

ALINE CRISTINA CALÇADA DE OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO AMBIENTAL, TOQUE TERAPÊUTICO E ESQUIZOANÁLISE: UM
CUIDADO ANTI-IATROGÊNICO NA ENFERMAGEM HOSPITALAR**

RIO GRANDE

2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
AMBIENTAL
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL



**EDUCAÇÃO AMBIENTAL, TOQUE TERAPÊUTICO E ESQUIZOANÁLISE: UM
CUIDADO ANTI-IATROGÊNICO NA ENFERMAGEM HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental - PPGEA, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação Ambiental.

Orientador: Dr Alfredo Guillermo Martin Gentini

RIO GRANDE

2014

O48e Oliveira, Aline Cristina Calçada de
Educação ambiental, toque terapêutico e esquizoanálise: um cuidado anti-iatrogênico na enfermagem hospitalar / Aline Cristina Calçada de Oliveira. - 2014.
281 f. : il.

Tese (doutorado em Educação Ambiental) - Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental, Rio Grande / RS, 2014.
Orientador: Dr. Alfredo Guillermo Martin Gentini.

1. Educação Ambiental 2. Iatrogenia 3. Esquizoanálise 4. Toque terapêutico 5. Cuidados de enfermagem I. Martin Gentini, Alfredo Guillermo II. Título.

CDU: 504:37:616-083

Catálogo na fonte: Bel. Me. Cibele Vasconcelos Dziekaniak CRB10/1385.

Aline Cristina Calçada de Oliveira

Educação Ambiental, Toque Terapêutico e Esquizoanálise: Um cuidado anti-iatrogênico na enfermagem hospitalar

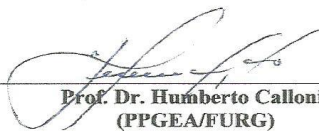
Tese aprovada como requisito final para a obtenção do grau de Doutor em Educação Ambiental no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Comissão de avaliação formada pelos professores.



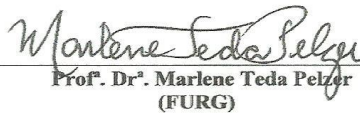
Prof. Dr. Alfredo Guillermo Martin Gentini
(Orientador - FURG)



Prof. Dr. Jacques Henri Maurice Gauthier
(Centro Universitário Jorge Amado - BA)



Prof. Dr. Humberto Calloni
(PPGEA/FURG)



Prof. Dr. Marlene Teda Pelzer
(FURG)



Prof. Dr. Ana Cristina de Sá
(Centro Universitário São Camilo - SP)



Prof. Dr. Ceres Braga Arejano
(FURG)

RESUMO

OLIVEIRA, Aline Cristina Calçada de. **Educação ambiental, toque terapêutico e esquizoanálise: um cuidado anti-iatrogênico na enfermagem hospitalar**. 2014. 281 f. Tese (Doutorado em Educação Ambiental)- Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental - PPGEA, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

Trata-se de uma tese de doutorado junto ao Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental, na Universidade Federal do Rio Grande, vinculada a linha de Pesquisa Educação Ambiental Não- Formal. Teve como objetivo geral buscar maneiras de minimizar a iatrogenia hospitalar nas práticas da enfermagem através da Esquizoanálise e do Toque Terapêutico. Formularam-se três hipóteses, cada uma com sua respectiva microintervenção, as quais foram epistemologicamente ancoradas na Esquizoanálise e na técnica de imposição de mãos denominada Toque Terapêutico, método Krieger- Kunz, embasando-se em experimentações socioambientais. São elas: 1-A construção de um espaço ecosófico poder ajudar a superar a iatrogenia; 2- O Hospital enquanto ambiente pedagógico pode propiciar a formação de um novo olhar e 3- O Hospital enquanto espaço clínico pode ir além da patologia, valorizando o ser humano de forma integral. Para tanto, utilizou-se da cartografia, método formulado por Deleuze e Guattari, o qual visou acompanhar um processo de produção no campo da subjetividade. Dentro do contexto da Esquizoanálise, ela permitiu a formação de rizomas, caracterizando-se como uma pesquisa experimentação. Esse processo de produção baseiou-se na atenção cartográfica, a qual é formada por pistas que têm em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência da pesquisadora. A pista tomada nesse trabalho diz respeito ao funcionamento da atenção durante o trabalho de campo, a qual foi definida como concentrada e aberta, caracterizando-se por quatro variedades: o rastreo, o toque, o pouso e o reconhecimento atento. As experimentações aconteceram de forma itinerante, em diferentes ambientes. Ora junto à mata atlântica, ora no espaço acadêmico e hospitalar de um Hospital Universitário do Sul do Estado. Algumas experimentações envolveram um grupo de doutorandos constituído por três pesquisadores do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental, denominado de comunidade pesquisadora. Outras buscaram uma experimentação direta com os profissionais e alunos que participaram da 35ª Semana Riograndina de Enfermagem, bem como com duas pessoas hospitalizadas numa unidade de clínica médica. Na primeira microintervenção ficou claro que a iatrogenia também é fruto do próprio comportamento dos profissionais de saúde e por isso o que precisa ser revisto são as relações de poder dentro da instituição. A partir da segunda e terceira microintervensões infere-se que o hospital, enquanto ambiente pedagógico e clínico pode ser um espaço de clinamen e tem um potencial transformador a ser percebido e valorizado para a aprendizagem mútua. As práticas de ensino precisam vencer o paradigma cartesiano e aproximarem-se de uma percepção ambiental, a qual se aplicada ao cotidiano, oportuniza a construção de novos conhecimentos e maneiras de entender o cuidar através de uma escuta sensível. Após as vivências foi possível pensar nas minhas próprias atitudes e comportamentos iatrogênicos e ressignificá-los sob forma de reverberações, as quais trataram a Educação Ambiental como fluxo inerente da vida e espaço para formação de novos rizomas.

Descritores: Educação Ambiental. Iatrogenia. Esquizoanálise. Toque Terapêutico. Cuidado de Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Aline Cristina Calçada de. **ENVIRONMENTAL EDUCATION, THERAPEUTICAL TOUCH AND SCHIZOANALYSIS: ANTI-IATROGENIC CARE IN HOSPITAL NURSING.** 2014. 281 f. Thesis (Doctorate in Environmental Education) - Graduate Program in Environmental Education - PPGEA , Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

It is a doctoral dissertation by the Graduate Program in Environmental Education at the Federal University of Rio Grande, linked to the line of research Non-Formal Environmental Education. As a general goal, it aimed to seek ways to minimize iatrogenic injury in hospital nursing practices through Schizoanalysis and Therapeutic Touch. Three hypotheses were formulated, each one with its respective micro intervention, all of which were epistemologically anchored in schizoanalysis and the Therapeutic Touch technique, consisting of placing hands, called Krieger – Kunz method, based on environmental experiments. They are as follows: 1 - The construction of an ecosophic space could help overcome iatrogenics; 2 - The Hospital as a pedagogical environment can favor the formation of a new look and 3 - The Hospital as clinical space can go beyond pathology, valuing human being as a whole. Thus, we applied the mapping method formulated by Deleuze and Guattari, which aimed to monitor a production process in the field of subjectivity. Within the context of schizoanalysis, it provided the formation of rhizomes, characterized as an experimentation research. This production process based itself on cartographic attention, which consists of tracks aiming to describe, discuss, and, most of all, collectivize the experience of the researcher. The track made from this work concerns the functioning of attention during the fieldwork, which was defined as concentrated and open, characterized by four varieties: screening, touch, landing and attentive recognition. Experimentations took place on an itinerant basis in different environments, either along the Atlantic forest, or in the academic and hospital space of a university hospital in the southern region of the state. Some experimentation involved a group of doctoral students, consisting of three researchers from the Graduate Program in Environmental Education, called the research community. Other experimentations aimed at a direct study with professionals and students who participated in the 35th Local Week in Nursing, as well as two people hospitalized in a medical unit. In the first micro intervention, it was clear that iatrogenics is also the fruits of the behavior of health professionals, hence, what needs to be revised is the power relations within the institution. From the second and third micro interventions, it is inferred that the hospital, as educational and clinical environment may be a space for clinamen and has a changing potential to be perceived and valued for mutual learning. Teaching practices have to overcome the Cartesian paradigm and approach an environmental perception, which, applied to everyday life, are devices nurturing the construction of new knowledge and ways of understanding the care through sensitive listening. After the experiences, it was possible to think of my own iatrogenic attitudes and behaviours, offering new meaningful behaviors in the form of reverberations, which addressed the environmental education as an inherent flow of life and space for formation of new rhizomes.

Keywords: Environmental Education. Iatrogenics. Schizoanalysis. Therapeutic Touch. Nursing Care.

RESUMEN

OLIVEIRA, Aline Cristina Calçada de. **EDUCACIÓN AMBIENTAL, TOQUE TERAPÉUTICO Y ESQUIZOANÁLISIS: UNA ATENCIÓN ANTIATROGÉNICA EN LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA**. 2014. 281 f. Tesis (Doctorado en Educación Ambiental) - Programa de Posgrado en Educación Ambiental - PPGA, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

Se trata de una tesis doctoral junto al Programa de Posgrado en Educación Ambiental de la Universidad Federal de Río Grande, vinculada a la línea de investigación Educación Ambiental no Formal. Tuvo como objetivo general buscar formas de minimizar la lesión iatrogénica hospitalaria en prácticas de enfermería a través de la Esquizoanálisis y del Toque Terapéutico. Tres hipótesis se formularon, cada una con su respectiva microintervención, que fueron epistemológicamente cimentadas en la Esquizoanálisis y en la técnica de imposición de las manos llamada Toque Terapéutico, método de Krieger-Kunz, basándose en experimentaciones socioambientales. Ellas son: 1- La construcción de un espacio ecosófico puede ayudar a superar la secuela iatrogénica; 2- El Hospital como entorno pedagógico puede favorecer la formación de un nuevo mirar y 3- El Hospital como espacio clínico puede ir más allá de la patología, valorando el ser humano de manera integral. Para ello, se utilizó de la cartografía, método formulado por Deleuze y Guattari, cuyo objetivo era controlar un proceso de producción en el campo de la subjetividad. En el contexto de la esquizoanálisis, se permitió la formación de rizomas, se caracterizando como una pesquisa experimentación. Este proceso de producción se basó en la atención cartográfica, que consiste en pistas que tienen como objetivo describir, debatir y, especialmente, colectivizar la experiencia de la investigadora. La pista a partir de este trabajo se refiere al funcionamiento de la atención durante el trabajo de campo, que se definió como concentrada y abierta, se caracterizando por cuatro variedades: el rastreo, el toque, el aterrizaje y el reconocimiento atento. Las experiencias se llevaron a cabo de forma itinerante en diferentes entornos. Ora junto a la mata atlántica, ora en el espacio académico y hospitalario de un Hospital Universitario del Sur del Estado. Algunas experimentaciones incluyeron un grupo de doctorandos constituidos por tres investigadores del Programa de Postgrado en Educación Ambiental, denominado de comunidad investigadora. Otras buscaron una experiencia directa con los profesionales y los estudiantes que participaron en la 35ª Semana Riograndina de Enfermería, así como dos personas hospitalizadas en una unidad de clínica médica. En la primera microintervención quedó claro que la lesión iatrogénica también es fruto de la conducta de los profesionales de la salud y por lo tanto lo que hay que revisar son las relaciones de poder dentro de la institución. Desde la segunda y tercera microintervenciones se infiere que el hospital, mientras un ambiente educativo y clínico puede ser un espacio de “clinamen” y tiene un potencial transformador para ser percibido y valorado para el aprendizaje mutuo. Las prácticas de enseñanza han de superar el paradigma cartesiano y se acercar de una percepción del medio ambiente, lo que aplicado al cotidiano, pueden disponibilizar la construcción de nuevos conocimientos y formas de entender la atención a través de la escucha sensible. Después de las experiencias fue posible pensar en las propias actitudes y comportamientos iatrogénicos de esta investigadora y resignificarlos en forma de reverberaciones, las cuales trataron la Educación Ambiental con flujo inherente de la vida y espacio para la formación de nuevos rizomas.

Descriptores: Educación Ambiental. Iatrogénica. Esquizoanálisis. Toque Terapéutico. Atención de Enfermería.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido pai, Arildo Irajá Senna de Oliveira (*in memoriam*), que está sempre comigo, inspirando-me e iluminando meu caminho.

A minha querida mãe, Isabel Cristina C. de Oliveira, pelo apoio e incentivo de sempre.

Ao professor Dr. Alfredo Guillermo Martin Gentini pela valiosa orientação, a qual transcendeu o momento acadêmico da escrita da Tese e perdurará para toda vida!

Aos colegas do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental PPGEA/FURG, Dr. Cláudio Tarouco e Dr. Augusto Amaral pelas discussões, reflexões e aventuras compartilhadas nessa caminhada.

A Cláudio José Pereira de Oliveira, pelo amor e companheirismo, tão importantes nesse momento de minha vida.

A querida amiga, Dr^a. Marlene Teda Pelzer, a qual tem acompanhado com grande entusiasmo e carinho esse trabalho.

A querida amiga, Dr^a. Elisabeth Brandão Schmidt, a qual me ajudou a trilhar, desde o Ensino Médio, os primeiros passos para o Ensino Superior e continua sempre me apoiando e incentivando.

A banca de qualificação de tese, representada pelos professores, Dr. Jaques Gauthier, Dr^a. Ceres Arejano e Dr. Vitor Hugo que tão gentilmente conduziram-me à novas perspectivas de trabalho.

Ao professor Dr. Humberto Calloni, que tão gentilmente colaborou na etapa final deste trabalho e com sua sabedoria, levou-me a profundas reflexões. Obrigada pelo seu carinho!

A Dr^a. Ana Cristina de Sá, com a qual aprendi não somente a aprimorar a técnica do Toque Terapêutico, mas pude compartilhar verdadeira experiência de vida.

Ao amigo e Dr. Edison Luis Devos Barlem pelo carinho e apoio de sempre.

Aos discentes do Curso de Enfermagem da Furg, sobretudo os acadêmicos de Enfermagem que me acompanham nessa caminhada. Muitos hoje, já colegas de profissão, como Bianca Freitas e Luísa dos Santos de Mattos.

Todos os demais amigos e colegas de trabalho que direta ou indiretamente ajudaram-me a concluir essa importante etapa profissional e de vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Poesia originalmente escrita no caule de uma árvore, no Sítio Santa Isabel, Arroio do Inhame, São José do Norte, num espontâneo devir.....	14
Figura 2 - Representação à esquerda de uma estrutura dicotômica e a direita um rizoma.....	44
Figura 3 - Um exemplo de clinamen	46
Figura 4 - Movimentos da construção da tese. Fonte: elaborado pela própria autora.....	47
Figura 5 - Exemplo de Rizoma- Fonte: elaborado pela própria autora.	78
Figura 6 - Rede de Neurônios. Fonte: elaborado pela própria autora.	79
Figura 7 - Modelo esquemático de neurônio. Fonte: elaborado pela própria autora.....	79
Figura 8 - Metáfora de um Rizoma. Fonte: elaborado pela própria autora.	80
Figura 9 - Molécula de Hemoglobina e Clorofila.	94
Figura 10 - Escala visual analógica de dor.....	100
Figura 11 - Localização das principais glândulas endócrinas	107
Figura 12 - Entrada do Sítio Santa Isabel- Arroio do Inhame- São José do Norte- RS ..	116
Figura 13 - Imagem capturada no Sítio Santa Isabel.....	118
Figura 14 - Diagnóstico dos chacras a partir do dispositivo pêndulo. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	120
Figura 15 - Localização dos chacras com sementes. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	121
Figura 16 - Movimentos do pêndulo. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	121
Figura 17 - Momento da aplicação do toque terapêutico	127
Figura 18 - Aplicações diagnósticas da radiestesia: caminhos do fluxo de informações nos sistemas radiônicos.....	133
Figura 19 - Hospital João Filgueiras Lima- Rio de Janeiro- Brasil.....	136
Figura 20 - Hospital Joao Filgueiras Lima, o auditório esférico e o solário são os elementos esculturais do projeto.....	136
Figura 21 - Laguna dos Patos- Sítio Santa Isabel- Arroio do Inhame- SJN. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	141
Figura 22 - Área acadêmica do Hospital Universitário- HU- FURG- Clown simulando um atendimento de parada cardiorespiratória. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.....	143

Figura 23 - Apresentação do vídeo: Experimentações Estéticas: Clownificando o ambiente hospitalar em Panambi- RS.....	145
Figura 24 - Atividade de Escuta Sensível durante oficina na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.....	146
Figura 25 - Clowns durante Mesa Redonda na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	147
Figura 26 - Clown imitando a plateia durante Mesa Redonda na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.....	149
Figura 27 - O figurino oficina de Clown na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	152
Figura 28 - Manifestações espontâneas dos participantes após oficina de Clown na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	153
Figura 29 - Clowns das acadêmicas de Enfermagem Bianca Freitas e Luísa Mattos, respectivamente. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	153
Figura 30 - Encenação do Clown da acadêmica de Enfermagem Luísa Mattos. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	162
Figura 31 - Atividade denominada ‘Escuta Sensível’ durante oficina na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.....	165
Figura 32 - Confraternização dos Clowns durante 35ª Semana Riograndina de Enfermagem. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	170
Figura 34 - Concentração dos alunos de Terapias Alternativas antes da aula de TT. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	240
Figura 33 - Concentração dos alunos de Terapias Alternativas antes da aula de TT. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	240
Figura 35 - Preparo das mãos para sentir o campo de energia humano (CEH). Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	241
Figura 36 - Preparo das mãos para sentir o campo de energia humano (CEH). Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	241
Figura 37 - Prática para diagnóstico da percepção do campo de energia humano. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	241
Figura 38 - Prática para diagnóstico da percepção do campo de energia humano. Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.	242

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Os Chacras maiores e a área do corpo a qual correspondem a uma glândula endócrina.....	107
Tabela 2 - Principais exames laboratoriais em Sempre Viva	174
Tabela 3 - Principais fármacos administrados em Sempre Viva	175
Tabela 4 - Principais Parâmetros observados concomitantemente a aplicação do Toque Terapêutico em Sempre Viva	175
Tabela 5 - Sinais vitais.....	181
Tabela 6 - De valores laboratoriais	182
Tabela 7 - Fármacos administrados no período	182
Tabela 8 - Principais Parâmetros observados concomitantemente a aplicação do Toque Terapêutico em Esperança.....	182

