

INTUITIO

PPGFil/UFFS | e-ISSN 1983-4012

DOI: <http://doi.org/10.36661/1983-4012.2025v18n2.14504>

SEÇÃO: Vulnerabilidade e Humanidade

SOFRIMENTO E INTERPESSOALIDADE NA ABSOLUTA AUSÊNCIA DE RESPOSTA: REFLEXÃO FENOMENOLÓGICA SOBRE A RELAÇÃO ENTRE MÉDICO E PACIENTE EM FACE DO COMA

Suffering and interpersonality in the absolute absence of an answer: A phenomenological reflection on the relationship between doctor and patient in the face of coma

Wellington Monteiro¹
<https://orcid.org/0000-0002-1738-3541>
wellington.monteiro133@gmail.com

Resumo: O seguinte artigo busca trazer uma reflexão fenomenológica acerca do limite da noção de sofrimento como entidade clínica determinada, em específico se tratando de situações de coma. É possível considerar alguém que está em coma como estando em sofrimento? Ou melhor, como tendo *pessoalidade*? De acordo com a influente definição de pessoa de Eric Cassell (1982), que determina o sofrimento como ameaça a integridade da *pessoa*, experiência essa que é dada no tempo e é fruto do distúrbio de comportamentos que fundamentam uma identidade pessoal, não se poderia assumir que em um coma haveria *dimensão pessoal*. Buscaremos no seguinte trabalho trazer alguns elementos das limitações apontadas por Braude (2012) na posição de sofrimento pessoal de Cassell, em diálogo com a abordagem ética fundada na análise fenomenológica proposta por Zielinski (2022), na qual a autora propõe uma *fenomenologia do homem em que o humano está ausente*. Tais análises buscaram investigar uma dimensão inconsciente de *pessoalidade*, dadas numa relação de *vulnerabilidade* e de *interpessoalidade*.

Palavras-chave: Fenomenologia. Enfermidade. Ética. Levinas. Merleau-Ponty.

Abstract: The following article aims to provide a phenomenological reflection on the limits of the notion of suffering as a determined clinical entity, specifically when it comes to situations of coma. Is it possible to consider someone in a coma as being in suffering? Or rather, as having *personhood*? According to Eric Cassell's (1982) influential definition of personhood, which determines suffering as a threat to the integrity of the *person*, an experience that is given in time and is the result of the disturbance of behaviors that underpin a personal identity, it could not be assumed that in a coma there would be a *personal dimension*. In the following work, we will try to bring some elements of the limitations pointed out by Braude (2012) in Cassell's position of personal suffering into dialog with the ethical approach based on the phenomenological analysis proposed by Zielinski (2022), in which the author proposes a *phenomenology of man in which the human is absent*. These

¹Doutorando em filosofia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista CAPES. É membro dos grupos de pesquisa *Corpo, Fenomenologia e Genealogia* (UNICAP-CNPq) e *Páthos: fenomenologia material, intersubjetividade e religião* (UFSM-CNPq). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1380939258449326>

analyses sought to investigate an unconscious dimension of personhood, given in a relationship of *vulnerability* and *interpersonality*.

Key-words: Phenomenology. Illness. Ethics. Levinas. Merleau-Ponty.

1 Introdução

A perspectiva da primeira pessoa é um dos lugares comuns para as determinações fenomenológicas do sofrimento, no contexto de teorias que visam analisar as estruturas gerais do sofrer na totalidade do humano em seu padecer. A despeito disso, esse lugar assegurado da primeira pessoa é relativo na medida em que se considera casos de inconsciência, como o coma, ou as situações de “pós-pessoas”, ou pessoas “pós-narrativas”. O nó central de tais tematizações é um sujeito ainda capaz de intencionar, de ter uma vida de comportamentos determinados (ainda que assolados pela enfermidade), e de ter uma identidade prática coerente e passível de ser narrada. É um sujeito capaz, a despeito da doença, e sua capacidade de ir *adiante* é resguardada; e mesmo em situações de sofrimento insuportável é ainda capaz de pedir sua morte quando possível.

Tudo isso torna-se um tanto mais complexo quando começamos a considerar situações em que esse sujeito assegurado da primeira pessoa é aos poucos perdido por enfermidades incapacitantes à nível intelectual e/ou comunicativo. Quando a fronteira cognitiva é afetada, o acesso às vivências é prejudicado e esse *sofrimento existencial* se torna praticamente alheio à tematização de terceiros, e em casos de coma, essa ponte é absolutamente destruída. Mas a pessoa como existente, sendo engajada e tendo comportamentos complexos, é a única a sofrer? Considerando o caso de uma mulher entubada, há sofrimento? Nos é intuitivo dizer que sim, mas que esse sofrimento *não é existencial*, e por isso mesmo, não implica a noção de pessoa como ser existencial. Dito isso, a dimensão existencial dada como projeção de comportamentos seria o modo mais decisivo para se fundamentar a noção de *pessoa*?

