tecnológicos, a falta de preparo para a comunicação e o suporte emocional aos pacientes torna-se evidente, gerando silenciamentos ou comunicações abruptas de prognósticos adversos com sérios prejuízos à relação terapêutica.

Constatamos, assim, que nos limites da medicina biotecnológica, especialmente nos momentos de esgotamento dos recursos de cura, é que se pode conceber uma verdadeira aproximação entre a experiência do profissional e a do paciente e seus familiares ressaltando-se a importância – e a fragilidade - das relações de parceria e confiança.

O encontro com as questões e angústias dos profissionais da saúde nas *situações difíceis* nos colocou o desafio de oferecer um espaço no qual essas experiências, vividas de forma solitária e, frequentemente, com sentimento de impotência e fracasso pessoal, pudessem ser elaboradas e re-significadas coletivamente.

As *Oficinas de Trabalho sobre a Comunicação de Notícias Difíceis* constituíram a primeira resposta construída com estes objetivos. Tiveram grande aceitação pelos profissionais do INCA. Eram, no entanto, eventos pontuais e restritos aos profissionais do Instituto, com exceção de alguns poucos ‘observadores’ convidados.

Essas primeiras iniciativas demonstraram sua grande potencialidade. Sua expansão e desenvolvimento dependiam, no entanto, de um efetivo investimento de recursos.

A experiência Balint-Paidéia

Em 2009 construímos, em estreita articulação com a Divisão de Saúde do Trabalhador do INCA, o projeto denominado “*Atenção ao vínculo e capacitação para a comunicação de notícias difíceis no tratamento oncológico – com base nos Grupos Balint-Paidéia e uso do Protocolo SPIKES*”. O projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde para ser realizado com recursos de contribuições sociais do Hospital Albert Einstein de São Paulo. Tornou-se então possível a contratação de uma equipe de 15 profissionais, sendo 10 coordenadores de GBP, médicos e psicólogos, na sua grande maioria psicanalistas, com experiências desenvolvidas

em instituições; 01 coordenador técnico que me ajudou na coordenação geral (que ficou comigo); 01 coordenação administrativa e 02 auxiliares de pesquisa.

O projeto foi destinado prioritariamente aos profissionais e equipes da área oncológica, mas estendeu-se, desde o início e progressivamente, à outras áreas que enfrentam situações difíceis nos hospitais: a comunicação de má-formações fetais; HIV-AIDs; CTIs; Emergências; Trauma-ortopedia; Transplantes; Cardiologia.

Passaram por essa experiência cerca de 850 profissionais, de todas as categorias profissionais da saúde. Tanto profissionais mais antigos e experientes como residentes e pós-graduandos nas diferentes especialidades. Todos trabalhando com pacientes graves, em 24 hospitais do Rio de Janeiro. No total participaram 200 médicos; 300 enfermeiros; 100 psicólogos; 90 assistentes sociais; 50 fisioterapeutas e, em menor número, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos.. Entre 2009 e 2011 foram realizadas 5 turmas, uma a cada semestre. Na primeira tivemos 8 *Grupos Balint-Paideia* e nas seguintes 10 Grupos. No total foram 48 grupos. Os primeiros tiveram 8 encontros e os demais 12 a 14 encontros.

A metodologia do projeto foi inspirada nos *Grupos Balint*, adaptados ao contexto hospitalar e focados na comunicação de más notícias. A esta fonte agregou-se o método *Paidéia*, desenvolvido por Gastão Wagner de Sousa Campos, da UNICAMP, para a co-gestão de coletivos e a gestão compartilhada da clínica. Os *Grupos Balint-Paidéia* já vinham sendo desenvolvidos junto à UNICAMP, com equipes da atenção básica em Campinas e foram objeto de tese de doutoramento de Gustavo Tenório Cunha, defendida em 2009 junto ao Departamento de Medicina preventiva e social da UNICAMP.