SUMÁRIO

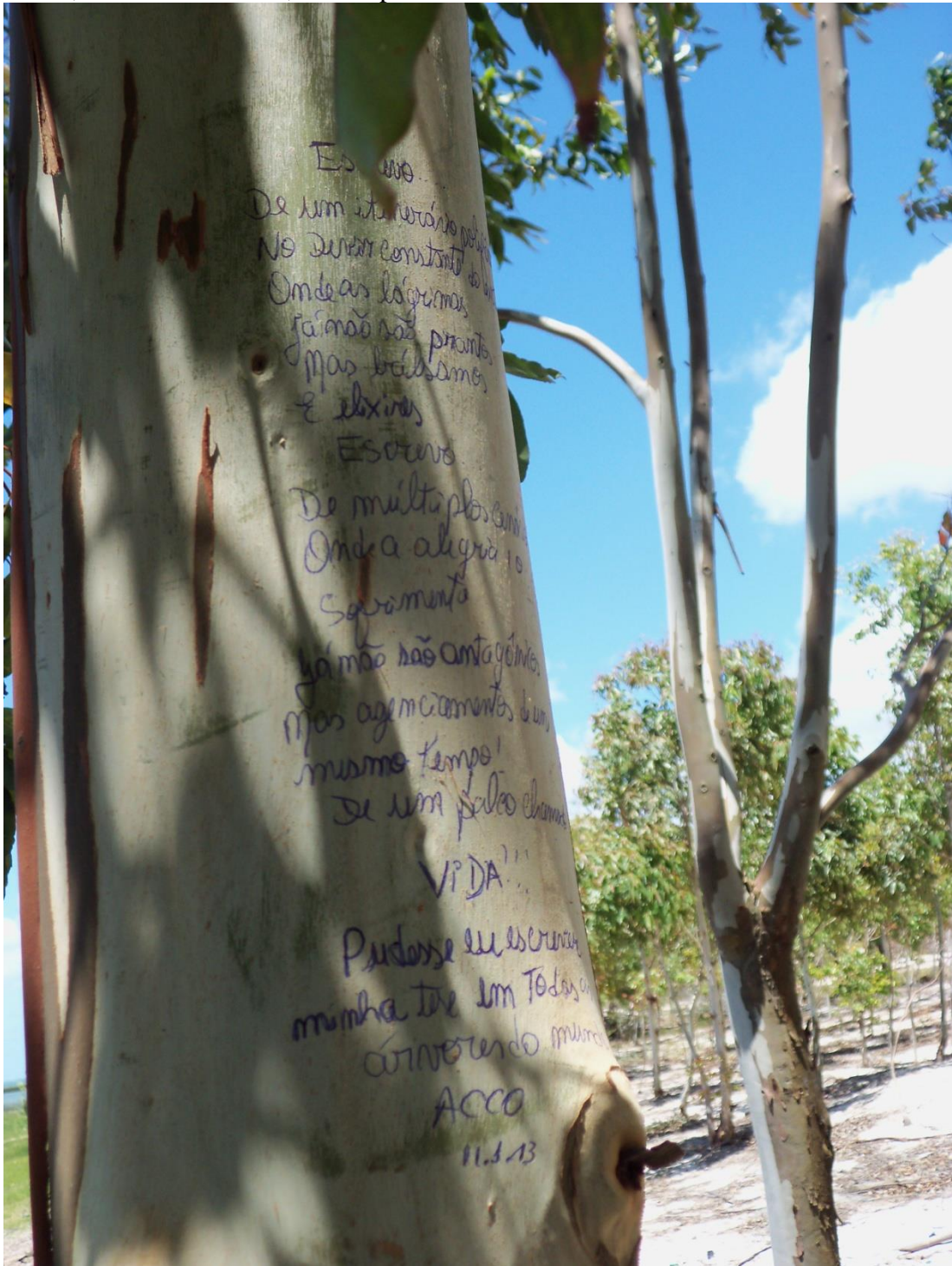
APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	23
2 PROBLEMÁTICA	35
2.1 A CARTOGRAFIA COMO PESQUISA INTERVENÇÃO.....	42
2.2 ORIENTAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE DADOS	47
2.3 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVENDO A PESQUISA	52
3 A CAMINHADA CONCEITUAL	54
3.1 A IATROGENIA: OS PRIMEIROS REGISTROS E FATOS HISTÓRICOS	54
3.2 SAÚDE E DOENÇA: CONCEITO E EVOLUÇÃO.....	62
3.3 O NASCIMENTO DO HOSPITAL	70
3.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM DENTRO DA ÓTICA ESQUIZOANALÍTICA	74
3.5 DELEUZE E GUATTARI: O NASCIMENTO DA ESQUIZOANÁLISE.....	75
3.5.1 A realidade molar e molecular	81
3.5.2 O corpo sem órgãos (CsO).....	82
3.5.3 Como criar para si um corpo sem órgãos?.....	82
3.5.4 Territorialidade/ desterritorialização/ reterritorialização	83
3.5.5 O Devir.....	84
3.6 A IMPOSIÇÃO DE MÃOS AO LONGO DA HISTÓRIA- ESTUDOS EXPERIMENTAIS	84
3.7 O CONCEITO DE ENERGIA.....	87
3.8 A RADIESTESIA	90
3.9 A HISTÓRIA DO TOQUE TERAPÊUTICO	94
3.9.1 Técnica de aplicação	97
3.9.2 Eficácia do toque terapêutico	98
3.9.3 O Toque terapêutico e a dor.....	99
3.10 CUIDADO ALTERNATIVO: UMA NOVIDADE OU VOLTA ÀS ORIGENS?...	101
3.11 AS ETAPAS DE APLICAÇÃO DO TOQUE TERAPÊUTICO E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL	106
4 HIPÓTESES	116
4.1 A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO ECOSÓFICO PODE AJUDAR A SUPERAR A IATROGENIA	116
4.1.1 O trabalho de campo	116
4.1.2 Resultado.....	120
4.1.3 Análise e discussão da microintervenção.....	122
4.1.3.1 O que significou criar para mim um CsO?.....	122
4.1.3.2 O movimento do pêndulo assume características de múltiplos CsO.....	130
4.1.3.3 O espaço entre a mão do terapeuta e a pessoa hospitalizada é um ambiente de cuidado e de educação ambiental capaz de superar a iatrogenia.....	137
4.2 HIPÓTESE II- O HOSPITAL ENQUANTO AMBIENTE PEDAGÓGICO PODE PROPICIAR A FORMAÇÃO DE UM NOVO OLHAR	142
4.2.1 Trabalho de campo.....	142
4.2.2 Resultados	146
4.2.3 Análise e Discussão da Microintervenção	154
4.2.3.1 O hospital enquanto ambiente pedagógico.....	158

4.3	HIPÓTESE III- O HOSPITAL ENQUANTO ESPAÇO CLÍNICO PODE IR ALÉM DA PATOLOGIA, VALORIZANDO O SER HUMANO DE FORMA INTEGRAL.....	170
4.3.1	Trabalho de Campo	171
4.3.1.1	Realizando uma Escuta Sensível: a escolha das pessoas internadas para a aplicação do TT	172
4.3.2	Resultados e considerações	173
4.3.2.1	Dados do prontuário de SEMPRE VIVA.....	173
4.3.2.2	Algumas percepções do momento de Aplicação do TT em “Sempre Viva”	179
4.3.2.3	Dados do prontuário de ESPERANÇA:.....	180
4.3.2.4	Algumas percepções do momento de Aplicação do TT em “Esperança”:.....	188
4.3.3	Análise geral da Microintervenção	190
4.3.3.1	Desconstruindo as certezas que havia em mim: aplicando o TT dentro de duas enfermarias da Clínica Médica do Hospital Universitário	190
4.3.3.2	Como é chegar num enfermo sem um protocolo específico de condutas profissionais elaboradas com base somente em sua patologia?	193
4.3.3.3	Uma Educação Ambiental da pele para dentro	194
4.3.3.4	Da clínica ao clinamen: uma aproximação com a Esquizoanálise.....	196
5	RECONHECIMENTO ATENTO- O QUE PODEMOS REFLETIR POR ORA?	203
5.1	AS MÚLTIPLAS FACETAS DA SAÚDE	209
5.2	UMA ESPIRITUALIDADE EM CONSTANTE CONSTRUÇÃO	225
5.3	REVERBERAÇÕES.....	236
	REFERÊNCIAS	247
	ANEXO A - Declaração de autorização	261
	ANEXO B - Programação da 35ª Semana Riograndina de Enfermagem.....	262
	ANEXO C - Declaração de autorização da PPGEnf	263
	ANEXO D - Declaração de autorização de uso de imagem da professora.....	264
	ANEXO E - Declaração de autorização de uso de imagem das acadêmicas.....	265
	ANEXO F - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde.....	266
	ANEXO G - Carta de autorização do Hospital Universitário.....	267
	ANEXO H - Resolução COFEN-197/97	268
	ANEXO I - Diagnósticos de acordo com Nanda	269
	ANEXO J - Valores de referência para o hemograma e carga viral.....	270
	ANEXO K - Declaração de autorização da disciplina Enfermagem na Administração Hospitalar	272
	ANEXO L - Declaração de autorização de imagens, falas e vídeos.....	273
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	275
	APÊNDICE B - Terminologias científicas da área da saúde	277

APRESENTAÇÃO

*De onde escrevo a tese?
Escrevo...
De um itinerário polifônico
No devir constante do existir
Onde as lágrimas já não são prantos
Mas são bálsamos e elixires
Que florescem em infinitos campos
Na beleza do por vir...
Escrevo...
De múltiplos cenários
Onde a alegria e o sofrimento
Já não são antagônicos
Mas agenciamentos de um mesmo tempo
De um palco chamado Vida!
Onde o agora é o precioso momento
Capaz de contar nossa história
Para além de qualquer memória
A razão que nos faz seguir
A transcendência da dor e da morte
A conquista da tão sonhada liberdade
O amor que finalmente nos faz sorrir.
ACCO*

Figura 1 - Poesia originalmente escrita no caule de uma árvore, no Sítio Santa Isabel, Arroio do Inhame, São José do Norte, num espontâneo devir



Escrever não é um ato solitário! A temática sobre a imposição de mãos para promover o bem-estar sempre me chamou muito à atenção. Entendo que sua prática é um gesto poderoso e singelo de amor, capaz de transformar o mundo. Como professora de enfermagem e educadora ambiental me sinto impelida a agregar seus domínios ao conhecimento

acadêmico. O caminho para isso foi então uma aproximação com o Toque Terapêutico, o qual ocorreu nos fluxos energéticos a partir de 2011.

O primeiro contato acadêmico que tive com a imposição de mãos foi quando ainda era estudante de enfermagem em 2003, na disciplina optativa de Terapias Alternativas. Nessa circunstância tive a oportunidade de ser voluntária de uma das aulas que versaria sobre Reiki. O que me marcou muito desde então foi quando a Mestre de Reiki, convidada na ocasião, me impôs a mão como uma demonstração da prática aos demais colegas.

Desde esse dia comecei a ter muitos *insights* e minha vida mudou completamente. Entendo que a energia de amor que podemos passar através das mãos seja única e isso é independente do nome que queiramos dar a ela: Reiki, Toque Terapêutico, Jorei, etc.

Ia só escrever uma Tese a partir da filosofia de Deleuze e Guattari. Não imaginava que cada passo desde então, seria um marco decisivo em minha vida. Mudei! Na tentativa de buscar a Esquizoanálise e o Corpo sem Órgãos (CsO) comecei a desenhar uma cartografia, com rotas de fuga, agenciamentos, territorializações, reterritorializações e só me dei conta disso aos poucos e fui começá-la a entender mais tardiamente. Não tenho a audácia de dizer que já a entendi, pelo contrário, aqui se abre um mar de possibilidades com infinitos fluxos. A velocidade das vivências é maior do que a leitura científica propriamente dita. O tempo de experimentar as intensidades dos encontros ocorre na lógica inversa do tempo da escravidão a qual nos habituamos a viver as rotinas, meio que “anestesiados”, meio que “sem pensar muito”. Esse movimento de devir, esses rizomas começam antes mesmo de nascermos para esse mundo. Ele reside no plano de imanência, na arte da criação. O que aprendi inicialmente foi tentar escapar dos grilhões que mortificam e ressignificar minha própria vida.

O que me motiva hoje estar aqui começou com uma intensidade maior ainda na época acadêmica, em que tive a oportunidade de encontrar a professora Marlene Teda, a qual me ensinou a aprender e conviver com as diferenças. Ensinou-me algo além da disciplina de Saúde do Adulto, além dos procedimentos de enfermagem. Ensinou-me o cuidado emocional, afetivo, em primeira instância conosco mesmo. Sua presença silenciosa nos momentos mais difíceis de minha vida foi tão significativa que imprimiram muitos compêndios de sabedoria dentro de mim. Assim, a partir da morte de meu pai e de meu filho recém-nascido, em junho e outubro de 2007, num curto espaço de tempo, comecei a pensar além da dor e do sofrimento e num momento feliz desses, essas frações de segundo que mudam completamente tudo, encontrei o professor Alfredo Martin. Quando ele me abraçou, recomecei um novo capítulo em minha vida, permiti-me escrever uma nova história, seguindo o que meu pai, através de

um devir poético já havia deixado impresso em formato de acróstico em 19 de maio de 2003, o qual se intitulava: "A paixão é a miopia da razão":

Aline assim como a chuva e o vento
 Permeiam nos montes e nas campinas
 As ideias constituem o pensamento
 Inventivo que os transforma em "Sinas"
 X da questão e saber como termina.
 Aonde o olhar não permite enxergar
 O vírus mortal que ao seu contornar
 É que se vai sem ao menos a visar.
 Amor nos aalma e mostra salvação
 Manca sem deixar pegadas no caminho
 Ilumina e nos traz paz e alegria.
 O sel ~~que~~ ^{que} deixa o firmamento sozinho.
 Paixão pega a razão e a verdade
 Implanta o sufocamento e a acurios.
 Aonde passa com sua vaidade
 Deixa dores que jamais terá cura.
 A sua felicidade é tão grande e cruel
 Ridículo, desalvida e sem razão
 Amarga a boca como o fel
 Zangando a vontade fratura do coração
 Apl ~~com~~ ^o ~~este~~ ^{salto} amargo ~~como~~ fel
 O vazio da alma e tristeza da separação.
~~_____~~ 19/05/03

Aline, assim como a chuva e o vento
 Permeiam nos montes e nas campinas
 As ideias constituem o pensamento

Inventivo que os transforma em “sinas”
 X da questão é saber como termina
 Aonde o olhar não permite enxergar
 O vírus mortal que ao ser contamina
 E que se vai sem ao menos avisar
 Amor nos acalma e nos traz sabedoria
 Marca sem deixar pegadas no caminho
 Ilumina e nos traz paz e alegria
 O sol jamais deixa o firmamento sozinho
 Paixão nega a razão e a verdade
 Implanta o sofrimento e a aventura
 Aonde passa com sua vaidade
 Deixa dores que jamais terão cura
 A sua falsidade é tão grande e cruel
 Ridícula, descabida e sem razão
 Amarga a boca como fel
 Zerando a vertente fraterna do coração
 Aplicando o sabor amargo do fel
 O vazio da alma e tristeza da separação.

Lembrando suas últimas palavras escritas: Aline, às vezes na vida, devemos ousar, “às vezes”! e te Amo Além do Inimaginável.

Ao que respondo e retribuo: tua vida foi um exemplo de coragem, luta e ousadia até teu último segundo dessa existência! E em teu lugar, também teria um instinto paternal de proteção, mas o que corre em minhas veias é o mesmo que corria nas tuas e o teu “às vezes”, ecoa dentro de mim aos gritos e soa como um “sempre devemos ousar” por que hoje sei que o nosso amor está além do inimaginável.

O Porquê da poesia na tese?

Na verdade a poesia simplesmente aconteceu em todos os momentos em minha trajetória de vida, sem que necessariamente houvesse um motivo aparente. Nada programado, tudo muito natural e fruto das circunstâncias experimentadas no dia-a-dia. Desde os sete anos de idade escrevo e tive uma formação com meu pai, o qual gostava de escrever acrósticos. Contudo, escrevíamos de forma interativa, para compartilhar e trocar experiências.

Desde então comecei a adotar esse hábito. Hoje entendo essa modalidade de escrita como uma forma de clinamen, como um agenciamento, talvez uma maneira de resistência, uma rota de fuga criativa para enfrentar o instituído. Também como forma de valorizar aspectos harmoniosos da existência. Assim, escrever em versos é terapêutico, prazeroso e uma ressignificação inerente dos fatos corriqueiros do viver. Diria que é dar vazão a minha própria voz interior:

Toda pessoa escuta uma voz, uma mensagem que vem do universo, da natureza circundante, da vida que leva com outros na família e no trabalho. Muitas vezes formula as perguntas: O que se esconde atrás das estrelas? O que essa voz das coisas me quer dizer? (BOFF, 2006, p. 51).

Além disso é uma forma de me reeducar, de construir uma fraternidade espiritual com tudo que me cerca. Reeducar-me porque nesses momentos de inspiração interajo intensamente com os devires do momento, sem preconceitos, dotada de manifestações espontâneas. Entendo que educar e cuidar também consiste nisso, ou seja, permitir que a criatividade floresça. Isso é terapêutico, anti-iatrogênico, um dispositivo protetor, capaz de gerar vida, apoio mútuo e felicidade:

A espiritualidade é uma dimensão de cada ser humano. Essa dimensão espiritual que cada um de nós tem se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo e com o próprio coração, se traduz pelo amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental. É alimentar um sentido profundo de valores pelos quais vale sacrificar tempo, energias e, no limite, a própria vida (BOFF, 2006, p. 51).

Gostaria de destacar um grande exemplo de cuidado através da homenagem que recebi do professor Cesar Francisco da Silva Costa, hoje também um grande amigo de trabalho, o qual guardou por dez anos estes singelos versos que havia escrito num pedacinho de papel (o qual se encontra escaneado logo abaixo), em 16 de maio de 2003, ainda na época em que fui sua aluna. “Tamanha” foi minha surpresa quando abri um papel de envelope branco em meu escaninho em 23 de maio de 2013, endereçado “à professora Aline Calçada”. Pensei que se tratasse de algum trabalho dos alunos e abri sem maiores cerimônias:

Aquele que ensina com o olhar;
 Mestre do dia-a-dia, do praticar;
 Infunde nos alunos o gosto de aprender;
 Sua convivência num constante conquistar.
 O exemplo de fazer é um exemplo a ser seguido;
 Professor, amigo, ser humano competente;
 Respaldo de harmonia e pessoa aguçada;
 O porte seguro de todos que pegam no batente.
 Fase de estágio de companheirismo e harmonia;
 Em que todos trabalharam com sabedoria;
 Seres de boa vontade que tudo vivenciam.
 Sentimentos que a nossa amizade propicia.
 Obrigada por essa convivência afetiva
 Realmente aprendemos de forma preciosa.

Professor obrigado pela carinho e respeito.
 Homenagem da Turma A: Alime Oliveira,
 Andréia, Daiana, Fabiana, Paulo e Rita.
 16/05/03

Oi ALIME. Bom dia!

No dia 16/05/2013 COMPLETOU 10 ANOS
 QUE GUARDO COM CARINHO ESTA MENSAGEM
 DE SUA TURMA X GRADUAÇÃO.

HOJE ESTOU TE ENCAMINHANDO ESTE
 MANUSCRITO POIS VEJO EM VOCÊ AS MESMAS
 VIRTUDES.

APAREÇO PARA APRENDER O CONVÍVIO E
 A COLABORAÇÃO COMO PROFESSORA.

ATZAN COI

CESM MAIO/2013
 Reab: em 23/5/13

Estava escrito, as palavras acima: *“Oi Aline. Bom Dia! No dia 16/05/2013 completou 10 anos que guardo com carinho esta mensagem da tua turma de graduação. Hoje estou te encaminhando este manuscrito, pois vejo em você as mesmas virtudes. Aproveito para agradecer o convívio e a colaboração agora como professora. Abraços. Cesar. Maio/2013”*.

Confesso que fui às lágrimas e revivi cada minuto daquele recorte de tempo, olhando o papel já amarelado, senti o cheiro da “ingênua juventude”, cheia de “sonhos e ideais”. Embora o papel demonstrasse as marcas do tempo, bem aqui, dentro de mim, tais sentimentos ainda estão vívidos, coloridos e encontram reverberações, em pessoas tão sensíveis, como o professor Cesar! Meu muito obrigada! Com certeza, as recordações que suscitaram tal gesto não podem ser descritas nem em versos, pois não cabem nas palavras, elas sim, são esse assombroso hiato do tempo, em que parece que tudo pára e a vida apresenta-se com seus miraculosos devires e fazem tudo “ficar mais vibrante” e valer a pena!

Obs.: Depois de ter escrito essa apresentação é que me chamou a atenção a “coincidência” das datas em que escrevemos as poesias (de acordo com as imagens escaneadas): ambas em maio de 2003, com diferença de três dias apenas!

Organização Estrutural da Tese

1 - Introdução/ Objetivos

Insere o leitor numa proposta que prima em buscar um outro sentido para o cuidado em saúde, numa ótica diferente da mercantilização da vida. Concentra esforços em alternativas anti-iatrogênicas para minimizar a iatrogenia hospitalar através da esquizoanálise e do Toque Terapêutico. Entende a Educação Ambiental como um senso de identidade e pertencimento, numa redefinição do ser humano capaz de construir um novo olhar sobre a existência.

2 - Problemática

Traz a orientação do percurso metodológico da pesquisa, o qual ocorreu a partir de microintervenções sociambientais que suscitaram a cartografia, num verdadeiro processo de produção de dados. Utiliza as quatro pistas/focos da atenção do cartógrafo durante o trabalho de campo: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento. Para cada um desses quatro

momentos, os quais podem ser considerados rizomáticos, houve a construção de estratégias para diminuir a iatrogenia hospitalar. Essas estratégias se deram através de hipóteses, as quais não se satisfizeram em responder o porquê simplesmente e para tanto se propuseram, através de análise e intervenção institucional, a pensar no como, a partir de uma genuína caminhada investigativa.