Pretendemos aqui investigar uma noção de *pessoalidade interpessoal*, a qual parte de uma noção de identidade relacional que se funda em uma vinculação ética de “um-com-o-outro”², ou de uma “carnalidade”³ mútua que funda um chão comum intersubjetivo. Uma

²Referenciamos indiretamente aqui aos pares “Eu e Outro” ou “Mesmo e Outro” utilizados por Levinas em *Totalidade e Infinito* (2017) para expressar a relação ética fundamental.

³A noção de “carne” é uma categoria ontológica tardia no pensamento de Merleau-Ponty (1908-1961), em específico do seu trabalho póstumo chamado *O Visível e o Invisível* (2014).

pessoa não seria só aquilo que ela é para si como eixo fenomenológico, mas sim um alguém que está sempre relativo às suas relações com os outros e refém de situações aquém de sua consciência e de suas intencionalidades asseguradas. O seguinte artigo então visa defender uma dimensão inconsciente⁴ de *pessoalidade* que se mantém mesmo quando se está em estado vegetativo, dimensão essa que é reconhecida pela interpessoalidade ainda existente entre médico/enfermeiro, ou mesmo acompanhante, em face do enfermo que está desfalecido.

2 Sofrimento como “entidade clínica” e a transcendência do sofrer

Eric Cassell (1928-2021) foi um clínico famoso por seu trabalho na área da medicina paliativa. Os estudos de Cassell na segunda metade do século XX foram importantes principalmente por trazerem uma dimensão da clínica que abordava o fenômeno do humano enfermo considerando os aspectos subjetivos do seu padecer. Era comum na medicina moderna até então uma separação implícita entre “mente” e “corpo”, um dualismo que se refletia, e ainda se reflete de alguma maneira, nas distinções entre “subjetivo” e “objetivo” que pautavam a aproximação do médico especializado frente ao seu paciente. O que o médico especializado veria ali até então não era propriamente uma *pessoa*, mas sim um corpo que apresentava sintomas que indicavam uma doença, de tal forma que ele trataria essa doença, e não o paciente em seu todo.

O eixo central da teoria de Cassell é sua noção de *pessoa*. O médico ao tratar um paciente, não está apenas lidando com uma *parte* daquele sujeito que lhe pede ajuda, mas sim com um *todo* que lhe faz, e o qual está sendo perturbado pela enfermidade. Uma pessoa então, de acordo com Cassell, é esse arranjo completo de vivências e de significados que estão para além de um *mero corpo* doente (CASSELL, 1982, p. 642). Uma pessoa não é apenas alguém com um nome, mas sim um sujeito que ocupa lugar existencial e social, e desempenha um papel familiar ou profissional. Uma pessoa vive e experimenta o mundo a partir de determinados comportamentos que lhe fazem, tendo então caráter e personalidade. A doença

⁴Aqui inconsciente não é relacionado a psicanálise, apenas refere-se ao estado de privação de consciência, como no sono e no coma.

pode ser uma só, com seus sintomas e dores determinadas, mas existe uma infinidade de pessoas que podem tê-la de tal forma que cada uma sofre à sua maneira.

Uma pessoa é feita de história e de memórias, e experiências passadas pautam expectativas de experiências futuras, de tal maneira que isso torna um momento de tensão, de *sofrer* dentro de uma história pessoal, como algo que pode ser experimentado como um *sofrer por sua própria expectativa*; podemos sofrer antes mesmo da ferida. Uma fobia se perpetua como um medo cristalizado na memória, e dentre as fobias, a *iatrofobia*⁵ é uma das mais significativas dentro de um cenário clínico pois desvela um medo paradoxal frente à medicina, pois *porque razão eu teria medo daqueles cujos os únicos objetivos são o de me curar?* Partindo disso, vemos que a figura do médico pode, na verdade, representar *mais sofrimento* para o paciente⁶. Com Cassell, vemos que a relação paciente-médico tem um efeito por si só terapêutico (CASSELL, 1982, idem), trazendo a lume essa dimensão que excede a medicina moderna que se preocupava com a cura de uma doença à nível de objetividade apenas. Com a perspectiva de Cassell, os pacientes são vistos integralmente, ou seja, considera-se dimensões subjetivas que pautam como o paciente *interpreta* sua própria enfermidade. Isso pode não curar a doença, mas pode atenuar o sofrimento desse paciente mostrando o valor do tratamento paliativo, em especial para os casos de *sofrimento incurável* e de *pacientes em estado terminal*. Mesmo em face da possível mortalidade, uma pessoa ainda pode manter-se íntegra e ressignificar o pouco do caminho que lhe falta.