Nesta *conexão - Balint-Paidéia* – articulam-se: 1) o cerne da experiência *Balint* – o reconhecimento *da potência de afetar e ser afetado* na relação entre os profissionais de saúde e seus pacientes e familiares – que entendemos como formas de manifestação da transferência e 2) a diretriz da co-responsabilidade, promovida pelo método *Paidéia*, e que traduz a perspectiva da democratização nos processos institucionais.

Vamos então extrair dessa experiência duas questões principais:

1) O foco sobre as más notícias: da vivência privada à experiência compartilhada

Ao colocarmos o foco na transmissão de más notícias tivemos a convicção de adentrarmos à um território *tabu*, uma região de silêncio, plena de intensas vivências, acumuladas na vida cotidiana do hospital das quais, muito pouco se fala nos espaços de discussão e intercâmbio profissional instituídos. São vivências mantidas no âmbito privado, que quiçá povoem os pesadelos ou as noites insones dos profissionais, mas que raramente são compartilhadas em espaços institucionais, restringindo-se, via de regra, a confidências com amigos mais próximos ou alguns “desabafos no cafezinho”.

A esse respeito levantamos possíveis aproximações entre essas vivências silenciadas e aquelas analisadas por Walter Benjamin em seu ensaio “*Experiência e Pobreza*”(BENJAMIN, 1987 [1933]). Essa pobreza, Benjamin atribui em primeiro lugar à própria experiência social que considera radicalmente desmoralizada na contemporaneidade - pela guerra, pela inflação econômica, pela fome ou pela

fraqueza moral dos governantes. Resta, então, face ao excesso de estímulos que atinge os indivíduos, a vivência privada (*Erlebnis*) a qual comporta intensidades de afetação não elaboradas ou não socializadas e que o autor vai aproximar da vivência traumática analisada por Freud em “Além do princípio do prazer”(FREUD, 1920). Estas vivências permanecerão isoladas e não incorporadas à memória individual e coletiva, a menos que possam ser narradas e compartilhadas, desencadeando processos de elaboração e de integração a espaços sociais, onde poderão se abrir para novas possibilidades de sentido.

As contribuições de Benjamin para a análise das mudanças provocadas na natureza da experiência humana remontam ao surgimento do capitalismo industrial e seus processos de produção em massa e de domínio da tecnologia sobre a vida social.

A reconstrução possível da experiência (*Erfahrung*) em nossos tempos faz apelo, então, não à reconstituição nostálgica de antigas comunidades ou grupos familiares, mas demanda a abertura de espaços e formas sociais de comunicação onde a *conversa* – falada ou escrita – possa narrar o que se passa a cada um no encontro com as dores do mundo.

Em nosso trabalho pudemos comprovar que a situação de vulnerabilidade que, se for vivida de maneira solitária, produz nos profissionais efeitos mortíferos de impotência, paralização, adoecimento e desvitalização, quando compartilhada em um espaço coletivo e solidário pode ser vetor de um movimento de abertura para o outro, promovendo *agenciamentos coletivos de desejo* (como pensaram DELEUZE E GUATTARI), que conduzem ao enriquecimento da experiência e ao aumento de sua potência.

Nas avaliações realizadas pelos coordenadores dos grupos Balint-Paidéia se destaca o reconhecimento e a valorização da potência afetiva dos intercâmbios interdisciplinares e interinstitucional, entre os profissionais de diferentes serviços, sobre os desafios apresentados pelas situações relatadas.

O relatório final da coordenação de um dos grupos, diz, por ex. o seguinte: *“o grupo caminhou de um momento em que o médico aparecia “na cabeceira da mesa” e a equipe procurava se afirmar ao redor, até o deslocamento desses lugares. A partir daí, o médico pôde ser visto em suas dificuldades e responsabilidades e cada outro saber em suas potencialidades, vislumbrando a possibilidade da equipe “rachar a conta”. Conta esta que o paciente apresenta à equipe e que não precisa ser paga a vista, pode ser compartilhada e negociada entre todos os envolvidos.”*

A segunda questão diz respeito a...