3 - A Caminhada Conceitual

Etapa importante de revisão de literatura, abordando aspectos sobre as principais temáticas que perpassam essa tese, tais como: a iatrogenia (nesse momento trazendo a história do nascimento do hospital e da enfermagem), a educação ambiental a partir da ótica da esquizoanálise (um resumo do seu arcabouço teórico que interessa diretamente essa pesquisa), bem como o Toque Terapêutico (para tanto elucida a imposição de mãos ao longo da história, a própria história do TT e sua técnica de aplicação, também relacionando com o conceito de energia). Aproveita para mencionar os aspectos legais que amparam a aplicação do TT pelos profissionais enfermeiros e faz uma relação do TT com a Educação Ambiental.

4 - Hipóteses

Na tentativa de buscar atenuar a problemática da iatrogenia a presente tese, através da ótica da Esquizoanálise, formulou três hipóteses, utilizando as orientações das variedades da atenção do cartógrafo, através de intervenções institucionais e do Toque Terapêutico. São as hipóteses:

- 1- A construção de um espaço ecosófico pode ajudar a superar a iatrogenia;
- 2- O hospital enquanto ambiente pedagógico pode propiciar a formação de um novo olhar;
- 3- O hospital enquanto espaço clínico pode ir além da patologia, valorizando o ser humano de forma integral.

Cada hipótese gerou uma microintervenção socioambiental, caminho que foi construído com as vicissitudes e necessidades que a pesquisa foi delineando através dos focos da atenção do cartógrafo.

5 - Reconhecimento Atento e Reverberações

Após a caminhada investigativa, ou seja, a implementação das três microintervenções, esse foi o momento da quarta pista da atenção da cartógrafa, ou seja, do reconhecimento atento, o qual se aproximou de uma conclusão, mas em seu teor trouxe reminiscências e reverberações. Foi preciso parar e ver o que estava acontecendo? Reconhecia o ambiente hospitalar, mas já me movia nele de forma diferente. Em que resultaram as microintervenções realizadas anteriormente? E percebi que é possível sim, minimizarmos a iatrogenia, a partir da mudança de nosso comportamento e postura frente ao instituído, afastando-se de uma visão cartesiana das relações de trabalho, passando por uma ressignificação do que consideramos ter saúde, do que considerarmos estar doente, enfim, buscando um outro sentido para própria vida. Para tanto, faz-se necessário a construção de uma percepção que nos aproxime de uma nova alteridade, aspectos já elucidados por Deleuze e Guattari e corroborados por outros autores, como Nietzsche, Leloup, Capra e Boff. Capra (2008) aponta a necessidade de entender o espírito humano como modo de consciência no qual o indivíduo percebe-se conectado ao cosmo como um todo, aproximando a consciência ecológica da espiritualidade em sua essência mais profunda. A abordagem metodológica dessa tese permitiu-me chegar a vivências que talvez uma metodologia mais tradicional não me oportunizasse. A Esquizoanálise e o Toque Terapêutico foram os dispositivos escolhidos, os quais possibilitaram encontros e escutas mais sensíveis. A partir delas pude observar minhas próprias contradições, o quanto o comportamento iatrogênico está arraigado também em minhas condutas, pensamentos e ações e a partir disso, através das microintervenções, experimentar uma Educação Ambiental que emerge como possibilidade na formação de novos rizomas e potências de vida.

Referências/Anexos

1 INTRODUÇÃO

Enquanto enfermeira e educadora ambiental busco inspiração em meu cotidiano para construir uma ressignificação do cuidado de enfermagem, mais especificamente, o exercido dentro do ambiente hospitalar. Por minhas atividades acadêmicas estarem implicadas nesse contexto, parto dele para propor novas maneiras de conceber vida, saúde e cuidado.

Tenho a oportunidade como docente da Escola de Enfermagem de trabalhar com os alunos disciplinas como Saúde Ambiental e Terapias Alternativas. Essa prática acadêmica faz com que me identifique muito com a Educação Ambiental Não- Formal¹, que também é a linha de pesquisa a qual optei no Doutorado em Educação Ambiental.

Refletindo sobre o conceito de educação ambiental² e sobretudo comparando com o texto do Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis e Responsabilidade Global da Eco 92, Loureiro (2004, p. 31) destaca a redefinição do ser humano como ser da natureza. Salienta que o estabelecimento de uma práxis e de uma ética que repense o sentido da vida e da própria existência humana se faz necessário para que não se perca o senso de identidade e pertencimento a uma espécie que possui especificidade histórica.

Tanto a redefinição do ser humano como um novo sentido para sua existência passam pela esfera do cuidado. A Educação Ambiental Não-Formal por extrapolar o espaço acadêmico e contemplar a comunidade como um todo, valorizando sua cultura e trazendo sua voz, é também uma forma de cuidado. De acordo com o artigo da Lei nº 9.795, que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Ambiental (EA) “entendem-se por Educação Ambiental Não- Formal as ações e práticas educativas voltadas à sensibilização da coletividade sobre as questões ambientais e à sua organização e participação na defesa da qualidade do meio ambiente” (LOUREIRO, 2004, p.31).

Por entender que aprendemos a cuidar “através do encontro” com as várias formas de vida, busquei uma filosofia que pudesse traduzir em meu cotidiano esse aspecto. E mais do

¹ Educação Ambiental Não-Formal: teve início com os movimentos populares, passando do ativismo naturalista ao aspecto sistêmico, inter-relacionando o local e o global, assegurando o encontro das diversidades e da troca de culturas. Ganhou um espaço a partir do Fórum das ONGs, evento realizado em paralelo à Rio-92, legitimando estas instituições através da participação e articulação política. Como resultado e ganho para a Educação Ambiental, temos a formulação do Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis e o surgimento da primeira rede social de EA no Brasil, a Rede Brasileira de Educação Ambiental - REBEA (BRASIL, 1998; 2004; CARVALHO, 2004).

² Educação Ambiental (EA): A EA como um todo é um processo em permanente construção, que tem por objetivo promover a renovação da auto-imagem e da percepção do indivíduo perante o mundo e perante a coletividade, possibilitando não só a aquisição de novos conhecimentos, mas o despertar de valores e execução de novas atitudes em relação ao meio ambiente (LOUREIRO, 2004).

que isso, que pudesse religar as relações diárias de trabalho (quer com os alunos, quer com os pacientes) com um sentido maior para a existência e concomitantemente não excluísse a natureza, o saber popular e os afetos a partir disso. Encontrei nos detalhes do dia-a-dia subsídios para vivenciar esse novo olhar. A partir das reuniões de orientação do Doutorado com o professor Dr. Alfredo Martin e com os colegas Augusto Amaral e Cláudio Tarouco pude me aproximar de uma outra realidade. Entendi que o aprendizado se dá justamente nos “encontros”, e que experimentar o que vem a partir daí nos potencializa para a construção de afetos, indispensáveis para uma educação que justifique ser adjetivada como ambiental.

*É nesse singelo ato
Esse ato de escrever
Em pequeninos versos
Que meus dedos
Percorrem o mundo
Nas vias secretas
De escancarada emoção
E dele
Brotam lágrimas
Amor e completude
Numa intensidade dantesca
Nas infinitas rotas
De uma Grande Saúde
Onde a liberdade
Empresta-me suas asas
E pulsamos juntas
Em vibrante coração.
ACCO*

Nesse contexto aproximei-me muito de um pensar filosófico também resultante de grandes encontros, como os dos filósofos Deleuze e Guattari e entre a enfermeira Dolores Krieger e a vidente Dora Kunz. A partir deles, vi a oportunidade de repensar as relações no ambiente de trabalho, meu próprio comportamento como profissional da saúde, bem como meu papel como educadora ambiental.

A presente tese, a partir dos preceitos filosóficos de Deleuze e Guattari, faz um movimento de reflexão sobre como o cuidado de enfermagem dentro do ambiente hospitalar pode diminuir a reprodução das relações iatrogênicas³. Para tanto, procura inaugurar um cuidado que transcenda a estrutura (cabeça, tronco e membros) e o domínio do corpo do

³ Iatrogenia: Michaelis (2000, p. 1119) traz a iatrogenia, em seu âmbito mais geral, como a parte da medicina que estuda a ocorrência de doenças que se originam do tratamento de outras; patologia da terapêutica. Mas também, de acordo com Figueiredo (2010) está relacionada aos efeitos secundários dos medicamentos, a erros médicos, as infecções hospitalares, aos relacionamentos conflituosos que muitas vezes se instauram entre os profissionais da saúde, etc.

cliente como uma estrutura despersonalizada. A Ecosofia proposta por Guattari considera o homem um ser natural e que sua relação com a natureza não deve ser de domínio, propondo um saber acerca do mundo da sociedade, da natureza e da mente (GUATTARI, 2011).

Esses saberes e a busca do homem como ser natural leva-nos a reflexão de que a iatrogenia interfere nesse processo, configurando-se principalmente através da medicalização da vida. Medicalização essa que foi tratada inicialmente por Ivan Illich na década de 70, abordando-a de forma nociva por três razões: para além de um certo nível, a intervenção técnica sobre o organismo tira do doente aquelas características do ser vivo que se designam comumente por saúde; a organização necessária para sustentar essa intervenção torna-se a máscara sanitária de uma sociedade destrutiva e finalmente, a apropriação do indivíduo pelo aparelho biomédico do sistema industrial tira do cidadão todo o poder de controlar politicamente este sistema (ILLICH, 1975).

Ressalta-se a importância da autonomia dos clientes e profissionais de enfermagem, aspectos assegurados através da bioética (*bios*- vida; *ethos*- ética), que se ocupa da reflexão do uso correto da ciência aplicado em benefício humano:

[...] a bioética é o estudo sistemático da conduta humana da área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, examinada à luz dos valores e princípios morais. É uma busca de novas soluções para problemas emergentes, utilizando os princípios e valores tradicionais, como a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (SANT'ANNA; ENNES, 2006, p.27).

A palavra autonomia é derivada do grego, *autos* (próprio) e *nomos* (lei, norma). O paradigma básico da autonomia na área da saúde é o consentimento informado expresso, pois quando o cliente consente que o profissional realize sua prática, ele legitima a conduta desse profissional. A pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento e que escolhe entre alternativas que lhe são apresentadas. Entretanto, não raro na área da saúde, a autonomia dos clientes é substituída pela “arbitrariedade” dos profissionais (SANT'ANNA; ENNES, 2006).

Já a beneficência, de acordo com Michaelis (2000, p. 316) é uma ação de beneficiar, virtude de fazer bem e praticar obras de caridade ou filantropia. O exercício profissional da enfermagem pauta-se em preceitos éticos que atendem algumas regras da beneficência, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE)⁴.

⁴ CEPE: 1- Proteger e defender os direitos dos outros- é princípio fundamental de enfermagem: “o profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu

O princípio da não-maleficiência é entendido como a obrigação de não causar danos ou prejuízos a outrem intencionalmente. O artigo 7º do CEPE destaca o direito do profissional em recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal. Ou seja, quando o profissional se recusa a executar atividade para a qual ele não tem competência legal, ele não impõe risco de dano ao cliente. A justiça pode ser considerada como um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas. Na enfermagem, um dos princípios fundamentais que regem a profissão, segundo o artigo 4º do CEPE, é: “*O profissional de enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade*” (SANT’ANNA; ENNES, 2006, p. 61).

Remetendo-nos ao ambiente hospitalar percebemos um espaço iatrogênico, em que trabalhadores da saúde e clientes encontram-se sufocados pelo ar viciado, sem um contato com a natureza (luz solar, verdes) e isso se reflete na própria saúde e nas relações pessoais. Partindo desse recorte, ou seja, dos processos iatrogênicos dentro desse contexto é que percebo que eles podem ser considerados um grande problema ambiental de nossa época. Um “problema ambiental” por que interferem diretamente na vida das pessoas, nos seus locais de trabalho e família, nos seus hábitos, em sua saúde. Analisando minha prática profissional dentro da enfermagem identifiquei vários fatores desses processos, tais como:

- Os de cunho medicamentosos propriamente ditos, como: os efeitos colaterais dos fármacos que administramos e o ‘descontrole’ desses efeitos não só no organismo dos pacientes, mas também no próprio ambiente hospitalar. Um exemplo disso são os germes multirresistentes que causam infecção hospitalar. Faz-se oportuno a reflexão dos próprios fármacos escolhidos para a conduta da terapêutica, indicando que essa escolha segue muito mais a uma lógica do mercado da indústria farmacêutica do que a real necessidade das pessoas;
- Os de cunho relacionais, ou seja, as relações conturbadas dentro do hospital, tanto entre os profissionais da saúde, como dos últimos com os pacientes e demais servidores que

ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza” (Art. 3º). 2- Evitar que os outros sofram danos- o profissional tem como responsabilidade “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.” (Art. 33). 3- Eliminar as condições que causaram danos a outros- o profissional tem como responsabilidade: “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (Art.16) e “avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para clientela” (Art. 17) (SANT’ANNA; ENNES, 2006, p.58-59)

compõem os recursos humanos. A reação dos pacientes também entra nesse bojo, a partir das rejeições aos tratamentos e a auto-medicação;

- Os de cunho da ambiência hospitalar, onde na maioria das vezes, temos um ambiente insalubre, longe do que é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH):

[...] a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma “grupalidade” que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes (BRASIL, 2007, p. 8).

Entender o mundo para além das lentes Freudo-Marxista é um desafio constante, já que fomos educados no contexto causa-efeito, em ver a nós, bem como o que nos cercam como uma estrutura. Deleuze e Guattari por seu lado desconstróem essa visão de totalidade, de modelos perfeitos e inauguram um sentido de ser mais fluido, onde somos atravessados por fluxos desejantes, ou seja, uma “máquina” que desconstrói as estruturas, no profundo sentido Guattariano. Com uma filosofia própria, eles traçam uma relação entre o Capitalismo e a Esquizofrenia, saindo da perspectiva tradicional da cultura psicanalítica circunscrita à análise da relação entre família e neurose (DELEUZE; GUATTARI, 2010).

Seus saberes rompem com o instituído para em troca propor muito mais do que uma prática clínica. Com ela posso relacionar cuidado, educação, saúde e meio ambiente de forma integrada. Guattari não chegou a cumprir a burocracia de nenhum título universitário e nem por isso deixou de produzir obras belíssimas. Esta tese é fruto de várias falas, de múltiplas vivências, que entende pesquisa de forma processual.

Essa processualidade que foi ocorrendo ao longo da trajetória de construção desta tese desenha um movimento, que em sua conjuntura forma uma geografia cartográfica⁵ semelhante ao que temos em um rizoma⁶. Por isso a orientação metodológica foi seguindo pistas, tecendo seu próprio caminho numa jornada imbricada entre si:

⁵ Cartografar: Para cartografar é preciso, pois, querer o acontecimento, o lançar dos dados, estar aberto à afirmação do acaso, àquilo que faz problema no mesmo. Suportar um problema, uma sempre vizinhança com territórios de soluções. Estar a caminho. Caminhar em involução, nem de onde, nem para onde, mas habitar as múltiplas temporalidades em um único instante. E perguntar, que é que insiste aqui? Que é que pede passagem na língua? Que é que ganha verbo no que acontece? (COSTA; ANGELI; FONSECA, 2012, p. 46).

⁶ Rizoma: é um modelo descritivo ou epistemológico na teoria filosófica de Gilles Deleuze e Félix Guattari. A noção de rizoma foi adotada da estrutura de algumas plantas cujos brotos podem ramificar-se em qualquer ponto, assim como engrossar e transformar-se em um bulbo ou tubérculo; o rizoma da botânica, que tanto pode funcionar como raiz, talo ou ramo, independente de sua localização na figura da planta, serve para exemplificar

[...] Um rizoma, por definição, não poderá, então, ser formalizado a partir de uma metalinguagem lógica ou matemática. Ele poderá ser levado a conectar elos semióticos de toda natureza e a unir as práxis muito diferentes assinalando, por exemplo, artes, ciências, lutas sociais, etc. [...] (GUATTARI, 1988, p. 66).

Essa jornada cartográfica consistiu primeiramente no próprio fato de escrever uma pesquisa sem “sujeito” e “objeto” previamente determinados. Confesso que só fui perceber tal aspecto mais tardiamente, pois no início sentia-me apreensiva, querendo estabelecer pontos e regras. Ao mesmo tempo entendo que tal comportamento é iatrogênico e ter me colocado nessa posição “entrelugares”, “tateando”, de uma certa forma, foi um ato corajoso e arriscado. Quando me sentia “perdida”, espontaneamente surgiam devires-poéticos, os quais permeiam todo tecido vital desse trabalho acadêmico.

Entregar-me ao desconhecido foi uma importante pista para que pudesse me aventurar por esse verdadeiro “mapa rizomático” que começou a ser construído, ou melhor, que continua a ser construído constantemente. Em oposição ao modelo centralizado, coagulado, desidratado o organizado, o rizoma pode ser definido como um agenciamento de alianças, sempre pelo meio, e em perpétuo devir⁷. Por outro lado tais conexões são heterogeneidades e multiplicidades para além das regenerações, das reproduções das hidras e de medusas⁸. Rizoma é só produção, e dança das palavras (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Pode-se dizer que a iatrogenia é um sistema cristalizado, e justamente o trabalho dessa tese é ventila-lo, trazendo novas possibilidades, novos caminhos alternativos para repensarmos as práticas da enfermagem dentro desse contexto. Assim surge um problema de pesquisa: Como a Educação Ambiental (EA) pode contribuir para diminuir a iatrogenia hospitalar nos âmbitos clínico e pedagógico na relação enfermagem/paciente?

A EA é um elo clínâmico⁹ desse rizoma, o qual me levou a outros devires, como a aproximação com os conceitos da Esquizoanálise e com a prática do Toque Terapêutico.

um sistema epistemológico onde não há raízes- ou seja, proposições ou afirmações mais fundamentais do que outras- que ramifiquem-se segundo dicotomias estritas (BAREMBLITT, 2003, p. 58).

⁷ Devir: é visitar e ser visitado por intensidades que brotam e se fabricam nos limiares ou nas zonas de passagem, por variações que se insinuam nos interstícios das formas, por insistência e pressão de um real apenas virtual, mas que por isso mesmo faz variar a própria natureza da diferença (FUGANTI, 2012, p. 76).

⁸ Hidras e Medusas: expressões utilizadas na obra de Deleuze e Guattari para explicar a diferença de árvores e rizomas. A árvore ou a raiz inspiram uma triste imagem do pensamento que não para de imitar o múltiplo a partir de uma unidade superior, de centro ou de segmento. Os sistemas arborecentes são hierarquizados, a exemplo das hidras e medusas que partem de um centro, de um único ponto, compondo assim um sistema cristalizado (DELEUZE, GUATTARI, 2011, p.36).

⁹ Clinamen: vem da palavra clínica, cuja raiz etimológica grega *Klinicos* tem o sentido de ‘debruçar-se sobre o leito’ de um indivíduo moribundo para restituir-lhe um estado perdido. Tem também como etimologia potencial o conceito epicurista que designa o desvio que permite que os átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso

Ancorou-se na Esquizoanálise, pois a partir dessa filosofia obteve subsídios para tratar de uma temática tão complexa com um maior zelo. Por outro lado, buscou o Toque Terapêutico, uma antiga técnica de imposição de mãos, como maneira de aproximar o cuidado de enfermagem a uma dimensão mais ambiental da vida.

A temática ambiental vem questionar, por exemplo, as práticas médicas e nossa relação com o corpo e com a vida. A capitalização e consequente superespecialização da medicina levou-nos a tendência de dissecar o corpo humano num processo que desarticula o organismo em partes, bem como as sutis relações entre a saúde física e mental em seus complexos fatores condicionantes sociais. Isso culminou com uma orientação muito mais voltada para a cura da enfermidade do que para a prevenção, chegando a “perverter a prática médica” (LEFF, 2008).

Lembrando que a enfermagem tem como uma de suas principais características e funções atuar para a “promoção da saúde”, urge buscarmos formas alternativas que venham a amenizar o ambiente hostil que nós mesmos construímos em nossos hospitais.