Cassell determina que o sofrimento surge quando a *pessoa* é ameaçada em sua *integralidade*. A pessoa não sofre localmente pela mera *dor* que a doença lhe causa, mas sim pelo quanto essa doença está perturbando sua *identidade* enquanto *pessoa*, é quando a *parte* está ameaçando o *todo* que o *sofrimento* surge. Na medida em que essa “aflição” se estende pelo tempo, a dor então se faz sofrer na medida em que esta não é sanada, ou significada. Há pessoas que têm mais tenacidade frente a determinadas dores que outras, e tudo isso é relativo a aspectos de personalidade específicos, também como o “sentido pessoal” da vivência da enfermidade no contexto desse paciente. Por isso a transparência na relação entre médico-paciente é decisiva para o tratamento do sofrimento.

⁵Fobia relacionada a médicos, ou contextos de tratamento clínicos.

⁶Notavelmente há os casos de *iatrogenia*, que são complicações ou colaterais associados ao tratamento de doenças, onde o sofrimento ocorre até no tratamento destas, vide a quimioterapia, no caso de câncer.

Na medida em que a pessoa não é redutível a nenhuma de suas partes, mas sim a articulação de todas suas regiões implícitas, uma pessoa pode se recuperar de diversas enfermidades que afetaram em alguma medida sua identidade pessoal, podendo ela sempre se rearranjar, caso isso faça sentido para ela (CASSELL, 1982, p. 644). Esse processo de “cura” transcende o sarar de uma doença, pois dá condições de lidar com as possíveis sequelas, revelando uma dimensão terapêutica onde o médico é importante não só pela capacidade de intervenção na víscera, mas também com o cuidado e responsabilidade que ele carrega perante à relação ética que se estabelece quando o pedido de ajuda acontece. Ao entender o sofrimento como essa ameaça a *integralidade* da pessoa, Cassell dá condições para que o sofrimento possa ser ressignificado, sendo esse o fundamento do tratamento a nível paliativo. Porém, até que ponto é possível *dar significado ao sofrer*?

A carga subjetiva da dor como fenômeno puro não iria contra a própria possibilidade de significação? Afinal, a dor enquanto sentida é quase sempre algo que queremos que passe, seja por analgésicos ou por qualquer forma de tratamento. O tratamento *per se* é uma espécie de busca por sua liquidação, queremos que a dor seja sarada, que o sofrimento deixe de existir. Antes de aceitarmos que vamos ter que conviver com ela desejamos que ela não exista. Essa carga subjetiva do sofrer sempre implicaria determinada distância da tematização total, negando sua segura (re)significação completa.

Hillel D. Braude questiona essa segurança da posição de Cassell na tematização do sofrimento em seu artigo *Affecting the Body and Transforming Desire: The Treatment of Suffering as the End of Medicine* trazendo como pano de fundo as posições de Karl Jaspers e Emmanuel Levinas. Ali ele questiona justamente essa dimensão inacessível que se põe na medida em que consideramos o sofrimento como também estando em uma dimensão *subjetiva*. Justamente essa *subjetividade* do sofrer é o que impõe sempre uma distância entre o que é expresso enquanto sofrimento pelo discurso e o que é o sofrer enquanto experiência do sofrimento (BRAUDE, 2012, p. 272).

Toda a tentativa de tematização genérica do sofrimento subjetivo resvalaria em uma posição de objetivação de um fenômeno que se dá em completa separação. Braude acusa Cassell de tentar tratar da subjetividade a partir de pressupostos da medicina objetiva, mesmo com sua preocupação com a subjetividade; a de projetar uma estrutura médica em uma

entidade mais ampla (BRAUDE, 2012, p. 271) A dor então rejeitaria a possibilidade de totalização de sentido, ela seria por isso, *inútil*; ela clama por ser sanada, antes de ser tolerada.