2) A potência do *trabalho afetivo* e a *produção do comum*

Michael Hardt, em um artigo intitulado “O trabalho afetivo” incluído no número dos Cadernos de Subjetividade publicado em 2002 sobre o tema do “Reencantamento do Concreto”, afirma: *“um dos aspectos do trabalho imaterial é o trabalho afetivo de interações e contatos humanos e os serviços de saúde são um dos exemplos que se baseiam no trabalho afetivo e na prestação de cuidados. As prestações de cuidados estão completamente imersas no corporal e afetivo, mas os afetos que produzem são não obstante imateriais”* Ainda que considere a preponderância do trabalho imaterial nos processos de subjetivação capitalísticos nos quais as forças ‘afetivas’ são postas ao serviço da captura do desejo e da massificação, Hardt também enfatiza que “as redes de trabalho afetivo podem

produzir subjetividades coletivas, novas formas de vida e de sociabilidade (M Hardt,154).

Peter Pál Pelbart incorpora essa perspectiva e a partir de contribuições de outros autores contemporâneos (Deleuze e Guattari, Toni Negri, Giorgio Agamben, Jean-Luc Nancy, entre outros) fala, em seu ensaio sobre “*A Comunidade dos sem comunidade*”, de um *sequestro do comum* em que este aparece apenas em formas esvaziadas, transformados em *clichês*: clichês do amor, da relação, da política, da revolução. Ao mesmo tempo, é a partir do desgaste dessas figurações onde o ‘comum’ acaba por aparecer como puro espectro, que o desejo e o pensamento podem começar a liberar-se deles, para encontrar aquilo que é ‘real’ na sua força de afetação, com consequências estéticas e políticas. (PELBART, pg28). O *comum* a ser produzido nestes termos, não é pois a comunidade como algo a ser buscado em um passado nostálgico, agrário ou familiar.

AGANBEN, em seu livro sobre *A comunidade que vem*, “*evoca uma resistência vinda não de uma classe, um partido, um sindicato, um grupo, uma minoria, mas de uma singularidade qualquer, de qualquer um*”, que em um momento propício expressa uma potência coletiva.

Consideramos que no espaço-tempo transitório constituído nos *Grupos Balint-Paidéia*, foi possível experimentar, a partir das afecções suscitadas pelo real das situações vividas no trabalho, algo dessa **produção do comum, pelo encontro das diferentes sensibilidades momentaneamente despidas de seu encouraçamento nos saberes e poderes das identidades e rivalidades profissionais**. Face ao caso clínico relatado, tinha-se um objeto investido por

todos e, a cada vez, um projeto de trabalho em que os presentes podiam se co-responsabilizar por sua condução, analisando possibilidades e recursos alternativos de intervenção. Em seguida, o caso era restituído, enriquecido, ao seu responsável que voltava a informar o grupo sobre os desenvolvimentos posteriores. Dizemos então que **a co-responsabilidade é mais do que o compartilhar uma dificuldade com outros colegas. Permite que se saia da queixa para uma produção e uma experimentação coletivas.**

A equipe de coordenadores constituiu-se, por sua vez, em outro espaço coletivo diferenciado, criado para acompanhar e pensar o desenvolvimento da experiência, sua própria implicação e as questões produzidas neste *campo de afecções* (em uma referência a Espinoza), constituído nos encontros dos grupos. O grupo de coordenadores se reuniu durante os três anos, toda sexta-feira à tarde. Aí compartilhamos as intensidades vividas pela discussão dos casos clínicos e institucionais apresentados nos grupos e na experiência de coordenação e condução das diferentes experiências. Foram 48 grupos BP. Neste espaço discutimos textos, compartilhamos *diários de bordo*, vivemos desafios, conflitos, entrechoques, cooperação, pensamento, amizade, produção.

Muitas questões, no entanto, permanecem em aberto e continuam suscitando interesse e reflexão. Aliás, é preciso dizer que durante todo o tempo de desenvolvimento desse trabalho fomos confrontados com a certeza de que os acontecimentos que se desencadeavam e a força do *trabalho afetivo* que se processava era sempre maior do que conseguíamos dizer ou mesmo pensar sobre o que estava se produzindo.

Daí a importância de podermos trazer para outros espaços, como é este aqui da Jornada, ou os grupos de que participamos no EBEP, as questões que nos mobilizaram e que nos fazem pensar.