Concordo com Figueiredo e Carvalho (1999), que discutir a ecologia no cuidado com o corpo na enfermagem nos leva a focar os sujeitos envolvidos no processo (equipe de enfermagem e clientes), enquanto campos energéticos pulsáteis e altamente vulneráveis a absorver vibrações circundantes no ambiente.

Os hospitais não devem ser locais para se temer e que ninguém gosta de entrar. Florence Nightingale já afirmava em 1844: “Um paciente com frio e febre, fraco, mal alimentado, com escaras, não está sofrendo das doenças, mas da falta de enfermagem adequada”. A idéia aponta que a cura está no bom funcionamento do ambiente e na utilização adequada dos elementos (água, luz, som, iluminação) como motivadores de bem-estar ou mal-estar.

e de sua velocidade, se choquem e se articulem na composição das coisas. Esses pequenos movimentos de desvio teriam a potencia de geração do mundo. Afirmar esse desvio e essa potência gerativa: é assim que a clínica passa a se fazer. Baremlitt (2003) vai inventar o termo Clínica com “K”, tomando o sentido grego da origem da palavra clínica como Klinamen (desvio dos átomos que caem no vazio), e não de Klinos (deitado), que traz uma herança de tradição médica (e que subsiste em diversas correntes atuais), onde o paciente é colocado em uma posição passiva, instaurando, assim, uma relação diferencial hierárquica entre agente e usuário que de modo algum se neutraliza ou se “supera” com os recursos teórico-técnicos de nenhuma escola ou tendência. Klinamen, como desvio, vem da concepção atomista do filósofo Demócrito, e o termo vai tentar assinalar a clínica como um lugar onde se propicie incessantemente a perspectiva de desterritorializar-se, e “despersonaliza-se”, ou seja, de “desviar-se” dos macro-modelos já instituídos na sociedade, das grandes identidades (pai, mãe, mulher, homem, criança, cientista e leigo, analista e analisando, etc). “Uma desabituadação dos hábitos e uma potencialização da produção invenção” (FONSECA; FARINA, 2012, p. 49).

Como afirma Santos et al. (2001), uma ecologia para e da enfermagem assistencial precisa ser pensada pelas enfermeiras, não apenas como o ambiente onde o cliente se encontra e seus pertences (cama, mesinha-de-cabeceira, comadre). Sentir o outro envolve um saber que ultrapassa o conhecimento clássico em enfermagem, e que implica em mergulhar nas produções de subjetividade, em que a tecnologia, a informação e a comunicação operam na subjetividade humana, não apenas no seio das memórias e da sua inteligência, mas também na sua sensibilidade, dos seus afetos, de seus fantasmas (DELEUZE; GUATTARI, 1992)

É justamente a riqueza que existe na interface enfermagem- paciente que há todo um potencial a ser experimentado. Nesse espaço existe uma singularização existencial que precisa ser levado em consideração:

[...] O traço comum entre os diferentes processos de singularização é um devir diferencial que recusa a subjetivação capitalística. Isso se sente por um calor nas relações, por determinada maneira de desejar, por uma afirmação positiva da criatividade, por uma vontade de amar, por uma vontade de simplesmente viver ou sobreviver, pela multiplicidade dessas vontades. É preciso abrir espaço para que isso aconteça. O desejo só pode ser vivido por vetores de singularidade (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 56).

Foi na busca desse espaço de singularização, em que me encontrava estudando os conceitos filosóficos da obra de Deleuze e Guattari sobretudo os da Esquizoanálise¹⁰ e do Corpo sem Órgãos¹¹, que o Toque Terapêutico (TT)¹² chegou até mim. Não que o tenha propositalmente procurado, mas ele se apresentou como um devir. Devir de uma trajetória acadêmica voltada para a Terapia Complementar desde 2004, de reflexões com o grupo de estudo do doutorado que culminou por transformar minha forma de conceber cuidado de enfermagem.

Assim como os conceitos não são evidentes na obra de Deleuze e Guattari, também não estava evidente para mim, naquele momento, como o Toque Terapêutico configuraria esse verdadeiro processo rizomático. O TT, Krieger (1997) é muito mais do que um sistema de regras de conduta para ajudar a estimular a recuperação da doença; é também uma maneira

10 Esquizoanálise: é uma leitura do mundo de “tudo” o que acontece no mundo, como diz Guattari em seu livro sobre as Três Ecologias, sendo uma espécie de Ecosofia, uma “episteme” que compreende um saber sobre a natureza, um saber sobre a indústria, um saber sobre a sociedade e um saber acerca da mente. Mas um saber que tem por objetivo a vida, no seu sentido mais amplo: o incremento, o crescimento, a diversificação, a potencialização da vida (BAREMBLITT, 2003, p. 15).

11 Corpo sem Órgãos (CsO): em Deleuze e Guattari esse conceito, de forma sucinta, permite pensar o Caos e sua relação com o Cosmos. Propõe uma trans-valorização de todos os valores a serviço dessa invenção e dessa Vida (BAREMBLITT, 2003, p. 101).

12 Toque Terapêutico: Método também conhecido com Krieger- Kunz desenvolvido por uma enfermeira americana na década de 70 que visa o reequilíbrio energético dos pacientes através da imposição de mãos (KRIEGER, 1979).

de valorizar a condição humana que tem estado ausente da medicina moderna há muito tempo.

Assim pensei em agregar o Toque Terapêutico em meu fazer diário, dentro da Clínica Médica do Hospital Universitário-FURG, onde já atuo há dois anos com grupos de alunos do sétimo, oitavo e nono semestres da graduação de Enfermagem.

Essa escolha se deu por entender o TT como uma terapia complementar capaz de minimizar os efeitos da iatrogenia hospitalar e inaugurar uma nova relação entre a enfermagem e os clientes. É importante salientar que o meu foco na presente tese não é comprovar a eficácia do TT, já que o mesmo já foi comprovado e corroborado em vários trabalhos acadêmicos. O intuito é justamente experimentar uma nova forma de relação de cuidado entre a enfermagem/paciente através e com a aplicação do TT.

As pesquisas de Krieger (1997) demonstraram que as pessoas podiam aprender a efetuar curas. Suas enfermeiras-terapeutas conseguiam produzir elevações nos níveis de hemoglobina (pigmento vermelho do sangue humano) dos pacientes semelhantes às aquelas produzidas por pessoas naturalmente dotadas do dom de curar, demonstrando que a capacidade de realizar curas é um potencial humano inato e pode ser aprendido (GERBER, 2007).

Entendo a origem do TT e o que o legitimou como um processo que nos une definitivamente com a vida, religando o ser humano com o Planeta de forma única. A prática do TT nos leva a uma ideia de pertencimento da vida ao entorno capaz de inaugurar uma nova relação com a Terra, elo indispensável defendido por todas as correntes de Educação Ambiental. A partir do momento em que se comprovou cientificamente que a imposição de mãos através do TT era capaz de aumentar a clorofila dos vegetais, bem como os glóbulos vermelhos humanos, subentende-se que somos indissociáveis de toda existência que nos circunda.

Desde a época de Hipócrates o processo de cura é reconhecido como uma força inerente aos organismos vivos

[...] Quanto ao processo de cura, Hipócrates reconheceu as forças curativas inerentes aos organismos vivos, forças a que chamou o “poder curativo da natureza”. O papel do médico consistia em ajudar essas forças naturais mediante a criação de condições mais favoráveis para o processo de cura. Esse é o significado original da palavra “terapia”, que deriva do grego *therapeuin* (“dar assistência”, “cuidar de”). Além de definir o papel do terapeuta como o de um assistente para o processo de cura natural, os escritos hipocráticos também contêm rigoroso código de ética médica,

conhecido como Juramento Hipocrático, que permaneceu até os dias de hoje como ideal da profissão médica (CAPRA, 1982, p. 305).

O trabalho pioneiro da Dr^a. Krieger a partir da década de 70 foi um marco, pois começou a conquistar um espaço até então inexistente entre os profissionais da saúde. Essa nova ferramenta na luta contra as doenças repercutiu inclusive no curriculum de diversas escolas médicas e osteopáticas pelo mundo inteiro. Para que se possa entender a “cura magnética” do TT e suas diferentes variedades de experiências curativas é necessário estudar a anatomia energética sutil humana (GERBER, 2007).

O processo do cuidar requer intensa atividade mecânica ou gestual por parte do prestador de cuidados e de quem está recebendo, além de desencadear muita emoção e sentimentos de ambas as partes para uma intensa troca energética entre os corpos. Cabe ressaltar a importância de se estar em equilíbrio com as dimensões física/psicológica/social/espiritual para exercer a função de prestador de cuidados de enfermagem, certo de que estará contribuindo substancialmente para a melhoria do estado de saúde do cliente. Bertazzo (1998), diz que o corpo é a única via de acesso para adentrar em universos mais sutis, e que a atividade do cérebro é favorecida pelas funções mecânica do corpo.

Entendo que explorar esse “espaço de troca energética entre os corpos” através do TT seja uma verdadeira jornada cartográfica na potencialização do corpo sem órgão e numa redescoberta da arte de cuidar. De acordo com Deleuze e Guattari (2004: p. 9) um corpo sem órgão, representado por CsO “[...] Não é uma noção, um conceito, mas antes uma prática, um conjunto de práticas. Ao CsO não se chega, não se pode chegar, nunca se acaba de chegar a ele, é um limite” (GUATTARI, 2004, p. 9).

Deleuze e Guattari (2004) ao propor para si a criação de um corpo sem órgão trazem a existência como uma espécie de geografia. Os indivíduos ou grupos são atravessados por verdadeiras linhas, fusos e meridianos distintos. Somos corpos cartográficos. Com isso os autores fazem verdadeiros atravessamentos, experimentando os corpos hipocondríaco, paranoico, esquizo, drogado e masoquista, ao mesmo tempo em que se questionam:

[...] Mas por que este desfile lúgubre de corpos costurados, vitrificados, catatonizados, posto que o CsO é também pleno de alegria, de êxtase, de dança? Então por que estes exemplos? Por que é necessário passar por eles? Corpos esvaziados em lugar de plenos. Que aconteceu? (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 11).

Seguindo a orientação dos autores, atrevo-me então a pensar no corpo hospitalizado. Quais atravessamentos perpassam por ele? Na busca pelo meu CsO, começo por traçar uma

linha de fuga do ambiente estressante hospitalar. O TT será uma intensidade que levará a novos devires? Ao propor microintervensões dentro do espaço acadêmico e hospitalar do HU, aplicando o TT, abriu-se um espaço para um processo de experimentação, desterritorializando-se a anamnese da enfermeira que reside em mim. O devir-experimentação me causa medo, por vezes, até pavor. Mas, também me oportuniza uma ponte rizomática, atirando-me do abismo para o novo, oportunizando-me a refletir:

Para cada tipo de CsO devemos perguntar: 1) Que tipo é este, como ele é fabricado, por que procedimentos e meios que prenunciam já o que vai acontecer; 2) e quais são estes modos, o que acontece, com que variantes, com que surpresas, com que coisas inesperadas em relação à expectativa? (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 12).

É importante considerar que experimentação dentro da esquizoanálise assume um processo de investigação, de produção de conhecimentos e de aplicação dos mesmos, para transformar o Mundo. Esse “Mundo” é entendido em diversos sentidos, tanto da organização social, como política, econômica, da subjetividade dos homens e ainda das máquinas que modificam por completo a relação homem-natureza (BAREMBLITT, 1992).

Assim existe uma ponte rizomática muito importante entre a EA e o Toque Terapêutico, a qual a esquizoanálise através do CsO oferece subsídios para experimentá-la. A partir do momento em que foi comprovado que o TT é capaz de aumentar a hemoglobina dos glóbulos vermelhos, assim como a clorofila dos vegetais, fica evidente nossa interrelação com tudo que nos cerca. Tais aspectos são capazes de resgatar o devir homem-natureza, o qual parece estar tão dissociado em nossa cultura utilitarista.

Leff (2008) traz esse devir homem-natureza como uma amálgama de natureza, cultura e tecnologia no sentido de superar a mercantilização em prol de uma reapropriação social. A última, não no sentido de devolver a natureza ao reino do natural, mas no sentido de ressignificá-la numa nova ética da vida e um conceito renovado de saúde. Nesse contexto, deverão formar-se novos profissionais capazes de conduzir as políticas ambientais, de saúde e desenvolvimento com o propósito de melhorar a qualidade de vida em todo planeta.

Essa tese é justamente uma proposta corajosa que se atreve a experimentar um outro sentido para o cuidado em saúde, numa ótica diferente da mercantilização da vida. Concentra esforços em alternativas anti-iatrogênicas, perpassando através dos seguintes objetivos:

Geral: refletir/conceitualizar e experimentar o cuidado de enfermagem a partir da Esquizoanálise e do Toque Terapêutico;

Específico: buscar maneiras de minimizar a iatrogenia hospitalar nas práticas da enfermagem através da Esquizoanálise, de uma das práticas alternativas complementares (Toque Terapêutico) na perspectiva da Educação Ambiental.

Ao refletir sobre a iatrogenia e identificá-la como um dos fatores que predominam no ambiente hospitalar, busquei novos focos para enxergar a situação. Para tanto, recorri a cartografia, pois a mesma, a partir da Esquizoanálise, prevê outras formas de relação com a vida, novas formas de encontro, as quais serão apresentados na sequência sob forma de problemática e hipóteses.

2 PROBLEMÁTICA

A prática de um cartógrafo diz respeito, fundamentalmente, às estratégias das formações do desejo no campo social (...) O que importa é que, para ele, teoria é sempre cartografia - e, sendo assim, ela se faz juntamente com as paisagens cuja formação ele acompanha (...) (ROLNIK, 2011, p. 65).

Problematizar, de acordo com Michaelis (2000, p. 1699), significa dar forma de problema a, tornar problemático. Problemática, para o mesmo autor, significa a totalidade de problemas relativos a um assunto. Mas, longe de esgotar a totalidade de problemas inerentes a iatrogenia hospitalar, essa caminhada investigativa debruça-se inicialmente no significado de problema, sob a ótica de Deleuze:

[...] os problemas são atos que abrem um horizonte de sentido, e que subtendem a criação dos conceitos: uma nova postura do questionamento, abrindo uma perspectiva inabitual sobre o mais familiar ou conferindo interesse a dados até então reputados insignificantes. [...] (ZOURABICHVILI, 2004, p. 47).

Para que novos horizontes e conceitos pudessem surgir precisei esvaziar meu corpo cheio, minhas certezas absolutas e trazer a tona atos sob forma de poesia, os quais se encontravam escondidos no olhar empoeirado que lançava diariamente as enfermarias:

*Cada palavra
É esculpida
No calor da emoção
Não requerem
Tua precisão anatômica
Nem teus diagnósticos definitivos
Querem apenas
De volta suas vidas
De ti a atenção mais simples
Os gestos mais doces
Que possas ofertar
Deixa de lado
Pelo menos por um instante
Teu gigante estetoscópio
Pois só assim
Poderás verdadeiramente
Escutar
E sentir nosso tum-tá
Nesse som uníssono
Entre o agora e o infinito
Onde o amor esta no ar.*

ACCO

Esse foi um processo doloroso até entender que os problemas não desaparecem com nossas tentativas de soluções, pois as últimas podem vir apenas a reforçá-los.

[...] Um problema, como alerta Deleuze, não desaparece com as soluções. Pelo contrário, os problemas persistem, eles insistem nelas. Nesse momento, pois toda solução que parece ter apaziguado ou elidido o problema que a gerou, é uma solução inadequada, mas, em contrapartida, não é também uma solução falsa, pois a redistribuição das condições de um problema não apenas pode oferecer uma solução adequada, como também reativar um problema que nunca deixa de existir. Reconhecer o problema significa livrar-se das ilusões do pensamento, e portanto reverter as relações ou as repartições supostas do empírico e do transcendental (LEMOS; JÚNIOR, 2012, p. 193).

Essa tese não visa encontrar uma “solução pronta” para resolver o problema da iatrogenia, até por que esse movimento antagônico também seria iatrogênico. Ao invés disso busca, nos princípios da Esquizoanálise e do Toque Terapêutico, pistas que possam ajudar a entender melhor os processos que geram a iatrogenia. Constrói um caminho metodológico diferente do tradicional, o mais próximo possível das vicissitudes do dia-a-dia, das relações de trabalho e de poder¹³. Para tanto, utiliza-se da cartografia como percurso metodológico da pesquisa, trazendo inicialmente uma caminhada conceitual e hipóteses para atender as necessidades que a temática da iatrogenia requer.

Sinto-me impelida a construir e transitar por novos caminhos, os quais deem subsídios para uma concepção mais humana da existência. A partir de minha inserção no ambiente hospitalar, o que mais me chamou a atenção foi o fato de se criar espaços para a doença e não para a promoção da saúde. Ou seja, como um espaço voltado para a saúde só aborda aparentemente a doença? Entende-se esse espaço, que não começa e nem termina nas portas do hospital, como iatrogênico, no sentido em que as pessoas nele inseridas, tanto profissionais como pessoas hospitalizadas, sentem-se desprovidas de seu potencial vital:

[...]As pessoas passam a ser vistas como corpos e as questões sociais e humanas são transformadas em biológicas. O fato de se considerar tudo o que foge à norma como patológico tem sua origem na medicina, com o advento da clínica, que concebe a pessoa como um corpo, uma máquina com um padrão de funcionamento estipulado por ela e que precisa ser corrigido para se adequar ao esperado e valorizado socialmente. Os problemas da vida passam a ser vistos como distúrbios, perturbações, disfunções e doenças. O que foge ao comum, ao conhecido e ao valorizado, o “diferente”, provoca estranheza, desconfiança e medo [...] (TUNES, RAAD, 2006).

¹³ Poder: embora no Institucionalismo o termo “poder” não seja empregado com significações unívocas, em geral ele se aplica a uma gama de recursos diversos com grau de violência crescente, destinados a impor a vontade de um segmento social sobre os outros ou sobre a sociedade em seu conjunto. Michel Foucault insistiu na ideia do que o poder não se possui ou se detém, mas que se exercita, e não apenas em um sentido restritivo (de coação ou proibição), mas também em um sentido positivo de orientação: o poder incita, provoca, convoca, ativa etc. (BAREMBLITT, 1992, p. 163).

Tais aspectos já haviam sido elucidados por Ivan Illich em 1975, em sua famosa obra: “*A Expropriação da Saúde- Nêmesis¹⁴ da Medicina*”. Nela, ele faz uma denúncia à “empresa médica” e ressalta a abordagem do paciente em termos psicológicos isolados é infrutífera e que a distinção entre doentes “funcionais” e “orgânicos”, além de artificial, não contribui para a compreensão dos problemas da prática clínica.

Sua obra é fundamentada por aproximadamente 300 citações científicas nos rodapés do livro, das consequências da hipertrofia da medicina, que resulta, segundo este autor, em três níveis de iatrogênese (doença causada pelo médico): clínica, social e estrutural:

[...] Questionador, Illich põe em dúvida os méritos dos avanços da medicina ao afirmar que a morbidade não foi alterada mais pelos médicos atuais, do que pelos sacerdotes e exorcistas. Independente da ação profissional e dos cuidados médicos, 88 epidemias continuam indo e vindo, diarreia e infeções de vias aéreas superiores ainda são as principais causas de mortalidade nos países pobres. Os indicadores favoráveis de morbi-mortalidade devem-se a fatores não médicos, com melhorias na qualidade de vida, alimentação, habitação, saneamento, trabalho, coesão social, cultura, etc. [...] (BORSOI, 2006, p. 16).

Com relação à iatrogênese esta é definida como uma epidemia de doenças provocadas pela medicina. Uma doença iatrogênica é causada pela não administração do tratamento de acordo com as regras recomendadas pela profissão médica. De acordo com Illich (1975), a iatrogênese clínica está referida ao ato médico e a sua técnica; a iatrogênese social é o efeito social não desejado e prejudicial do impacto social da medicina (medicalização do orçamento, invasão farmacêutica, controle social pelo diagnóstico que etiqueta as diferentes idades humanas, dentre outros); e a iatrogênese estrutural, que se refere ao processo de delegação de elementos característicos da vida humana (como o significado da dor física, da morte e da doença), ao uso ilimitado da medicina. Esses três níveis de iatrogênese, em seu conjunto, contribuem para o comprometimento da capacidade autônoma dos homens (SOUZA. 2004).