Para Emmanuel Levinas o sofrer tem um caráter que transcende a própria consciência daquele que sofre, o paciente não sabe o que fazer com aquela dor, e por isso clama por ajuda. É por esse excesso que se faz o *apelo* que faz do médico aquele que existe para acolhê-lo, para tratar das feridas e lhe acalantar o sofrimento. No momento em que o sofrimento alcança esse estado em que não é mais suportável⁷ para aquele que sofre é que o *grito*, o *choro*, se tornam signos de um *pedido de ajuda*⁸. É nesse momento de excesso que o sofrimento ganha sua determinação específica de “inutilidade”, pois um “sofrimento útil”, é fundamentalmente possível de ser suportado para consigo, e *outrem* me aparece justamente quando não estou mais sendo capaz de suportar⁹. É nesse sentido que o próprio fundamento do trabalho do médico é perpassado pela preocupação ética fundamentalmente, pois para Levinas:

A solidão da morte não faz desaparecer outrem, mas mantém-se numa consciência da hostilidade e, por isso mesmo, torna ainda possível um apelo à outrem, à sua amizade e à sua medicação. *O médico é um princípio a priori da mortalidade humana.* (...) Mantém-se na ameaça uma *conjuntura social*. (...) Não se trata, bem entendido, de introduzir a morte num sistema religioso primitivo (ou evoluído) que a explica, mas de mostrar, por detrás da ameaça que ela traz contra a vontade, a sua referência a uma ordem interpessoal, cuja significação ela não aniquila (LEVINAS, 2017, p. 231-232, grifos nossos).

A própria vulnerabilidade da condição humana impõe como *princípio* o socorrer do médico. Assim sendo, a *relacionalidade* é decisiva e fundamental desde o começo para com o médico e paciente, de tal forma que o *apelo* e a *resposta* frente ao sofrimento antecedem qualquer tematização sobre suas causas. O médico responde ao enfermo antes de

⁷Esse “insuportável” não se refere àqueles casos extremos de pacientes com sofrimento insuportável, aqui qualificamos como já insuportável o desconforto que já pede por intervenção externa, seja analgésica, ou de um clínico. Penso uma analogia com a coceira: ela já é insuportável a despeito de sua intensidade.

⁸“Abertura original em direção daquele que socorre onde vem se impor - através de um pedido de analgesia mais imperioso, mais urgente no gemido que um pedido de consolação ou do adiamento da morte - a categoria antropológica do medical, primordial, irredutível, ético. Para o sofrimento puro, intrinsecamente insano e condenado, sem saída, a si mesmo, se delineia um além no inter-humano.” (LEVINAS, 2004, p. 131)

⁹Poderíamos arriscar dizer que o sofrimento que passa para o “útil” seja aquele sofrimento já significado no contexto clínico, uma doença que já tem nome e que o enfermo já “sabe o que fazer com ela”, mesmo que seja aceitá-la. Porém, isso é diferente de dizer que o sofrimento é passível de significação; aqui ele seria considerado sempre como um “a despeito de sofrer, faço...”

compreender por completo a sua doença. Dessa forma a experiência do sofrer partilhada na relação entre médico-paciente é marcada por uma mútua abertura possibilitada pela interlocução entre ambos. Essa abertura é primária e é decisiva na relação, podendo facilitar a efetividade de processos de intervenção de placebos, como também resguardando a integridade do paciente enquanto sujeito nesse processo absolutamente disruptivo que é o da enfermidade.

Vemos com isso que o evento da enfermidade é marcado não apenas pelo sofrimento solitário de um sujeito que padece, mas sim o começo de uma relação de partilha entre aquele que *sofre*, e aquele que *socorre*. Antes de o tratamento do sofrimento ser a nível de ressignificação existencial (significação da sua vida *com* o sofrimento), dentro das possibilidades de um sujeito narrativo e (re)constituído, a relação entre o médico-paciente emula a socialidade na sua fragilidade mútua (relação social de *apelo* e *escuta*). Antes da *pessoalidade* se reconstituir, o paciente precisou da intervenção alheia, de alguém que o ajudasse a suportar o que ele sentia. Antes dessa significação, há a *abertura a outrem*, e é por ela que posso buscar a *ressignificação*, é escutando um diagnóstico, é estando em companhia, é sendo tratado¹⁰. Como *pessoa*, sou aquele que se relaciona, e parte das significações de minha identidade são relativas a outrem.