Dentre essas questões, poderíamos destacar:

- O interesse em podermos pensar de forma mais rigorosa a potência da transferência nas práticas de saúde a partir da ênfase dada por Michael Balint ao campo de afetação mútua entre o profissional de saúde e seus pacientes, assim como das oportunidades de cooperação solidária entre os profissionais. *Transferência pública* (Balint) ou *transferência no trabalho*, abrindo, por meio do *trabalho afetivo*, possibilidades de *intimidade dentro do espaço público*.
- O interesse de estarmos atentos às oportunidades de agenciamentos coletivos que diferentemente dos fenômenos ou da dinâmica dos grupos, podem instigar novas formas de sociabilidade e novos registros de sensibilidade. Dizemos que **o coletivo não é o grupo**, não produz espaços privados e fechados sobre si, mas gera abertura para novas formas de vida e de trabalho.
- Em relação ao tema da Jornada, “Vulnerabilidades”, sublinhar a aposta que fizemos na conjugação de Vulnerabilidade e Potência. A realização desse projeto nos fez adentrar no cerne do paradoxo que atravessa a condição contemporânea: entre os efeitos de dominação do biopoder, - o poder sobre a vida - e a força da biopotência, -o poder da vida. Essa experiência nos trazendo muito próxima da formulação de Foucault:

“aquilo mesmo que o poder investia prioritariamente, a vida, era precisamente, o que doravante ancoraria a resistência a ele.” Nas palavras de Pelbart “se o capital nunca penetrou tão fundo no corpo e na alma das pessoas, no núcleo de sua vitalidade, ao mesmo tempo tal vitalidade, tornou-se fonte primordial de invenção de novas formas de vida. A vida é afinal um capital comum.”

- Ao oferecermos um espaço coletivo de acolhimento e elaboração de situações limites vividas pelos profissionais de saúde, nossa preocupação que se revelou também ser a inquietação dos profissionais participantes, era que os encontros se tornassem um muro de lamentação e de queixas. Fomos surpreendidos pela riqueza da produção do comum.

- Para além da qualidade dos projetos singulares construídos em torno dos casos clínicos discutidos, gostaríamos de trazer um exemplo dessa produção coletiva do comum: Todos os grupos caminharam no sentido da ampliação do que foi inicialmente considerado pelo Projeto como notícias difíceis. As notícias difíceis não se restringem à situações limites, elas perpassam o cotidiano da prática da assistência: “É o profissional quem recebe primeiro o impacto da má notícia e lhe cabe a delicada tarefa de comunicar aos pacientes e familiares, em meio a uma agenda sobrecarregada, em um ambiente, pouco propício à reserva e ao acolhimento. Muitas vezes, trata-se da demora para a realização de um exame, a falta de uma medicação. Algumas vezes, o que é considerado uma má notícia pelo profissional, por exemplo, a comunicação de um diagnóstico de câncer do seio, não é vivido da mesma forma pela paciente,

o que o impede de escutar a real preocupação da paciente sobre quem vai cuidar de sua filha durante o tratamento. Até mesmo a alta, pode ser uma péssima notícia para um paciente, que não tem uma rede social e familiar de acolhimento.”

Finalizamos com uma avaliação expressa pelos profissionais no término dos grupos: “Viemos aqui com a expectativa de adquirir uma técnica e saímos desses encontros com o aprendizado que levamos não só para o trabalho, mas para nossas vidas: a experiência de escutar o outro.” Nas palavras de uma técnica de enfermagem: “Cuidar é ouvir, o fazer pode ser apenas ouvir.”

No entanto, como assinalam os participantes, em contraste com os atos biomédicos, o cuidado fica como um trabalho invisível, que não tem registro, não é contabilizado nos protocolos, fazendo muitas vezes terem a sensação de não estarem desempenhando suas funções enquanto profissionais da saúde.

Saímos todos fortalecidos dessa experiência de produção do comum, que deu visibilidade ao trabalho afetivo, imaterial, o da prestação de cuidados, realizado quotidianamente pelos trabalhadores da saúde.