Illich (1975) retrata o fracasso de nosso sistema de saúde representado pela falência administrativo-burocrática das instituições e exacerbada pelo progressivo grau de dependência das pessoas, que cada vez mais necessitam ser cuidadas:

¹⁴ Nêmesis: esse termo é utilizado por Illich ao referir-se a medicina moderna, a qual se volta contra seu objetivo inerente de promover a saúde e entra numa condição trágica aludida nos mitos gregos: Nêmesis é o castigo infligido a homens ou a heróis (como Prometeu e Sísifo) devido a feitos excepcionalmente audaciosos, como anunciam uma pretensão de apropriar-se da potência e do conhecimento peculiares aos deuses. A Nêmesis que acometeu a medicina ocidental institucionalizada é, para Illich, uma espécie de castigo por esta ter tido a ousadia de ultrapassar um determinado limiar de desenvolvimento tecnológico, sem considerar uma indispensável contrapartida que advém do exercício da autonomia pessoal e de cada um de nós, no que se refere ao cuidado com a saúde (NOGUEIRA, 2003, p. 15).

[...] A dinâmica mórbida da organização médica está prestes a ser reconhecida pelo público. O encerramento das Faculdades de Medicina na revolução cultural chinesa representa a primeira etapa de uma tomada de consciência, particularmente significativa para os países em via de desenvolvimento industrial. A próxima etapa desta tomada de consciência dar-se-á nos países desenvolvidos, onde a organização da medicina contribui já para o bloqueio geral das instituições. As instituições médicas torna-se-ão, inevitavelmente, nos próximos anos, um alvo privilegiado da ação política. O meu ensaio deseja ser um contributo para que se evite que esta ação seja recuperada sob a forma de uma transformação do médico em zelador de doentes vitalícios, do mesmo modo que o professor se transformou em educador numa organização de formação interminável para alunos perpétuos (ILLICH, 1977, p. 11).

É importante salientar que mesmo após trinta anos dessa pioneira publicação, a qual chamou a atenção de uma forma mais efetiva para a questão da iatrogenia, a temática e problemas por ela explicitados continuam mais atuais do que nunca. Pode-se dizer que desse período para cá se multiplicaram de forma geométrica o número de doenças, diagnósticos, consensos e tratamentos, ou seja, a “etiquetagem dos indivíduos”. Além disso, houve um afastamento dos profissionais de saúde de seus agora denominados “clientes”, que são tratados segundo diretrizes e não mais segundo necessidades individuais.

Levando em consideração todos esses aspectos delineados anteriormente é que o percurso metodológico dessa tese procurou aproximar-se ao máximo da processualidade da vida, pois a iatrogenia não era apenas um problema identificado pela pesquisadora e enfermeira Aline, o qual se encontrava “fora” de sua conduta. A pesquisadora dessa tese não era uma “mera observadora” com soluções prontas a serem implementadas e nem a dona de uma verdade absoluta a qual queria defender. Ao contrário disso, ela se encontrava também dentro desse contexto e reproduzia em suas atitudes, como o sentimento de impotência frente ao instituído e as relações opressivas de poder, comportamentos iatrogênicos.

A própria escrita dessa tese ocorreu nesse itinerário, entre jornadas extensas de atividades docentes, preocupações, trocas de cargos e momentos em que parecia não haver espaço para equilibrar família e trabalho. Paradoxalmente, a própria circunstância e teor do assunto tratado foi me ajudando a contornar e refletir minhas condutas. A cartografia se tornou um caminho indispensável a ser trilhado, pois me permitiu uma boa dose de aventura e leveza suficiente para ver o problema da iatrogenia por outros prismas.

Estão inclusos nessa “boa dose de aventura”, atravessamentos e devires poéticos que são verdadeiros fluxos anti-iatrogênicos:

Vozes anti-iatrogênicas

*Por que não levar?
Fragrâncias poéticas
À olhares furtivos e
vozes ásperas?
Não são elas
Vítimas de seus próprios crimes?
Presas fáceis do instituído
Os agressores e torturadores
Algozes de si mesmos?
ACCO*

A cartografia me fez pensar no problema da iatrogenia hospitalar para além das portas dessa instituição propriamente dita. Ela está no cerne do próprio comportamento humano que nos impõe uma maneira de ser, uma maneira de cuidar, de pensar, de agir, de viver e até de morrer. Pode-se inferir que a iatrogenia tem suas raízes arraigadas em valores falocráticos, competitivos, brutais e fascistas. Ela ganha espaço dentro das instituições de saúde, como fora delas, através da intolerância, da escravidão, da sujeição do outro e “esse outro” pode ser a natureza, nós mesmos. Em seu território é preciso que haja um grupo sujeitado “[...] o grupo sujeitado, ao contrário, tende a ser manipulado por todas as determinações externas e a ser dominado por sua própria lei interna (superego) [...]” (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 384).

Se formos fazer uma analogia do conceito de iatrogenia, considerada como a patologia da terapêutica, deparamo-nos com um paradoxo: “então somos um grupo “sujeitado”, dominados por nossas próprias leis?” E quais leis são essas, qual rosto, qual corpo elas assumem? Na verdade elas não têm uma forma personificada, tem um contexto que “engole” quantos rostos e corpos pudermos conceber. Esse território pode ser comparado de forma conotativa, a um “campo minado”, talvez resultante de um apego obsessivo ao tecnicismo e a compartimentalização do saber “[...] O Capital inflacionou nosso jeito de amar: estamos inteiramente desfocados [...]” (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 342).

Ao que acrescento: parece também ter “inflacionado” nosso jeito de cuidar: estamos inteiramente desumanizados?

O trabalho do psicanalista inglês Michael Balint, precursor das principais teorias da psicologia médica traz a ideia de que o paciente não pode ser tratado como “coisa” “[...] O paciente “coisa” não tem emoções, vontade ou direitos e, a partir dessa visão, procedimentos, cirurgias ou medicamentos lhe são aplicados exclusivamente segundo critérios técnicos [...]” (BALINT, 2005).

E são esses mesmos critérios técnicos que fazem hoje as principais publicações científicas sobre a iatrogenia na enfermagem girarem em torno de erros na administração de medicamentos ou em procedimentos técnicos somente, como nos evidencia o trecho a seguir:

[...] A cultura punitiva presente na maioria das situações com iatrogenias leva a um dos maiores empecilhos à prevenção e controle desses erros- a notificação e o registro. Preconiza-se que as ocorrências adversas com medicações sejam notificadas e registradas, o que possibilitará medidas corretivas e preventivas eficazes [...] (SANTOS; BRANDÃO; CLOS, 2009).

Como se pode perceber, mais uma vez, os pacientes não são ouvidos e o cuidado das relações humanas não é mencionado. Todos sofrem um “processo de coisificação”, tanto quem cuida como quem é cuidado. Outro estudo que vale a pena mencionar e que foi destaque na Revista Super Interessante, edição de março de 2005, traz aspectos importantes a serem analisados:

Um acadêmico, chamado David Rosenhan resolveu “fingir-se de louco”. Em 1972, ele se dirigiu a um hospital psiquiátrico americano alegando escutar vozes que lhe diziam as palavras “oco” “vazio” e o som “tum-tum”. Essa foi a única mentira que contou. De resto, comportou-se de maneira calma e respondeu a perguntas sobre sua vida e seus relacionamentos sem mentir uma única vez sequer. Outros oito voluntários também fizeram a mesma coisa, em instituições diferentes. Todos, exceto um, foram diagnosticados com esquizofrenia e internados. Assim que foram admitidos, os pacientes passaram a agir normalmente. Observavam a tudo e faziam anotações em suas cadernetas. No começo, as anotações eram feitas longe do olhar dos funcionários, mas logo eles perceberam que não havia necessidade de discrição. Médicos e enfermeiros passavam pouquíssimo tempo com os pacientes e nem ao menos respondiam às perguntas mais simples. “Apesar de seu show público de sanidade, nenhum deles foi reconhecido”, escreveu Rosenhan no artigo *On Being Sane in Insane Places* (“Sobre Ser São em Locais Insanos”), publicado na conceituada revista *Science*, em janeiro de 1973. Ironicamente, os pacientes reais duvidavam com frequência da condição dos novos colegas. “Você não é louco. Você é um jornalista ou um professor checando o hospital”, disseram diversas vezes. Os pacientes estavam certos. Rosenhan era mesmo um acadêmico e sua internação, assim como a dos outros voluntários, era parte de um estudo pioneiro para avaliar a capacidade médica de diagnosticar distúrbios mentais. Hoje, ele é professor emérito das Faculdades de Psicologia e Direito da Universidade de Stanford. Os “falsos pacientes” foram mantidos nos hospitais por períodos que variaram de 7 a 52 dias. Foram medicados (assim como boa parte dos internados reais, eles escondiam as pílulas sob a língua e as jogavam fora quando já não estavam mais na presença dos funcionários) e liberados com o diagnóstico de “esquizofrenia em remissão”, uma expressão médica usada para dizer que o paciente está livre dos sintomas. Já de volta à sua identidade real, os pesquisadores requisitaram os arquivos sobre suas estadas nos hospitais. Em nenhum dos documentos havia qualquer menção à desconfiança de que estivessem mentindo ou que aparentassem não ser esquizofrênicos. A conclusão que David Rosenhan escreveu para o estudo desconcertou a psiquiatria americana. “Agora sabemos que somos incapazes

de distinguir a insanidade da sanidade.” Mas em 1973, o DSM ainda estava em sua segunda versão e os diagnósticos dados usando o livro de cem páginas variavam de forma absurda. Um mesmo paciente poderia ser descrito como histérico ou hipocondríaco, dependendo apenas de quem o avaliasse. E essa era uma das questões centrais do estudo de Rosenhan. “Será que as características que levam alguém a ser tachado de louco estão mesmo no paciente ou estão no ambiente e contexto em que o observador está inserido?”, escreveu ele em *On Being Sane* (SOALHEIRO, 2005).

Percebe-se que embora antigo, esse estudo nos chama a atenção para alguns aspectos do cuidado de enfermagem, o qual pode ser fragmentado e estigmatizado. Sem entrar no mérito da saúde mental propriamente dita ou mesmo no campo de trabalho dos demais profissionais da saúde, o que me chama a atenção e isso diz respeito às práticas da enfermagem e destaco nesse trecho é: “... *enfermeiros passavam pouquíssimo tempo com os pacientes e nem ao menos respondiam às perguntas mais simples*”. Ainda: mesmo sendo “*falsos pacientes*”, “*receberam fármacos*”.

Da mesma forma que David Rosenhan questiona se *as características que levam alguém a ser tachado de louco estão mesmo no paciente ou estão no ambiente e contexto com que o observador está inserido?* Pergunto: Será que as características que levam alguém a ser tachado de doente também não traz em seu bojo muito da projeção nossa, já que estamos inseridos num ambiente iatrogênico?

Ao que tudo indica, parece ser fácil incorrer num cuidado estigmatizado e estereotipado para quem trabalha num ambiente iatrogênico, construindo um estigma da pessoa doente. Esse foco na doença é um fator preponderante do planejamento do cuidado de enfermagem, por exemplo, e isso, a meu ver, é muito preocupante. Se cuidarmos do diabetes em vez da pessoa com diabetes, não enxergaremos um ser humano diferenciado, com suas particularidades e sentimentos e sim um rol de condutas clínicas que se faz mediante a doença, o diabetes. Todos serão tratados da mesma forma.

Assim, entendo que os que se arriscam a chegar nesse território, seja por necessidade, seja em virtude de escolha de profissão, incluindo tanto profissionais da saúde como pessoas enfermas, parecem entrar num processo de impessoalidade, de “despersonalização”. A quem interessa um território constituído dessa maneira, onde se assemelha a uma prisão, a uma clausura, a ponto de sufocar a todos?

Talvez precisemos colocar a temática da iatrogenia na berlinda. Do ponto de vista em que ela é abordada hoje na maioria das produções científicas na enfermagem, enfatizando mais a gravidade do “erro de procedimento” e da “administração inadequada de remédios”,

chegaremos então a conclusão, que a nossa participação nesse processo, será sempre limitada e condicionada em orbitar em torno da patologia. Trabalhamos para a indústria farmacêutica ou em prol da vida das pessoas?

2.1 A CARTOGRAFIA COMO PESQUISA INTERVENÇÃO

A escolha pela cartografia para delinear os rumos dessa tese se deu justamente por que a mesma põe o mundo em movimento, tomando-o como uma invenção, um engendramento conjunto que questiona verdades entendidas como absolutas. Dentro de uma perspectiva construtivista, ela nos dá uma amplitude de campo visual, o que possibilita ressignificar nossas práticas dentro de um contexto extremamente cartesiano.

A cartografia nos dá subsídios, por exemplo, para revermos a abordagem do espaço clínico hospitalar como um grande laboratório de pesquisa, em que a relação paciente/cliente/cuidador se encontra hierarquizada e submissa. Ocorre muitas vezes uma “despersonalização” do doente, sendo tratado de acordo com os protocolos que a sua patologia exige. Assim, chega-se nele somente com o foco da atenção em sua patologia. Então o clínico restringe-se muito mais a doença e ao doente e não ao ser humano que está doente. Isso pode ser considerado também um fator iatrogênico.

Vamos para dentro das enfermarias com um “saber pronto”, o qual nos impossibilita de construir algo novo a partir de uma interação efetiva com as pessoas hospitalizadas. Ensinamos os alunos a serem “consumidores de discursos prontos” do que é a saúde, do que é a doença e da melhor abordagem e conduta terapêutica a serem adotadas, como se as pessoas fossem todas iguais e se resumissem as patologias que apresentam naquele momento de suas vidas.

As enfermarias são verdadeiros laboratórios de complexidade humana, em que o encontro, a relação com o outro propicia o potencial para uma medicina criativa, inventiva e estética:

*A janela do tempo
Teima em me espreitar
E quando olho
Para além de seu parapeito
Há infinitas vidas a acenar
Como nuvens passageiras
São manifestações únicas
Amores que nascem e partem*

E nunca terminam de chegar
ACCO

A cartografia é um método de pesquisa- intervenção que visa acompanhar e potencializar um processo e não representar um objeto. Trata-se de uma viagem inédita, cênica, dinâmica e não um mapa estático. Dentro do contexto da Esquizoanálise, ela permite a formação de rizomas, já que não é uma metodologia rígida (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

A presente tese ocupou-se em trazer “pistas” que pudessem se aproximar da ideia de CsO para a partir daí repensar o cuidado de enfermagem dentro do ambiente hospitalar através da ótica da Educação Ambiental Não Formal com a utilização do Toque Terapêutico. Essa jornada cartográfica, constituída de múltiplos movimentos, visou buscar alternativas para diminuir a iatrogenia hospitalar. Para tanto se ocupou em criar uma atmosfera propícia a cartografia, não se apegando tanto aos *por quês*, mas sim *aos como*:

(...) Escrever, filmar, dançar, encenar, pintar, pensar o que acontece: dar corpo a um acontecimento se relacionando com este através da ciência, da arte e da filosofia. A linguagem ajudando a dizer daquilo que lhe ultrapassa, traçados sempre provisórios e frágeis de um ‘sempre em processo’, o inacabado de um como. Investiga-se como, produz-se com (...) (FONSECA; NASCIMENTO; MARASCHIN, 2012, p. 46).

É importante considerar que a diretriz da cartografia se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa, levando em consideração os efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados. O cartógrafo aproxima-se do campo como estrangeiro visitante de um território que não habita. O Território vai sendo explorado por olhares, escutas, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos (PASSOS; KATRUP; ESCÓSSIA, 2010).

A intervenção exige um mergulho no plano da experiência, numa instância onde conhecer e fazer são inseparáveis, em que já não é possível uma neutralidade em relação ao que esta sendo pesquisado (PASSOS; BARROS apud PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010). Pesquisar assume um caráter interventivo no sentido de fazer fluir novas conversações, que são as diferentes redes de coordenações entrelaçadas e consensuais de linguajar e emocionar que geramos ao viver juntos, como seres humanos, na dinâmica dos encontros corporais recorrentes.

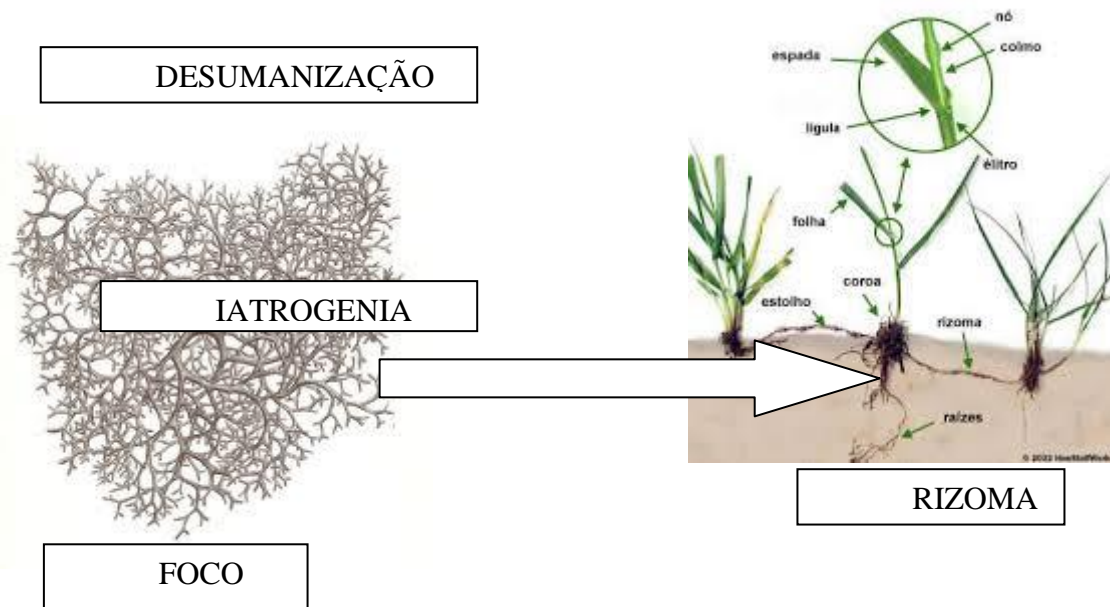
Na cartografia não se busca estabelecer um caminho linear para se atingir um fim. As características de um método cartográfico se aproximam mais de uma investigação, de um processo de produção através de pistas, do que propriamente de um caminho com objetivos previamente traçados. Pesquisar não se detém no *saber sobre*, mas num *saber como*. Significa

habitar um estado de coisas, seus trajetos possíveis, seus impossíveis, para *produzir com* (FONSECA; NASCIMENTO; MARASCHIN, 2012). Contudo, também não se trata de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas ao acaso através de pistas aleatórias. As últimas visam, sobretudo, descrever, discutir e coletivizar a experiência da cartógrafa (KASTRUP, 2010).

O processo cartográfico cria um território de observação propício a atualização das virtualidades e das potencialidades presentes através da ativação de uma atenção a espreita-flutuante, concentrada e aberta. Por isso a etapa inicial da pesquisa que se diz cartográfica ocorre através de uma “produção de dados” e não de uma “coleta de dados”. A função da atenção nesse processo não ocorre pela simples seleção de informações, pois ela se faz através da detecção de signos e forças circulantes (KASTRUP, 2010).

Essas forças circulantes são pistas e ajudaram-me a ir construindo um percurso metodológico, semelhante ao um mapa rizomático em torno dos processos iatrogênicos que estava vivenciando no contexto da enfermagem. Inicialmente eles apareceram como um emaranhado de situações que pareciam indissolúveis, dissociadas do contexto ambiental, cristalizadas na rotina do dia-a-dia, como mostram as imagens a seguir:

Figura 2 - Representação à esquerda de uma estrutura dicotômica e a direita um rizoma
Fonte: elaborado pela própria autora.