Na emergência de tal relação antropológica primordial, se ergue a possibilidade de partilha mútua e do diálogo. Mesmo em uma relação onde a dimensão do padecimento é a mais muda e incapaz de ser comunicada, a reciprocidade da abertura para o diálogo ainda existe. Então, o que dizer de situações onde mesmo essa ponte comunicativa é destruída? Como lidar com situações em que ainda partilhamos da presença de um ser humano mas onde este foi reduzido à inconsciência completa pela enfermidade? Ao ser privado de sua dimensão

¹⁰A importância dessa significação interpessoal na relação com o enfermo é vista em pesquisas empíricas (p. ex: DEES et al, 2010), onde vemos que muitas pessoas elencam *humilhação*, *tornar-se um fardo* ou *perda da dignidade* como razões para fundamentarem suas solicitações para suicídio assistido ou eutanásia. Essas são razões que além de existenciais, representam uma relação com um *ethos* que as sustentam, são relacionadas à *hospitalidade*. No meio dessa teia relacional poderíamos até dizer que a maneira como o *ethos do hospital*, e também o *ethos familiar* recebe a enfermidade é vinculado à significação da vida do enfermo com o sofrimento que a doença lhe traz. É por esta relationalidade que esse sujeito se percebe como (in)capaz ou (in)digno. Um ambiente em que não há espaço para se suscitar esse tipo de juízo narrativo sobre si, pode aliviar o sofrimento por si só.

de reciprocidade enquanto *pessoa*, ele deixa de sofrer? Haveria uma dimensão *não existencial* do sofrer?

3 Um olhar fenomenológico para o coma: a interpessoalidade¹¹

O absoluto desconcerto em face de uma situação do coma, onde o acesso ao “sofrimento sentido” nos está sendo privada pela via da palavra revela a profundidade de uma experiência absolutamente alheia a nossa compreensão clara do padecimento do outro, ao mesmo tempo que nos põe em proximidade, pois esse corpo que ali jaz ainda respira, e de alguma maneira, ainda vive. A enfermidade ali não apenas desfigura o arranjo de vivências de uma pessoa, mas também desfigura sua própria humanidade.

Essa questão é explorada em um ensaio recente pela filósofa francesa Ágata Zielinski, chamado *Une éthique du sensible: penser la relation autrement*. Ela parte do livro de Michel Malherbe (2015), cujo qual escreve sobre o acompanhamento do processo degenerativo de sua mulher enquanto reflete sobre o limite da experiência da *reciprocidade*. A grande questão posta por Malherbe não é acerca do desarranjo da experiência e do não-reconhecimento por parte de sua mulher, mas sim de como ele também não consegue mais reconhecê-la (ZIELINSKI, 2022, p. 135). A enfermidade do Alzheimer, de acordo com Malherbe, põe em xeque a subjetividade clássica na medida em que a doença avança deformando aspectos fundamentais do “*logos*”, como a linguagem e a consciência de si. Aspectos esses que não são apenas privados, mas sim condições fundamentais para a interlocução num mundo comum. Ao destruir a possibilidade da fala a interlocução é desfeita, e aquele elo social que permite a paridade da relação médico-paciente é desfeita.

Numa situação como essa, mesmo a posição de Levinas trazida anteriormente como uma dimensão social da identidade e do sofrer, não se sustenta. Mesmo a alteridade levinasiana acontece na medida em que há uma abertura, uma espécie de “proto-reconhecer”

¹¹Estamos usando o neologismo “interpessoalidade” para nos aproximar da noção de “pessoalidade” trazida por Cassell (*personhood*). Na fenomenologia muito se fala de *intersubjetividade* e em especial no pensamento de Merleau-Ponty de *intercorporiedade*. Esse é um tema que remonta Edmund Husserl, seu inaugrador, e que o desenvolve endereçando à acusação de solipsismo implícito ao método fenomenológico (HUSSERL, 2019, p. 111), mas tal temática recebe significativos desenvolvimentos pela mão de filósofos posteriores, como Sartre e Merleau-Ponty. Como nossa referência aqui é Ponty, a *intercorporiedade* está diretamente ligada a essa noção de *interpessoalidade*, e se dá justamente nessa participação sensível que logo mais vamos explorar sob o nome de *reversibilidade*, implicando um vínculo intersubjetivo no nível do sensível.

no evento ético do *face-a-face* - mesmo que o próprio Levinas recuse chamar a sua ética de uma ética do reconhecimento (para evitar aproximações com Hegel), há ainda ali dois olhares que se reconhecem como mutuamente estranhos, *mas ainda se reconhecem*. Numa posição onde há demência, ou mesmo a situação de coma, não existe *velar* algum. Ou seja, a posição levinasiana traria o reconhecimento, mesmo que ele não seja propriamente fundado (ZIELINSKI, 2022, p. 136-137).