A figura à esquerda representa um momento anterior à escrita da tese propriamente dita, estava numa circunstância de troca de cargos, de enfermeira para docente da FURG e concomitantemente deixando para trás a docência de oito anos no técnico de enfermagem na

Escola Técnica, bem como a atuação como docente de enfermagem em instituição particular de Ensino Superior. Então era um momento de decisões e escolhas, de mudanças de rumos, de ressignificações, os quais propiciaram novos horizontes, novos elos rizomáticos (como demonstrado na figura à direita).

Para explicar o processo de produção de dados é importante uma parada estratégica para entrarmos nos meandros do significado mais profundo do termo rizoma. Na biologia ele pode ser definido como uma estrutura de caule em forma de raiz, apresentando-se tanto de forma subterrânea, como aérea. Pode ramificar-se em qualquer ponto além de atuar como reserva nutritiva. Pode-se dizer que essas características conferem-lhe uma capacidade de adaptação diferentemente de uma raiz isolada.

Aproximando essa morfologia do rizoma de forma filosófica do pensamento humano, Deleuze e Guattari (2011) abordam a capacidade de conexão de quaisquer pontos de um rizoma, o que lhe confere a característica de rede, onde há dinamismo e flexibilidade, possibilitando também quebras e rupturas. Esse potencial de incompletude gera beleza, diversidade, formando uma geografia cartográfica onde não há linearidade e nem hierarquia, diferentemente do pensamento cartesiano que estamos habituados a lidar. Poderíamos acrescentar a ideia de Pitágoras que a natureza muito mais rizomatiza do que geometriza. Geometriza em recortes isolados, mas rizomatiza em seu todo.

Comecei a perceber e a ingressar numa nova jornada, a qual compõe as microintervenções dessa tese. A EA, a partir da Esquizoanálise, ofereceu-me um prisma diferenciado para que pudesse pensar na iatrogenia a partir de outros agenciamentos¹⁵. Se por um lado a iatrogenia pode estar associada a uma visão dicotomizada da disputa do homem com a natureza, no sentido de sujeitá-la, exauri-la para benefícios próprios, assim como as grandes corporações fazem com seus trabalhadores, “sugando-lhes todas as energias”, existe também uma forma criativa de recuperação, de busca de ressignificação da vida, como na imagem a seguir, capa da Revista “Página 22” de mês de maio de 2013:

¹⁵ Agenciamento: noção mais ampla do que as de estrutura, sistema, forma, processo, montagem etc. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquínica, gnosiológica, imaginária. Na teoria esquizoanalítica do inconsciente, o agenciamento é concebido para substituir o “complexo” freudiano (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 380).

Figura 3 - Um exemplo de clinamen



Fonte: elaborado pela própria autora.

Assim como Deleuze e Guattari aproximam as vicissitudes da vida com a natureza, comparando-as com um rizoma, pude sentir tais fluxos no dia-a-dia:

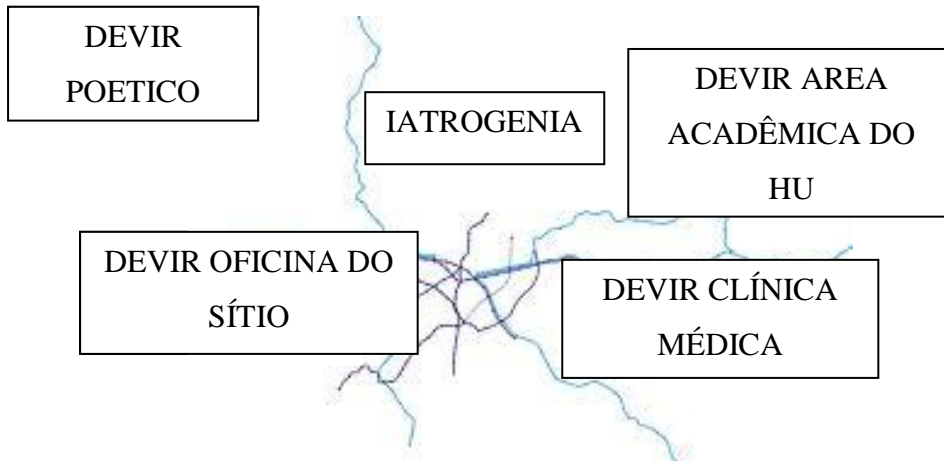
*Esse rizoma
 É antes de tudo
 Um plano de imanência
 De diversos agenciamentos
 Cartografados clinicamente
 Ao som de um tempo
 No fervor de acontecimentos
 No palco da Esquizoanálise
 Nele ouço os gritos de dor
 Mas também vejo lágrimas de amor
 Nos movimentos fecundos da vida
 Que colorem e movimentam
 As brancas paredes nuas
 Impregnando-lhes luzes, cores...
 Matizes de um bendito sentimento
 Seja pelo toque das mãos
 Seja por um olhar engenho
 Onde Deleuze e Guattari
 Acenam de múltiplas janelas
 Mapeando recortes
 Reconstruindo pistas
 Numa verdadeira rede de encontros
 Onde só é possível entrar
 Pelo meio...
 Pois ela é contínua
 Pois ela é devir*

ACCO

2.2 ORIENTAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE DADOS

Esses fluxos geraram hipóteses, pistas, virtualizando novamente o movimento rizomático, conforme mostra a seguir:

Figura 4 - Movimentos da construção da tese. Fonte: elaborado pela própria autora.



É importante considerar que só foi possível visualizar essa imagem num momento bem posterior ao início da tese e para tanto houve necessidade de “percebê-la do alto”. Esse movimento foi anti-iatrogênico e libertador e pode ser comparado ao voo de um pássaro, o qual precisa se “desvencilhar de todos os pesos” para poder apreciar a beleza da paisagem. E foi nesse sentido que o devir poético “ajudou-me a voar”. Para analisar os processos que estava vivendo a partir das microintervenções da tese precisei desse “desapego”, o que não foi nada fácil. Então a própria escrita da tese foi um deslocamento no sentido de vencer meu próprio comportamento iatrogênico.

Percebem-se nela as rotas de fuga através das microintervenções socioambientais (Oficinas no Sítio Santa Isabel, na Clínica Médica e área acadêmica do Hospital Universitário), os devires-poéticos permeando todo o arcabouço epistemológico deste trabalho acadêmico. Essa construção seguiu as quatro pistas do funcionamento da atenção da cartógrafa durante o trabalho de campo: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento¹⁶. Para cada um desses quatro momentos, os quais podem ser considerados rizomáticos,

¹⁶ Rastreio, Toque, Pouso, Reconhecimento atento: W. James comparou o fluxo do pensamento ao voo de um pássaro que desenha o céu com seus movimentos contínuos, pousando de tempos em tempos em certo lugar. Voos e pousos diferem quanto à velocidade da mudança que trazem consigo. O pouso não deve ser entendido como uma parada do movimento, mas como uma parada no movimento. Voos e pousos conferem um ritmo ao pensamento, e a atenção desempenha aí um papel essencial (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 34).

houve a construção de estratégias para pensar como diminuir a iatrogenia hospitalar. Essas estratégias se deram através de hipóteses, as quais não se satisfizeram em responder o porquê simplesmente e para tanto se propuseram, através de análise e intervenção institucional¹⁷, a pensar no como, a partir de uma verdadeira caminhada investigativa.

A identificação da tese com esses quatro momentos da atenção do cartógrafo na etapa inicial do processo de pesquisa ocorreu por simbolizar a leveza, a interconexão das relações para a potencialização da vida. Um pássaro é extremamente frágil, mas capaz de abraçar o mundo com suas asas, ou seja, capaz de, por exemplo, levar as sementes que garantirão a diversidade da vida. Esses movimentos de fragilidade e potência geram maneiras de lidarmos com os sentimentos de morte e doença dentro do contexto hospitalar. O fortalecimento para enfrentar a iatrogenia se dá na qualidade da relação com o outro. Esse outro pode ser a pessoa hospitalizada, um colega de trabalho e o instituído.

A análise e intervenção institucional é um processo coletivo cujo objetivo é propiciar que o grupo em questão se torne capaz de autoanalisar-se e de gerenciar suas próprias questões (BAREMBLITT, 1992). Posso dizer que o movimento que me levou a identificar a iatrogenia como tema central dessa tese foi justamente a articulação desses dois momentos, ou seja, a autoanálise e a autogestão. A partir das vivências coletivas com os colegas de doutorado, com as reuniões de orientação da tese, bem como o dia-dia dentro do contexto pedagógico e clínico do ambiente hospitalar pude buscar novas maneiras de entender cuidado em saúde.

No ano de 2011 acompanhei alunos formandos do curso de graduação de enfermagem da FURG, do oitavo e nono semestres nos campos de estágio na Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Clínica Médica. A excessiva medicalização que os pacientes são submetidos nesses locais bem como o esgotamento emocional dos funcionários sempre foi um tema de problematização nos grupos de estágio. Tais circunstâncias levaram-me a uma auto-análise no que tange ao meu comportamento como educadora.

A auto-análise consiste em utilizar seu próprio saber para fazer o levantamento de suas reais necessidades e de seu potencial para resolvê-las. A capacidade de solução dos problemas

¹⁷ Intervenção Institucional: ação transformadora praticada segundo uma ética e uma política e formalizada em uma teoria aplicada segundo certas regras metodológicas e uma série de recursos técnicos. Todo esse procedimento parte de uma avaliação logística de disponibilidades e é planejado segundo uma estratégia que se decompõe em táticas. Seu objetivo central é propiciar nos coletivos intervindos a ação do instituinte, organizante e, no seu limite, a implantação de processos plenos e continuados de auto- análise e autogestão (BAREMBLITT, 1992, p. 157).

levantados também deve ser buscada entre as potencialidades dos componentes do grupo, que vão inventar as estratégias de solução para os mesmos (BAREMBLITT, 1992). Assim, percebi que o meu proceder era muitas vezes acompanhado de angústias, de sensação de impotência frente aos fatos inerentes a medicalização excessiva do cuidar a doença. Soma-se a isso o próprio proceder da enfermagem, a maneira arraigada e estereotipada de conceber o cuidado.

A intervenção institucional tem uma segunda fase, que não ocorre depois da primeira, mas se inicia e se propaga junto com ela, que é a autogestão. A última é uma estratégia adotada pela comunidade pesquisadora¹⁸ no sentido de gerir todos os seus passos rumo à solução de seus problemas, e até mesmo todos os possíveis entraves com que se depararem no decorrer do processo (BAREMBLITT, 1992). Esse momento de auto-gestão começou numa oficina de clown, a qual será descrita posteriormente, mas que foi de suma importância no sentido que me potencializou a superar uma visão dicotômica de se fazer medicina. Medicina que também pode ter arte, alegria, fluidez e foco na saúde. Embora tivesse essa concepção desde a época acadêmica, poucas vezes havia colocado numa prática efetiva, pois ainda o instituído reverberava dentro de mim a partir de presunçoso saber saúde. O movimento de dança, música e teatro levaram-me a um verdadeiro processo cartográfico, entendendo que pesquisa também é experimentação, um deixar “vir a ser”.

Quando se fala em cartografia, a prática da experimentação se faz necessária. De acordo com Lazzarotto (2012), para experimentar não basta entregar-se a experiência, mas construir um percurso de invenção. Mais do que isso, as relações construídas a partir das experiências possibilitam analisar as condições de emergência de um problema de pesquisa:

(...) Abandone o ‘ou’, a dicotomia, o binarismo, deixando-se levar pela simples conjunção ‘e’ que mantém uma rede sempre aberta para acolher a multiplicidade. Acompanhe as perturbações causadas nas tensões entre o eu “e” o nós, a teoria “e” a prática, o método “e” a metodologia, o problema “e” a resposta. São essas coexistências que formam paradoxos e que asseguram o caráter problematizante e crítico da pesquisa (LAZZAROTTO, 2012, p. 102).

Em entrevista concedida a Claire Parnet, o filósofo Gilles Deleuze dá uma curiosa resposta quando convocado a discorrer sobre a palavra cultura:

(...) responde que não acredita na cultura em si, mas nos encontros, não só com pessoas, mas sobretudo, com coisas. Busca-se encontros. (...) O que o

¹⁸ A comunidade pesquisadora é construída por um sociólogo, doutorando em Educação Ambiental (Augusto Luis Medeiros Amaral); uma enfermeira, doutoranda em Educação Ambiental (eu mesma); e um arte-educador, doutorando em Educação Ambiental (Cláudio Tarouco de Azevedo).

move quando vai a uma exposição ou a um museu é a expectativa de ter encontros (...) (KASTRUP, 2010, p. 38).

Entendo que no âmbito da “cultura hospitalar” e enquanto profissionais da saúde aproveitamos muito pouco “esses encontros” com os enfermos, por que estamos mais preocupados com sua doença e em cumprir protocolos, normas e rotinas. Isso gera situações conflitantes e a tão propalada “desumanização da área da saúde”.

Esses encontros, portanto, deveriam se aproximar do sentido mais profundo de uma “cultura para o cuidado”. Se tomarmos a raiz etimológica da palavra cultura, temos “[...] ela vem do verbo latino *colere*, que significa cultivar, criar, tomar conta e cuidar; cultura significava também o cuidado do homem com a natureza. Onde: agricultura. [...]” (CHAUI, 2000, p. 372).

‘Podemos então, ampliar esse conceito e incluir nele o relativo às práticas de enfermagem e de saúde em geral, as quais estão intrinsecamente ligadas ao cuidado à natureza. A iatrogenia pode ser pensada como uma ruptura entre o ser humano e a natureza, gerando uma “desculturação”, uma perda na qualidade dos cuidados indo até o extremo da “aculturação”, a morte da cultura dos cuidados e a própria aniquilação do planeta.

Por outro lado via-me implicada nesse contexto e impelida a fazer algo que pudesse trazer uma outra perspectiva para o cuidar de enfermagem. Assim, comecei a estudar o TT, pois embora seja uma terapia fundada por uma enfermeira americana há mais de quarenta anos, aqui no Brasil ainda é pouco utilizada nas rotinas hospitalares. Além disso, ela permite a construção de um novo olhar e abordar o cliente.

A prática do Toque Terapêutico, dentro de um contexto da Educação Ambiental Não Formal, é capaz de resgatar o nosso sentido de pertencimento ao planeta e ao cosmos. Assim, busquei esvaziar o ambiente saturado do hospital, seu corpo cheio, para somente então aproximar-me de um CsO, o qual permitisse uma rizomatização. O “corpo cheio” no hospital simboliza a saturação que leva a iatrogenia, ou seja, as relações hierarquizadas, os baixos salários, a falta de recursos humanos e financeiros, os quais favorecem, por exemplo, uma rotina de trabalho incompatível com a promoção de saúde.

A Educação Ambiental Não- Formal, através da Esquizoanálise, permitiu-me conectar esses órgãos que estavam desconectados, potencializando-me um entrelugares, o qual devém novas possibilidades. A Educação Ambiental Não-Formal é a terceira linha de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Educação Ambiental da FURG e preconiza, a partir da Política Nacional de Educação Ambiental (Lei 9.975/1999), a diversidade e a alteridade dos

diversos grupos sociais com o meio ambiente. Para tanto, dentro de uma concepção sistêmica, interliga os espaços ambientais, da saúde coletiva e da qualidade de vida aos sujeitos, instituições e organizações sociais.

No intuito de interligar esses espaços ambientais como potências para o cuidado, lancei-me ao “primeiro voo do pássaro”, acompanhando o processo de atenção do cartógrafo, o qual se afasta inicialmente de seu local de origem (simbolicamente seu ninho), para poder conhecer o mundo e dele trazer novas perspectivas. Com isso, senti a necessidade de sair do ambiente hospitalar em que estava inserida, para que pudesse enxergá-lo para além de suas portas, além dos cuidados técnicos prestados pelos profissionais da saúde. Com isso, começou uma verdadeira jornada cartográfica, a qual teve início com uma caminhada investigativa.

A caminhada investigativa ocorreu a partir da necessidade em aprofundar conceitos filosóficos que estão na tessitura da proposta da tese. Traz em seu bojo uma análise dos aspectos históricos e atuais da iatrogenia, questões referentes a Esquizoanálise e ao Toque Terapêutico e sua relação com a Enfermagem e Educação Ambiental. Esse momento foi designado de “caminhada conceitual”, pois assumiu reflexões importantes para posteriormente discutir as microintervenções.

As microintervenções foram frutos da formulação de três hipóteses, utilizando as orientações das variedades da atenção da cartógrafa, através de intervenções institucionais e do Toque Terapêutico. São as hipóteses:

A construção de um espaço ecosófico pode ajudar a superar a iatrogenia;

O hospital enquanto ambiente pedagógico pode propiciar a formação de um novo olhar;

O hospital enquanto espaço clínico pode ir além da patologia, valorizando o ser humano de forma integral;

Cada hipótese gerou uma microintervenção socioambiental, caminho que foi construído com as vicissitudes e necessidades que a pesquisa foi delineando através dos focos da atenção do cartógrafo. Na sequência de cada hipótese há a descrição da microintervenção, do local que foi realizada, com o trabalho de campo, resultados e discussões específicas daquele momento.

Na primeira microintervenção houve uma interação com outros elementos da natureza, além da imposição de mãos entre a comunidade pesquisadora a partir da ótica das três ecologias. Na segunda microintervenção trouxemos um pouco dessa experiência para

compartilhar com os profissionais e alunos do HU através da 35ª Semana Riograndina de Enfermagem, o que resultou num aprofundamento das concepções de saúde e doença para além de suas terminologias. Assim as relações de cuidado ocorreram através do teatro, da música, das expressões corpóreas a partir do clown. Esse momento serviu para fluidificar espaços, aproximar as pessoas e entender com outro olhar as relações iatrogênicas. No desfecho, aproximei-me de uma prática clínâmica, através do TT com duas pessoas hospitalizadas, o que constitui a terceira microintervenção. Esse foi o momento de experienciar o cuidado de enfermagem através da aplicação do TT em duas pacientes internadas em unidade de internação hospitalar.

Posteriormente a essas vivências, optou-se por fazer uma análise geral das repercussões das microintervensões, o que foi denominado de Reconhecimento Atento, o qual me permitiu “um pouso” e a reflexão do que estava acontecendo. Reconhecia o ambiente hospitalar mas já me movia nele de forma diferente. Em que resultaram as oficinas realizadas anteriormente?

A cartografia, através da descrição da dinâmica atencional constitui um método que assume uma perspectiva construtivista do conhecimento, evitando tanto o objetivismo como o subjetivismo. Essa perspectiva acessa elementos processuais provenientes do território- matérias fluidas, forças tendenciais, linhas em movimento- bem como fragmentos dispersos nos circuitos folhados da memória (KASTRUP, 2007).

Esse caminho da pesquisa se constituiu na busca de um novo sentido para o cuidar. Nesse momento, as vivências anteriores são potências que se virtualizam. Ou seja, na busca de “ressignificar a iatrogenia”, comecei a repensar minhas próprias atitudes perante os pacientes, os alunos e os discursos assumidos em sala de aula. Esse foi um capítulo destinado a essas vozes, as quais denominei de “reverberações” em vez de conclusões. Assim, esse foi um momento de entendê-las sem fechá-las no que aconteceu, sem conclusões definitivas. Na verdade, está ainda acontecendo e talvez não pare mais de acontecer.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVENDO A PESQUISA

Para implementar as microintervensões dessa tese houve a colaboração e autorização dos colegas de doutorado Augusto Amaral e Cláudio Azevedo para a divulgação de imagens e falas da oficina realizada no sítio Santa Isabel, Arroio do Inhamé, São José do Norte, RS,

intitulada: “O Cuidado, o pêndulo e a câmera: Tocando sem tocar”, bem como da apresentação de nosso artigo coletivo intitulado “O cuidado e a percepção sensível do ambiente hospitalar, no II Congresso Internacional de Educação Ambiental no Polo UAB-UFSM, Panambi, RS, conforme Anexo A.