Perante tal “situação extrema” da destruição do reconhecimento, a autora propõe que a posição do “cuidador”, dentro do contexto de uma pessoa que *está vendo* (mas *não sendo vista*) um processo degenerativo alheio, vivencia uma experiência fundamentalmente “fenomenológica” (ZIELINSKI, 2022, p. 139). Qualificar aqui a posição como fenomenológica implica essa disruptão na significatividade no seio da relação humana, aqui sendo a da *absoluta ausência*, da *não reciprocidade* da relação intersubjetiva. O cuidador mantém relação com alguém cujo qual a humanidade, ou aqui podendo ser posta como *pessoalidade*, está completamente ausente. A despeito daquele corpo ali ser o signo de um outro humano, ele em sua reciprocidade está sem-resposta; dessa forma, o arranjo intencional do próprio cuidador é posto em redução, no sentido de que seu próprio embaraço e/ou cuidado não está sendo visto ou mesmo percebido. Aqui não estamos mais considerando pessoas com demência, pois em alguma medida, mesmo elas podem ter algum comportamento semelhante à “visão” (ao *velar*), mesmo que desprovida de intencionalidade complexa. É em face do coma que a ponte é realmente retirada.

No momento de tal ausência de reciprocidade, o enfermo inconsciente aparece como um *alter-ego*, que a despeito da estranheza de seu silêncio, que traz justamente o *alter* (alteridade), o seu status de *ego* ali é colocado em xeque (ZIELINSKI, 2022, idem). Porém, mesmo assim, algo ali me impede de negar-lhe a alteridade como humana, de reduzi-lo a mero ente, à dizer que lhe falta *ser*. O que me nega a possibilidade de tal coisa é justamente o *vestígio*¹² de sua alteridade, de uma identidade impossível de ser comunicada em seu todo e que lhe impõe uma *face* naquele corpo desfalecido. A história pessoal que um relativo pode me contar é sempre um lado de uma história em vestígio que apenas o seu discurso poderia

¹²A noção de “vestígio” é cara a Levinas, pois é por ela que no ser uma alteridade deixa um vestígio do para além de ser. Ele dedica um importante texto ao tema chamado *O vestígio do outro* de 1963, presente no livro “*Descobrindo a existência com Husserl e Heidegger*” (LEVINAS, 1997).

comunicar-me. Assim a identidade de alguém em situação de coma ainda está em jogo mesmo quando este é incapaz de comunicá-la, e a vizinhança dessa questão ronda em vestígio naquele rosto que guarda para si em silêncio uma história não comunicada.

A despeito de seu não velamento, a presença do desfalecido ainda acusa em mim essa *interpessoalidade* que não é desfeita com sua inconsciência. Ele ainda me coloca em face de uma espécie de estranhamento particular no momento em que percebo-me como partilhando da mesma vulnerabilidade possível como um corpo desfalecido, pois também sou corpo, e por isso mesmo sou vulnerável e mortal. O que torna nossa situação comum? O que funda uma interpessoalidade mesmo que não-recíproca?

Para pensar essa relação intrigante, a autora traz a noção de “reversibilidade” do filósofo francês Maurice Merleau-Ponty. Na esteira do pensamento fenomenológico de Edmund Husserl, o qual pensa o fenômeno da corporeidade em seus trabalhos tardios como dividido entre as duas noções de *Körper* (corpo objetivo) e *Leib* (corpo vivo), Merleau-Ponty nota que no *evento do toque* ocorre um fenômeno de duplicitade, o qual implicaria um corpo que não apenas é pego objetivamente, mas também é sentido de maneira subjetiva. Essa dobra, entre *sentido* e *senciência*, é chamado de *reversibilidade*. O corpo que jaz na cama na medida em que o toco, não é que nem os entes à sua volta, pois ele é um corpo vivo ainda, é *leib* (ZIELINSKI, 2022, p. 140). Sem dúvida o paciente em coma é incapaz de interpretar os sinais, devido à sua inconsciência, porém seu corpo ainda é abertura viva para ser tocado, e na medida em que isso acontece, há *reversibilidade*, pois todo toque é duplo *sentido/senciência*¹³. Ao mesmo tempo que o toco, há uma *situação comum* dada na reversibilidade de ambos os toques; seu corpo na medida em que o toco, também me toca, trazendo-lhe para uma partilha que não é uma interlocução pela palavra, mas sim uma *intersubjetividade dentro do sensível*.