Também as atividades realizadas durante a 35ª Semana Riograndina de Enfermagem, obtiveram autorização, conforme a divulgação da grade de programação do Evento, Anexos B, C, D e E. As vivências obtidas na terceira microintervenção contaram com dados obtidos a partir de uma Ação de Extensão (aprovada pela Escola de Enfermagem- Ata 05/2011), nº SIGProj: 81694.477.102666.05032012) - FURG, intitulada: Ressignificando o cuidar de Enfermagem como Arte: em busca do Ser Sensível, aprovada pelo Parecer nº 21/2012 pelo Comitê de Ética e Pesquisa- CEPAS, processo nº 23116.001906/2012-91, conforme Anexo F (Declaração de Aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário- HU- FURG), Anexo G (Carta de Autorização da Direção do Hospital Universitário- HU- FURG) e Apêndice A (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). É importante considerar ainda que o termo de Consentimentos Livre e Esclarecido seguiu a Resolução 196/96 e suas complementares no CNS/MS, que dispõem sobre Diretrizes e Normas regulamentares na pesquisa com seres humanos, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido, todos os sujeitos desta tiveram o livre arbítrio de desistirem no momento em que desejassem. (CNS, 1996). Tem-se ainda as autorizações para a descrição das atividades e imagens realizadas nas disciplinas de Terapias Alternativas e Administração, conforme Anexos K e L.

Além disso, foi garantido o direito de requererem respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre qualquer questão referente ao trabalho; e que não houveram riscos físicos e/ou desconfortos; da liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento que ocorreu a pesquisa, sem que tal atitude trouxesse prejuízos, bem como o compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados.

3 A CAMINHADA CONCEITUAL

Percebe-se no ambiente hospitalar um espaço iatrogênico, em que trabalhadores da saúde e clientes encontram-se sufocados pelo ar viciado, sem um contato com a natureza e isso se reflete na própria saúde e nas relações pessoais. Alguns estudos identificam como fatores iatrogênicos as infecções hospitalares resultantes, por exemplo, da inadequação de planta física e instalações, falta de material e equipamentos, desproporção entre o número de profissionais e o número de leitos ocupados. Também as relacionadas aos medicamentos, como administração incorreta de fármacos. Pesquisa desenvolvida no período de janeiro de 2000 a fevereiro de 2009 em relação à abordagem de publicações científicas em enfermagem sobre iatrogenias conclui que os recursos humanos são os principais responsáveis por esses eventos (TURRINI, 2000; SANTOS; CEOLIM, 2009; FARIAS et al., 2010).

A presente tese tem como principal temática de pesquisa, buscar formas de amenizar a iatrogenia hospitalar através da Esquizoanálise e do Toque Terapêutico. Assim, faz-se necessário uma revisão de literatura para refletir sobre tais conceitos, suas causas e suas consequências para a saúde da população e para o meio ambiente. Para tanto, também aborda a história do nascimento do hospital e da própria enfermagem.

3.1 A IATROGENIA: OS PRIMEIROS REGISTROS E FATOS HISTÓRICOS

Das civilizações antigas datam os primeiros registros de iatrogenia. A palavra iatrogenia ou iatrogênese deriva do grego e é composta por *iatros*, que significa médico, e *gênese*, origem. A inclusão do termo *pathos* (doença) daria origem à iatropatogênese, que seria doença causada pelo médico. Apesar desse significado neutro, do ponto de vista morfológico, o Dicionário Aurélio define iatrogenia como alterações patológicas decorrentes de um tratamento ou procedimento terapêutico. Assim, iatrogenia, e não iatropatogenia, tem sido o termo mais usual para identificar uma ação nociva ou maléfica (OGUISSO; SCHMIDT, 2007, p. 115).

Na mitologia da antiga Grécia havia uma preocupação com a iatrogenia, no nascimento da Medicina, quando Apolo ordenou ao Centauro Quiron que ensinasse a Asclépios a cura das doenças, utilizando “fármacos suaves” ou “incisões adequadas”; neste

contexto, Pharmakon, assume duplo sentido na antiga Grécia: medicamento e veneno (CANINEU et al., 2006).

O Código de Hamurabi, em seu artigo 218, impõe pesado imposto ao médico pelo prejuízo causado a alguém: “caso o médico tenha tratado o ferimento grave de um homem livre, com um instrumento de Bronze, e esse venha a falecer, ou se tiver aberto a mancha no olho de alguém com o instrumento de Bronze, provocando-lhe a inutilização da vista, ser-lhe-ão cortadas ambas as mãos” (SILVA, 2012).

Os primeiros estudos sobre erros de medicação foram registrados na década de 60, a partir do método de observação direta criado por Barker e Mcconnel, na Escola de Farmácia da Universidade de Aubures- EUA. Os erros foram registrados por farmacêuticos treinados que acompanhavam a administração de cada dose de medicamento (CARVALHO; CASSIANI, 2002)

É importante considerar ainda as concepções do filósofo e pedagogo Illich (1975) que aborda a iatrogenia como uma das maiores epidemias em expansão no nosso tempo. Inclusive iguala-a a morbidade provocada pela circulação de veículos automotores, o trabalho e até as guerras. Somente a má nutrição causaria um dano ainda maior.

De acordo com Nogueira (2003), ao nos depararmos com o conceito de iatrogênese dos anos 70, abordada por Ivan Illich em seu livro *Nêmesis da Medicina*, o autor traz que a medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde, destacando-a sob três aspectos:

- 1) Iatrogênese Clínica: causada pelos próprios cuidados de saúde, resultando em danos à saúde atribuíveis à falta de segurança e ao abuso das drogas e das tecnologias médicas mais avançadas:

[...] Uma pesquisa do Departamento de Saúde Pública Americano demonstrou que 7% dos pacientes internados sofrem injúrias. Os hospitais universitários são os mais patogênicos: 20% dos hospitalizados contraem doença iatrogênica, desses, um em cada 30 evolui para êxito letal. Além disso, as infecções mais temidas por germes multirresistentes, são adquiridos dentro do hospital [...]" (BORSOI, 2006).

Nesse sentido, ela se desenvolve mediante procedimentos terapêuticos, provocando efeitos secundários que acabam por somar aos que a patologia em si promove. O homem passa a ser considerado como um objeto de conhecimento científico, que deve acreditar na necessidade de recorrer à medicina moderna estabelecendo-se, assim, um vínculo de dependência e exploração (TUNES; RAAD, 2006).

- 2) Iatrogênese Social: decorrente de uma crescente dependência da população para com as drogas, os comportamentos e as medidas prescritas pela Medicina em seus

ramos preventivo, curativo, industrial e ambiental. A iatrogênese social é, ao fim e ao cabo, sinônimo de medicalização social, porque anula o sentido da saúde enquanto responsabilidade de cada indivíduo e de sua família e dissemina na sociedade o “papel de doente”, que é um comportamento apassivado e dependente da autoridade médica.

- 3) Iatrogênese Cultural: consiste na destruição da capacidade das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte. Nesse caso, o que caracteriza o dano é a perda de tudo aquilo que as tradições criaram ao longo dos séculos enquanto expedientes culturais eficazes para enfrentar a vulnerabilidade humana diante de tais contingências da vida. As práticas tradicionais e o saber espontâneo que lhes acompanham foram, nos últimos séculos, substituídos pela figura plenipotente do médico e de sua técnica profissional heterônoma, que trazem a promessa delusória de estender indefinidamente a existência das pessoas.

Porém, a partir da década de 80 Illich começa a fazer uma autocrítica de sua obra famosa “*Nêmesis da Medicina*” e aponta para a necessidade de se considerar também a “iatrogênese do corpo” como aspecto importante da iatrogênese cultural:

[...] Illich afirma que não está insatisfeito com o texto que escreveu na década de 70, por que seu objetivo era enfocar também certas formas gerais de dano, que advém, de maneira indireta, da disseminação de crenças e práticas sociais inibidoras da autonomia diante da enfermidade, da dor e da morte. No entanto, lamenta que tenha deixado de enxergar o que seria um efeito simbólico iatrogênico mais profundo: a da inatrogênese do corpo mesmo [...] (NOGUEIRA, 2003, p. 188).

A história do corpo na modernidade é fruto de uma visão mercantilista da vida, coincidindo com a emergência do Estado-Nação e sua polícia sanitária. O corpo é concebido como imagem coletiva, como quantidade de população produtora e força do exercito. Posteriormente o corpo é transformado num objeto portador de um direito individualizado, um direito de felicidade. Mais recentemente, o sonho de uma vida ativa ainda na terceira idade e a demanda econômica por trabalhadores produtivos foram fundidos na própria ideia da saúde como um direito social (NOGUEIRA, 2003).

Dessa perspectiva faz-se oportuno também trazer a concepção do corpo na formação da enfermagem dentro da estrutura hospitalar. Para tanto, destaco a abordagem elucidada por Vidal (1939 apud KRUSE, 2003, p. 90-1) quando transcreve as rotinas de enfermagem no início da profissão aqui em nosso país na década de 30:

Orientação do trabalho nas enfermarias

Objetivo

Ordem para que possa haver trabalho perfeito. Conhecimento da rotina, para eficiência do trabalho.

Rotina de Enfermagem

1º Ler o relatoria da noite. Passar visita na enfermaria, com a chefe e a aluna que for deixar o serviço. Receber as instruções para o seu trabalho.

2º Verificar a ordem das bandejas e responsabilidades que estejam ao seu encargo.

3º Antes de começar o trabalho, passar uma revista nos seus doentes endireitando o que tiver fora dos seus lugares e abrindo as janelas.

4º Uma das alunas se encarregará de trazer a roupa para o uso colocando-a na mesa, no centro da enfermaria e daí cada uma das outras retirará a que for necessária para o seu doente.

5º Servir café.

6º Distribuir as comadres

7º Cuidar em primeiro lugar dos doentes mais graves.

8º Manter as mesas, cama e cadeiras sempre bem limpas e alinhadas.

9º Trabalhar sempre em silêncio.

10º Fazer com que os doentes convalescentes estejam nas suas camas durante a visita médica.

11º Servir a refeição às 10 horas aos doentes fracos. Tirar a temperatura, pulso e respiração desta hora.

12º Servir o almoço entre 11:30 e meio dia.

13º Manter as roupas de cama sempre bem esticadas. Procurar dar o máximo conforto possível aos doentes acamados.

14º Manter o silêncio na enfermaria entre 13 e 14 horas, sendo que nesta hora todos os doentes devem repousar.

15º Servir o “lunch” às 14h e tomar a temperatura, pulso e respiração dos doentes marcados.

16º Nos dias de visita, quintas e domingos, prestar atenção às visitas dos doentes, evitando que se sentem na cama ou coloquem qualquer objeto sobre ela.

17º Servir o jantar às 17 horas.

18º Tomar a temperatura, pulso e respiração de todos os doentes.

19º Começar o toilette da noite às 18 horas.

20º Dar ceia aos doentes às 20h, apagando a luz em seguida.

21º Verificar se os doentes estão confortáveis e em condições de descansar.

22º Manter o silêncio e verificar a ventilação da enfermaria.

23º Deixar por escrito todas as ordens e observações.

24° Às 22 horas entregar a enfermaria à aluna do serviço da noite, dando o relatório do ocorrido, passando ao mesmo tempo uma revista nos doentes e na enfermaria.

25° A enfermeira da noite é responsável pelo silêncio e ordem na enfermaria durante o seu serviço. Distribuir as comadres nas horas marcadas e administrar os medicamentos. Pela manhã tirar a temperatura, pulso e respiração de todos os doentes, lavar o rosto dos acamados e deixar a cama dos demais arejando. Dar o relatório às alunas que entrarem às 7 horas.

Nota- As comadres durante o dia são distribuídas de 2 em 2 horas, começando às 8 horas e à noite de 4 em 4 horas, começando das 22 horas.

As escalas das aulas são apresentadas às chefes da enfermaria todas as segundas- feiras, ficando a aluna na obrigação de avisar qualquer mudança que haja.

Como podemos perceber é uma visão mecanicista do corpo, tanto de quem cuida como de quem é cuidado. É um cuidado estereotipado que não leva em consideração a individualidade de cada pessoa:

[...] se atentarmos aos objetivos propostos para esta atividade, observaremos as expressões: ordem, trabalho perfeito, conhecimento, rotina e eficiência do trabalho, todas elas indicadoras de técnicas minuciosas, detalhadas, que mantêm o corpo enclausurado e alvo de vigilância e registro. É o poder sobre os corpos hospitalizados [...] (KRUSE, 2003, p. 92).

Podemos identificar na enfermagem uma iatrogênese cultural por ser uma das profissões nas quais se enfatiza esse aspecto perfeccionista, desde os primórdios de sua história. Hoje, as principais publicações sobre iatrogenia na enfermagem relacionam-na com queimaduras provocadas por bolsas de água quente, fraturas e outros traumatismos por queda de leito, maca ou mesa de exame ou curativo, hemorragias por desconexão de sondas ou cateteres, asfixia por obstrução de cânula endotraqueal, administração de dieta de sonda em intracath, passagem ectópica de sonda nasogástrica (OGUISSO; SCHMIDT, 2007, p. 115).

É importante considerar publicação oficial do COREN SP, ano 11, nº 87, dez/2010, com referência as iatrogenias de enfermagem de forte exposição na mídia e na opinião pública, ocorridas em 2010: “A Organização Mundial da Saúde estima que 1 em cada 10 pacientes possa ser vítima de erros e eventos durante a prestação da assistência à saúde no mundo e que medidas de prevenção precisam ser adotadas para reverter esse panorama” (COREN, 2010, p. 26).

Há diferentes tipos de ação que constituem agressões ao paciente, tais como: iatrogenia medicamentosa (polimedicação com seus efeitos colaterais); iatrogenia pela palavra (pode ocorrer quando o profissional de saúde se dirige ao paciente com uma terminologia acadêmica e/ou científica para descrever seu estado de saúde, dificultando o entendimento do

último); iatrogenia cirúrgica (todo ato cirúrgico constitui uma agressão pois faz-se o uso de anestesia e produtos químicos); iatrogenia por raios ionizantes (seu uso pode produzir transtornos somáticos e genéticos por causa das radiações); iatrogenia instrumental (uso da tecnologia como arma diagnóstica e terapêutica que implica em cuidados do médico que deve ter consciência moral e científica do instrumento tecnológico que vai usar, além de ter uma justificativa clínica para qualquer uso técnico evitando que ele seja aplicado visando lucro, prestígio ou poder) (MACIEL, 2010).

A iatrogenia é abordada em alguns estudos relacionando-a diretamente ao paciente idoso, definindo-a como todo procedimento ou tratamento de saúde que possa causar transtornos, com efeitos colaterais. Agravando-se a isso o fato do uso de múltiplas medicações (terapêutica plurimedamentosa) em adultos mais velhos (MACIEL, 2010).

Muitos estudos ainda trazem o assunto associando sua prevalência na medicina intensiva. Canineu et al. (2006) apontam que no Brasil um estudo prospectivo com 517 pacientes da UTI de um hospital universitário, durante 18 meses, constatou que 95 sofreram algum tipo de iatrogenia, o que correspondeu a 18,4% das internações na Unidade; estes pacientes sofreram 120 complicações (mais do que uma por paciente). Os resultados indicaram que os métodos invasivos antes da internação na UTI foram as causas mais frequentes dos eventos adversos enquanto que, durante a internação, medicamentos e métodos invasivos foram equivalentes.

Por outro lado, há uma dificuldade inerente ao estudo das ocorrências iatrogênicas, pois paralelo às diferentes interpretações, verifica-se como fato complicador a utilização da vasta terminologia para o termo iatrogenia, destacando-se entre eles: ocorrências adversas, complicações iatrogênicas, doença iatrogênica e eventos adversos. Além destes, o incidente crítico, abordado por Beckmann et al. (1996), como um evento não intencional que reduz ou pode reduzir a segurança do paciente e que traduz o conceito, é comum e aceito pela maioria dos estudiosos no assunto de iatrogenia (PADILHA, 2001).

Além da dificuldade conceitual mencionada, a própria complexidade que envolve a natureza do tema tem sido focalizada sob diferentes perspectivas- econômica, ética, legal, de avaliação de serviços de saúde, entre outras- devido ao crescente conhecimento, tanto individual como coletivo, das limitações, riscos, custos e direitos dos indivíduos referentes ao cuidado à saúde (PADILHA, 2001, p. 288).

Nesse sentido, Illich (1975), trata a iatrogenia, em sentido estrito, a ausência de doença, caso o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam. Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica engloba todas as condições.

Sabe-se que nos últimos dez anos foram publicados no mundo mais de 2004 artigos médicos versando sobre iatrogenia o que implica, em média, aproximadamente quatro artigos novos por semana. Inclusive diversos autores e professores universitários já sugeriram que esse tema fosse incluído como matéria curricular obrigatória nas Faculdades de Medicina (KROPF, [s.d.]).

Paradoxalmente, Botsaris (2010, p. 101) aponta que “esse tipo de conhecimento fica a margem do curriculum das faculdades de medicina. Isso se torna um ciclo vicioso, uma vez que, quando se excluem da pesquisa e das práticas médicas as formas menos agressivas e complementares, o resultado é a excessiva medicalização: médicos prescrevendo medicamentos em excesso, ou desnecessariamente”.

Por outro lado, a ética convencional na medicina é vista somente de forma antropocêntrica, em que se leva em consideração o enorme empenho do médico na vida e na saúde das pessoas, mas não preconiza essa ação associada a sustentabilidade ambiental. Contudo, a ecologia¹⁹ trouxe um novo paradigma para a ética, pois além do respeito ao ser humano, é preciso ter respeito à vida de forma geral. Também é relevante ressaltar que a própria ecologia nos ensinou que a vida é interdependente, o que significa que a própria sobrevivência do ser humano pode ser ameaçada caso haja um impacto significativo nos biomas e nas demais espécies que habitam o planeta (BOTSARIS, 2010, p. 36).

Enquanto muitas áreas da Ciência passaram por grandes inovações, os conceitos básicos de norteiam a ciência médica permaneceram os mesmos desde que as bases da medicina científica foram criadas, entre meados do século XVIII e XIX. Sabemos que a física, por exemplo, flexibilizou os conceitos de Newton para se abrir às novas ideias da relatividade de Einstein e da física quântica de Niels Bohr, no entanto, a medicina “[...]continua encarcerada nos conceitos de patologia, fisiologia e fisiopatologias clássicas: o estudo das alterações microscópicas nos órgãos e células estabelece os alicerces de toda a compreensão que a medicina tem do ser humano” (BOTSARIS, 2010, p. 41).

¹⁹ Ecologia: o termo foi criado por Hernest Haekel (1834-1919), ela deriva do grego “oikos” que significa casa e “logos” que significa estudo. Segundo o novo dicionário Aurélio: “Ecologia é a parte da medicina que estuda as relações entre os seres vivos e o ambiente em que vivem bem como suas recíprocas influências”. Fonte: <http://www.miniweb.com.br/ciencias/artigos/ecologia.html>.

Em contrapartida, de uma maneira geral, se formos pensar numa medicina mais ecológica, os medicamentos utilizados pelas medicinas complementares são muito mais aceitáveis para o meio ambiente que os medicamentos convencionais à base de substâncias sintéticas. Por exemplo, fitoterápicos são degradados com maior facilidade e rapidez por serem moléculas encontradas na natureza e por isso de baixo risco ambiental (BOTSARIS, 2008).

Temos também a medicina ortomolecular, a qual trabalha com substâncias que na maioria das vezes podem ser classificadas como alimentos, tais como, vitaminas, minerais, aminoácidos, lipídios, ou seja, são moléculas que já existem na natureza e podem ser facilmente degradadas pelos sistemas enzimáticos ou incorporadas ao metabolismo de outros organismos, sem que representem uma ameaça ao meio ambiente (BOTSARIS, 2010).

A homeopatia é a corrente mais segura em termos ambientais. Submetido ao processo de dinamização, seu medicamento, com diluições sucessivas, é o que carrega menos quantidade de resíduos para o meio ambiente. Pode-se afirmar que essa quantidade é completamente isenta de impacto ambiental. Embora o medicamento homeopático ainda careça de pesquisa que explique com mais exatidão seu mecanismo de ação e aumente a eficiência e o alcance do seu uso, apenas com o conhecimento já existente, a homeopatia poderia ser indicada nos cuidados primários de saúde, que correspondem a 95% dos casos que buscam atendimento médico (BOTSARIS, 2010).

A pergunta é: Por que não se investe em medicamentos ambientalmente corretos, em que os médicos, por exemplo, antes de tentarem um produto sintético, deem preferência a um medicamento ambientalmente amigável?