Essa dobra da reversibilidade como aquilo que instala uma situação comum entre dois corpos é o que anuncia a noção ontológica de “carne”. É por nossa *carnalidade* que nos instalamos na relação sensível e fundamental para com o mundo, e para com a natureza. É

¹³“A reversibilidade caracteriza a relação em virtude da qual o palpar ou o ver são inseparáveis de um ser palpado e de um ser visto. A atividade só pode se dar numa proximidade constante com a passividade. Inscreve-se, assim, nas relações do senciente com o sentido, uma reversibilidade, uma circularidade em que se revela o copertimento deles, mas também sua distância, sem coincidência ou fusão. (...) A sensação é essa deiscência que faz nascer, um para o outro, o sensível senciente e o sensível sentido.” (DUPOND, 2010, p. 66-67)

pela carne que estamos instalados no *ser*¹⁴. Ou seja, antes de partilharmos um universo intencional comum, estamos unidos numa espécie de “intermundo” sensível, um lugar pré-reflexivo de fundação. A despeito de sua não reciprocidade, aquele corpo em coma ainda partilha a mesma situação que o meu corpo (ZIELINSKI, 2022, p. 143). Na medida que partilhamos esse intermundo por uma imbricação, torna-se patente essa dimensão muda e latente de toda a experiência intencional consciente; o corpo desfalecido me traz a manifestação do sensível mudo do existir, de uma dimensão *impresentável*¹⁵ de nossa experiência. Essa dimensão sensível que não se apresenta, esse estofo que rejeita a posse completa, é o *estrangeiro* (ZIELINSKI, 2022, p. 145).

Ao fim de seu texto, Zielinski retoma Levinas para discutir a ideia de *proximidade* que há em face desse *estranho* que se apresenta nessa *situação comum*. Ela questiona Malherbe e sua acusação de que a ética de Levinas cairia nessa dependência do reconhecimento perante ao evento do *não-recíproco* (ZIELINSKI, 2022, idem). Ao retomar Levinas, ela traz a noção de *proximidade*, ao mesmo tempo que procura mostrar como, na verdade, o *rosto* em Levinas significa para além do reconhecer. O paradoxo do *rosto* em Levinas tem afinidade com a carnalidade antes posta por Merleau-Ponty, porém enquanto Ponty busca o meio ontológico para o interhumano, Levinas preocupa-se com a subjetividade a nível ético, no entanto ambos convergem em como pensam a subjetividade como se constituindo desde já em determinada *relacionalidade*; relationalidade esta de *exposição* e de *nudez*. Se utilizando do recurso da hipérbole, frequente em Levinas, Zielinski leva o apelo para uma dimensão em que o próprio rosto, na medida em que se encontra desfalecido, anuncia o *inumano no humano* (ZIELINSKI, 2022, p. 146), e que no fim, o apelo da absoluta alteridade, vai além da face, nos tocando numa *vulnerabilidade mútua*. E é por essa vulnerabilidade que a sensibilidade é pensada eticamente.

Assim vemos que no seio desse intermundo que há entre a reversibilidade do toque do enfermeiro na pele do doente há uma relação *interpessoal*. Nesse tocar há uma proto-intersubjetividade que resguarda ainda essa dimensão de mútua partilha, de cuidado que há

¹⁴ “[a carne] se afasta do sentido habitual na medida em que visa não a diferença entre o corpo-sujeito e o corpo-objeto, mas, antes, inversamente, a matéria comum do corpo vidente e do mundo visível, pensados como inseparáveis, nascendo um do outro, um para o outro, de uma “deiscência” que é abertura do mundo. Portanto, a carne nomeia própria e fundamentalmente a unidade do ser como “vidente-visível” (DUPOND, 2010, p. 9)

¹⁵ Do francês: *imprésentable*.

entre médico e paciente. Tal *proximidade* que há entre médico e paciente é de uma relação deformada enquanto reconhecimento, porém a despeito da estranheza que ela põe ainda é uma partilha, e como apelo, o sujeito em coma me “pede ajuda” por sua própria vulnerabilidade, há um sofrer mudo na minha própria relação com aquele. No momento em que ele não mais consegue me comunicar seu sofrer, justamente por isso, esse seu *sofrimento* se torna mais agudo; não há dimensão que eu possa acolhê-lo e ajudá-lo a significar esse sofrer. O *interpessoal* de tal relação reside justamente de que ele é *ser dependente* completamente de mim, restabelecendo aqui a relação ética entre médico-paciente dentro de uma absoluta assimetria (ZIELINSKI, 2022, 148).

4 Considerações finais

No momento em que a enfermidade tange então por completo aquele sujeito lhe retirando a primeira pessoa, retirando-lhe a dignidade pela privação de mundo, de ter a vida, mas não vivê-la, é que se antevê as questões que fundamentam as intensas discussões em torno da eutanásia e do suicídio assistido. Há algo naquele enfermo desfalecido que me impede de realmente vê-lo como um *vegetal*. Essa identidade silenciosa é mantida nesse caráter de *impresentável* de sua situação, nesse *vestígio* de identidade que persiste enquanto aquele ali ainda jaz. Enquanto aquele organismo ainda sustentar uma vida possível de ser vivida, uma vida que ainda possa erigir significação, onde o sofrimento for suportável e não negue a possibilidade de significação dessa própria vida, ainda será possível dizer que ali há uma *pessoa*, com toda sua complexidade e fecundidade latente.

Quando nos deparamos com uma *situação extrema* como a do coma, percebemos pelo excesso *nossa vinculação* com aquele corpo desfalecido. Mesmo com nossa posse do *logos*, de nossa *visão*, e de nossa consciência, algo nos aproxima do doente como *pessoa*. No momento em que aquele corpo *perde* sua reciprocidade enquanto interlocutor, minha intencionalidade se vê em frente a uma situação de estranheza. O fundo comum dessa relação me impede de reduzi-lo a um mero corpo, pois sua *vulnerabilidade* acusa a minha. Sem dúvida, o sofrimento nesse contexto não é da ordem de um *sofrimento existencial*, porém isso não implica que a identidade pessoal deste não esteja em jogo. Toda sua identidade repousa nesse silêncio de seu coma. Assim, podemos notar como a definição de *pessoalidade* fornecida por Cassell, por mais que represente um avanço na compreensão integral da pessoa, ainda não

consegue dar conta de *situações limites*, como a do coma, revelando como sua abordagem ainda é refém de uma reciprocidade que nem sempre é possível. Ao ampliar a noção de *pessoa* e pensá-la a partir de uma *interpessoalidade*, evocada pelo artigo de Zielinski, se é possível resguardar a complexidade do problema dos estados vegetativos, além de acenar para um vínculo quiçá mais anterior que a noção assegurada de *pessoa*, em sua individualidade apartada, evocando antes um interstício carnal ou de mútua vulnerabilidade como princípio de uma relação *inter-humana*.

Antes de ser um *sujeito capaz* de desempenhar papéis, de ter vida intencional complexa, o paciente é uma pessoa que tem corpo, e nesse corpo que reside toda a *carnalidade* de sua abertura perante o mundo e a outrem. No momento de sua inconsciência tudo o que ele é ou pode ser não desaparecem, mas são colocados em suspenso pela enfermidade, e sua face de olhos fechados é a lembrança silenciosa não apenas de quem fora, mas de quem ainda poderá ser enquanto ainda respirar.

Referências

BRAUDE, H. D. *Affecting the Body and Transforming Desire: The Treatment of Suffering as the End of Medicine Philosophy*. Psychiatry, & Psychology, v. 19, n. 4, p. 265–278, 2012.

CASSELL, E. J. *The nature of suffering and the goals of medicine*. New England Journal of Medicine, v. 306, n. 11, p. 639–645, 1982.

DEES, M. et al. *Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review*. Psycho-oncology, v. 19, n. 4, p. 339–352, 2010.

DUPOND, P. *Vocabulário de Merleau-Ponty*. Tradução: Claudia Berliner. 1 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

HUSSERL, E. *Meditações cartesianas: uma introdução à fenomenologia*. Tradução: Fábio Mascarenhas Nolasco. São Paulo: Edipro, 2019.

LEVINAS, E. *Descobrindo a existência com Husserl e Heidegger*. Tradução: Fernanda Oliveira. Instituto Piaget, PT: Lisboa, 1997.

_____. *Totalidade e Infinito*. Tradução: José Pinto Ribeiro. PT: Lisboa, Edições 70, 3 ed., 2017.

_____. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Tradução: Pergentino Stefano Pivatto (coord.) Evaldo Antônio Kuiava, José Nedel, Luiz Pedro Wagner, Marcelo Luiz Pelizzoli. Petrópolis RJ: Editora Vozes, 2004.

MALHERBE, M. *Alzheimer, la vie, la mort, la reconnaissance*. Paris: Editora Vrin, 2015.

MERLEAU-PONTY, M. *O visível e o invisível*. Tradução: José Artur Gianotti e Armando Mora d'Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2014.

ZIELINSKI, Á. *Une éthique du sensible: Penser la relation autrement*. Paris: Facultes Loyola Paris, Archives de Philosophie v. 85, n. 3, pg. 135-150, 2022.

Recebido em: 08/07/2024.

Aprovado em: 20/11/2025.

Publicado em: 02/12/2025