A indústria farmacêutica tem dominado os rumos da pesquisa médica mundial, direcionando-a conforme seus interesses, sendo o motor do desenvolvimento da medicina moderna. Sua influência vai mais além, investindo milhões de dólares para convencer os médicos a indicarem mais medicamentos ou induzindo-os à prescrição de novas drogas, cujos preços são bem mais elevados:

[...] A indústria farmacêutica está entre as mais poderosas do mundo globalizado. Com enormes volumes de venda e uma rentabilidade invejável, essas empresas transnacionais ocupam o segundo lugar em lucratividade e retorno por dólar investido no mundo, ficando atrás apenas das companhias petrolíferas. O mercado mundial de medicamentos situa-se na faixa de centenas de bilhões de dólares, e se sustenta, mesmo em tempos de crise, devido à sua importância na vida dos indivíduos” (BOTSARIS, 2010, p. 100-1).

Por outro lado, a maioria dos artigos científicos que versam sobre a iatrogenia se limitam a descrevê-la em suas principais formas, tanto por suas consequências diretas ao cuidado com os pacientes como pelas atitudes e ações dos profissionais da saúde que causam prejuízos. Contudo, não buscam alternativas que efetivamente possam propor outras maneiras de se fazer o cuidado em saúde e as que apresentam giram em torno da terapia medicamentosa.

Na enfermagem, por exemplo, Vargas e Ramos (2010), Galdino e Nunes (2000) referem-se à participação dos enfermeiros na incidência de iatrogenia como sendo decorrente da omissão de doses, administração de medicamento em concentração incorreta, aplicação em horários ou vias impróprios, administração de medicamentos não-prescritos em pacientes trocados, assim como a aplicação de fármacos errados, decorrentes de substituições indevidas ou de dúvidas na transcrição ou na interpretação da prescrição médica.

Contudo, o tipo de iatrogenia mais recorrente na enfermagem é a de administração de medicamento, tendo como causas: a delegação do cuidado, o não aperfeiçoamento e o cuidado realizado de forma mecânica. Para os autores, a iatrogenia não pode ser vencida, mas sim preveni-la através do conhecimento de sua incidência e suas consequências (CORTEZ et al. 2009).

Para entender a iatrogenia nos dias de hoje é necessário fazer um movimento para o conceito e evolução da saúde e da doença até o nascimento do hospital, semelhante a instituição que conhecemos hoje, ou seja, como ele se constitui e para que finalidade. Foucault (2007) traz o nascimento do hospital desde as viagens-inquérito na Europa do século XVIII do inglês Howard e do francês Tenon. O hospital, nesse momento, deixa de ser um local religioso para ser um espaço destinado ao estudo da doença. Começa um processo de deslocamento do poder divino do sacerdote que atuava nesses locais para o poder econômico e financeiro ostentado agora pela figura do médico.

3.2 SAÚDE E DOENÇA: CONCEITO E EVOLUÇÃO

O vocábulo saúde, etimologicamente, teve origem no latim *sallus* que significa integridade do bem-estar do ser humano no meio em que vive se desenvolve e trabalha. A preocupação com a saúde acompanha de diversas formas e abordagens a história da humanidade e envolve implicações políticas, legais, sociais e econômicas. As mudanças que

se processam de maneira constante nos múltiplos segmentos socioeconômicos, culturais, tecnológicos, políticos, bem como as descobertas e os avanços científicos interferem na maneira de pensar, sentir e agir do ser humano e conseqüentemente, no seu processo saúde/doença.

Com o intuito de explicar o binômio saúde/doença, que fez e faz parte da realidade e das preocupações durante as diferentes épocas históricas da humanidade, existiram várias tentativas e, assim, surgiram diversos modelos vinculados aos variados processos de produção das sociedades (BATISTELLA, 2007).

No Paleolítico, o ser humano descobriu o fogo e desenvolveu uma linguagem rudimentar para comunicar-se, o que permitiu o início de uma organização social. Os povos eram essencialmente caçadores-coletores, viviam em bandos, eram nômades, e a sua sobrevivência dependia dos alimentos e água que se encontravam no seu meio ambiente. As doenças e agravos resultantes das atividades cotidianas de acidentes como quedas, cortes e lesões causadas durante as caçadas eram atribuídas a ações sobrenaturais de deuses, demônios ou espíritos malignos enviados por algum inimigo (SCLIAR, 2007).

Portanto, a concepção mágico-religiosa partia do princípio de que a doença era resultado do pecado ou de maldição (BATISTELLA, 2007; SCLIAR 2007; GIOVANINI et al., 2010). Esse entendimento pode ser atribuído à falta de subsídios de ciência e tecnologia para explicar a doença e por isso buscavam explicações sobrenaturais (SCLIAR, 2002; 2007; MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

Ainda nos dias atuais a visão mágico-religiosa exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. Essa afirmação pode ser percebida pelos inúmeros usos de procedimentos utilizados nos mais diferentes grupos sociais: uso de chás, rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões o que reafirma sua presença na cultura brasileira. A procura dessas práticas permeia questões socioculturais que fazem parte da história (LUZ, 2006).

Estas práticas de saúde mágico-sacerdotais marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde. Surgiram, neste contexto, o papel dos líderes espirituais com função e poder de cura, que por meio de rituais especiais procuravam afastar os maus espíritos. Eles foram chamados de formas distintas conforme as diferentes culturas: sacerdotes, xamãs e pajés entre os índios brasileiros; benzedeiros e os curandeiros na África valiam-se de diversas formas de rituais como cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas,

jejum, dietas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos (BARROS, 2002; SCLIAR, 2002; 2007; BATISTELLA, 2007).

Percebe-se que a dimensão espiritual do ser humano estava presente de forma marcante no cotidiano de seus afazeres. Entretanto, parte desses sentimentos foram esquecidos durante grande período da história da humanidade. Entretanto, atualmente, ressurgem mostrando que a dimensão espiritual faz parte intrínseca do ser humano e por isso há necessidade de atender também as aspirações do ser humano na dimensão espiritual.

Na Grécia surgiram os deuses da saúde, evocados para proteger a população dos infortúnios ligados aos males das doenças. Várias divindades estavam vinculadas à saúde, e os sacerdotes eram encarregados dos rituais da cura. Os gregos cultuavam o deus Esculápio como responsável pela saúde, assim como as suas duas filhas, as deusas Higéia e Panacéia que o ajudavam na arte de curar (BATISTA, 2003; BATISTELLA, 2007; GEOVANINI et. al, 2010).

Já para os antigos hebreus, a doença era um sinal da cólera divina, atribuído aos pecados causados pela desobediência ao mandamento divino. A doença era considerada consequência do pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra (SCLIAR, 2002; 2007).

O apogeu da civilização grega aproximadamente 1500 a.C., constituiu um período marcante, em que as propostas de libertação da medicina das suas influências mágico-religiosas, procurou entender as relações entre o homem e a natureza, o que representou uma ruptura entre a superstição e as práticas mágicas surgindo um mundo baseado em explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença. Os médicos também eram filósofos naturais e a cura era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos (ROSEN, 1997; SCLIAR, 2002; 2007; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002; BATISTELLA, 2007).

Para Scliar (2002, p. 20): “[...] novas formas de conhecimento contrapõem-se à magia, causando uma fissura no pensamento mágico. Essa fissura, representada pelo componente empírico, acentua-se a época da Antiguidade grega, cuja medicina encontra sua expressão maior em Hipócrates”.

Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina deu uma visão racional à medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa. Acompanhou o

pensamento baseado no racionalismo e o naturalismo dos filósofos daquele período, salientando que as doenças não eram causadas por demônios, espíritos ou deuses, e sim por causas e leis naturais. Assim, embasado neste novo pensamento afirmou que os procedimentos terapêuticos deveriam apoiar-se numa base racional, com a finalidade de retificar os efeitos nocivos causados pelas forças naturais. Desta maneira, a medicina apartou-se do misticismo, alicerçou-se na observação e raciocínio dedutivo, considerando o ambiente como fator importante na influência e bem estar das pessoas, assim o ar, a água, moradia, locais que frequentavam e a alimentação que consumiam tornaram-se fundamentais para a saúde (BATISTELLA, 2007).

Nessa época inicia-se a olhar a saúde como a expressão de um equilíbrio harmonioso entre o que chamaram de os quatro humores ou fluidos corporais principais: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue sendo a saúde consequência do equilíbrio desses elementos. A concepção fisiológica que teve início com Hipócrates, explica as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. O homem era compreendido como uma unidade organizada e a doença era consequência da desorganização desse estado. Substituiu os deuses pela observação clínica de seus pacientes, criando métodos de estudo e de diagnóstico. Hipócrates defendeu estes novos princípios teóricos e metodológicos e, assim, passou a ser chamado como "pai da medicina". Várias obras foram escritas por ele, assim como o juramento do médico usado até os dias de hoje (BARROS, 2002; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002; SCLIAR, 2002; 2007, BATISTA, 2003; BATISTELLA, 2007).

Um de seus livros mais importantes foi: Ares, Águas e Lugares, onde pela primeira vez ele chama de doenças endêmicas aquelas de ocorrência de um número regular e contínuo de casos entre habitantes de uma mesma comunidade, e de epidemia ao surgimento de uma doença de forma repentina e que atinge um grande número de pessoas de uma mesma população. Considerou fatores como clima, solo, água, alimentação e modo de vida como fatores importantes no desenvolvimento de doenças. Baseado nestes argumentos desenvolveu uma teoria que compreendia a saúde como homeostase, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio (BATISTELLA, 2007).

A saúde era percebida como mente e corpos sadios, e para obter este resultado a pessoa necessitava seguir um estilo de vida em harmonia com as leis naturais, sendo a única maneira de obter o equilíbrio entre as forças do organismo e as do seu ambiente, isto incluía o

ambiente de trabalho, habitação, a dieta, na determinação do bom estado de saúde (BARROS, 2002). A cultura grega influenciou a cultura romana onde a engenharia sanitária teve um desenvolvimento avançado. A construção de aquedutos, cisterna de águas, banheiros públicos, entre outros, trouxeram benefícios à saúde da população (ROSEN, 1997; BATISTELLA, 2007).

O hábito do banho foi adotado por toda a população, com a finalidade de higiene corporal, como também por propriedades medicinais. Surgiu então o que ficou conhecido como a cloaca máxima, cuja função era eliminar a água da superfície assim como a drenagem dos esgotos (SCLIAR, 2002; BATISTELLA, 2007). Apesar destas medidas, o Império Romano (27 a.C. - 476 d.C.) enfrentou grandes epidemias, entre elas a de malária, o que fez com que a população rural migrasse para as cidades, o que provocou um aumento não planejado e desordenado das mesmas.

Galeno (129-199 d.C.), percebia a causa da doença de forma endógena, estando dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio (SCLIAR, 2007). Ainda para o mesmo autor, a cultura oriental enfatizava a saúde e doença diferente à concepção hipocrática. Percebiam que existiam dentro do ser humano forças vitais, que quando funcionam de forma harmoniosa existia saúde; caso contrário, surge a doença. A utilização de métodos como acupuntura e ioga tinham como objetivo equilibrar a energia do corpo.

Segundo Barros (2002), Galeno se baseou nas ideias de Hipócrates fazendo avanços significativos nos diagnósticos e terapias utilizadas, sendo sua ideia central de fisiologia baseada nos humores, os quais seriam influenciados pelo meio ambiente, como calor, frio e alimentação. A morte poderia ser causada por fatores internos ligados a predisposição individual, fatores externos, entre elas alimentação e exercícios físicos inadequados, ou por ambos. O diagnóstico deveria ser fundamentado em um cuidadoso exame do doente, considerando seu estado geral, condições ambientais e época do ano.

Com a queda do Império Romano aproximadamente no ano 476 d.C., e o surgimento do regime feudal na Idade Média, percebeu-se o declínio das instalações sanitárias, trazendo também desastrosas consequências na prevenção e tratamento das doenças. O cristianismo afirmava a doença como castigo de Deus pelos pecados cometidos e a cura como questão de fé. A passagem pelo mundo representava apenas um caminho para purificação da alma. Como consequência desta percepção, as práticas de cura passaram a ser atribuição e realizadas por

religiosos. Foram substituídas as dietas, exercícios, chás, repousos e outras medidas terapêuticas da medicina clássica, por rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, sendo que o corpo físico, apesar de albergá-la, não tinha a mesma importância. Ao não ter recursos para tratar da doença, considerava-se que a morte seria a libertação (ROSEN, 1997; SCLIAR, 2002; 2007, BATISTELLA, 2007).

O constante medo das epidemias como varíola, lepra, difteria, sarampo, influenza, ergotismo, tuberculose, escabiose, entre outras, aterrorizavam constantemente a população. Sem dúvida, a lepra e a peste bubônica foram as doenças de maior importância e preocupação, sendo a pessoa portadora da lepra considerada como manifestação evidente da impureza diante de Deus sendo condenados ao isolamento no leprosário e aqueles que estivessem pelas estradas usavam roupas características para advertir a outros de sua perigosa ameaça. Pode-se afirmar que foi a doença que maior temeridade e impacto influenciou na população deste período (ROSEN, 1997; SCLIAR, 2002; BATISTELLA, 2007).

A peste bubônica foi uma das doenças que causou maior devastação, responsável pela morte de um quarto da população europeia em 1347, devido ao aumento das viagens marítimas, conflitos militares e movimentos migratórios, ainda acrescentado da grande miséria, promiscuidade e falta de higiene, ausência de esgotos, criação de animais domésticos na cidade, excrementos nas ruas fez com que este período fosse conhecido como a idade das trevas (SCLIAR, 2002; BATISTELLA, 2007).

O suíço Paracelsus (1493-1541 d.C), representou o modelo de transição entre a escola galênica e o modelo biomédico. Afirmou que existia o micro e macro cosmos influenciados pelo princípio vital que chamou de *archeus*, sendo a causa das doenças provocadas por agentes externos ao organismo. Era adverso às ideias do passado, especialmente à teoria dos humores e ao pensamento galênico:

[...] A enfermidade significa para ele um desenvolvimento natural, algo espiritual, vivo, uma semente”. Podemos mesmo afirmar que Paracelso encarava a enfermidade como uma constituinte própria e necessária da vida humana e não um odioso *corpus alienum*, como nós a entendemos hoje. Por causa disto, também a doença se assemelha aos arcanos presentes na natureza e que, como constituintes dela, são tão necessários e inerentes à ela quanto as doenças o são para o homem. O mais moderno dos médicos poderia agora apertar a mão de Paracelso, dizendo-lhe: “Eu não penso exatamente igual, mas de maneira bastante parecida”. O mundo todo, dizia Paracelso, era uma grande farmácia e Deus, o seu principal farmacêutico [...] (JUNG, 2012, p. 16).

Neste mesmo período, a alquimia e a química iniciavam sua influência na medicina, sendo, portanto os remédios químicos os melhores para tratar da doença, exemplo disso foi à utilização do mercúrio para o tratamento da sífilis. Foi no final da Idade Média (final do século XV) que utilizaram estratégias como a quarentena para deter a proliferação das epidemias o que denotava a preocupação com forma de contágio de algumas doenças. Cabe ressaltar que a forte influência da igreja católica impedia as explicações além da Fé e aqueles que insistissem enfrentariam os tribunais da Inquisição (BARROS, 2002; SCLIAR, 2007).

Na época renascentista e da reforma Protestante, século XIII d.C. no início do século XVI, as práticas de saúde eram realizadas nos hospitais religiosos, onde homens, mulheres e crianças, os mais humildes e carentes, utilizavam as mesmas dependências em leitos coletivos, tornando-se um depósito de pessoas doentes e muitas vezes sendo objeto de experiências. No entanto, as classes sociais mais elevadas recebiam atendimento em sua própria residência, percebendo-se assim a existência do cuidado diferenciado (GRAÇA, 2005).

Para Barros (2002, p. 72):

A influência de Paracelso cresceu após sua morte e muitos dos seus admiradores se destacaram no exercício de uma prática médica afastada da convencional, ainda que atentos às inovações. Quase um século depois, o médico londrinense Robert Fludd (1574-1629) estabeleceu uma espécie de ponte entre Paracelso e as novas correntes filosóficas dos séculos XVI e XVII (em especial, as chamadas "filosofias químicas" cujos adeptos propugnavam a compreensão da natureza através da análise química, o que, no âmbito da medicina, incluía uma oposição às ideias de Galeno, com duas correntes principais: uma seguidora da tradição de Paracelso, com sua visão holística e mística do mundo; a outra, mais prática e mecanicista, preocupando-se menos com a essência das coisas e mais com sua forma e movimento.

A partir do século XVII, filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina. Newton percebeu o Universo conforme o modelo mecânico, no qual todos seus elementos são partículas materiais, pequenos, sólidos e indestrutíveis, em constante movimento, formando a matéria. No pensamento mecânico newtoniano, todos os eventos físicos são realizados através do movimento dessas partículas materiais resultado da força da gravidade. Sob este olhar, o mundo com os seres vivos são percebidos como uma máquina e para compreendê-los, é necessário olhá-los constituídos por diferentes peças (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Os seres vivos passam a ser estudados por partes, fragmentadas, percebendo os diferentes órgãos que os compõem. Cada parte é estudada separadamente e possui uma

determinada função observável. O organismo é explicado pela soma das partes ou das propriedades o que representa o conjunto. O corpo humano foi compreendido como uma grande máquina cujas peças se encaixam ordenadamente e conforme um processo racional. Curar a doença equivalia, à reparação da máquina. Percebe-se este método como analítico e reducionista, onde o todo não pode ser compreendido como uma totalidade orgânica. Para Descartes, se houver interação lógica das peças poderá nos dar a compreensão do todo (CAPRA, 1996; PEREIRA; SIQUEIRA, 2008).

Neste período, houve um desenvolvimento dos conhecimentos de anatomia. Assim, o pensamento newtoniano apresentou explicação de vários fenômenos da vida cotidiana, permitindo oferecer a medicina mecanicista instrumentos solicitados pelos médicos para que conseguissem lidar cada vez mais de forma satisfatória, com parte das doenças mais comuns.

O modelo biomédico conseguiu responder à questões de saúde da época, definindo a teoria do germe, sendo que ela, dentro do espírito cartesiano, referia-se a que um organismo patogênico específico estava associado a uma doença específica, e assim, permitia as bases conceptuais necessárias para combater as epidemias. O século XVII caracterizou-se por ser um período de grande desenvolvimento da física, química e das ciências biológicas (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002), conhecimentos que influenciaram e contribuíram na afirmação do modelo cartesiano.

Conforme Barros (2002), grandes descobertas aconteceram neste período sendo corroboradas pela abordagem biomédica como os estudos de anatomia realizados por Vesalius (publicados em 1543), a descoberta em 1628 da circulação sanguínea por William Harvey, e a primeira vacina por Edward Jenner (1790-1823).

No final do século XVIII teve início a revolução industrial com consequências calamitosas para a saúde tais como grandes epidemias causadas pelo desequilíbrio ecológico desencadeadas por grandes mudanças sociais. O crescimento desorganizado das cidades, com um aumento permanente da população originada pelo êxodo da população rural para as cidades implicou em falta de saneamento, condições de higiene, falta de habitação e miséria. Tais fatos permitiram a propagação de micro-organismos causadores de grande morbidade e mortalidade. A tuberculose, a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola foram as doenças mais conhecidas da época. Foi nesse período, junto com o início do Capitalismo, que o hospital precisou se reorganizar, para combater às principais infecções da época e assegurar uma mão de obra saudável (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

3.3 O NASCIMENTO DO HOSPITAL

As primeiras práticas de controle de infecções hospitalares só iriam surgir com a transformação do hospital, de um local de assistência aos pobres, onde as pessoas eram internadas inclusive para morrer, para um local de cura e de medicalização, a partir do século XVIII, na emergência do capitalismo, quando se começou a valorizar o corpo humano como objeto potencial de trabalho (FOUCAULT, 2007).

É preciso lembrar, que foi no início do século XIX que aconteceram grandes descobertas, dentre elas, a do microscópio o que permitiu revelar a presença de micro-organismos. Esse período foi chamado de Revolução Pasteuriana, onde Louis Pasteur (1822-1895) realiza grandes descobertas científicas entre elas a descoberta de micro-organismos causadores de doenças possibilitando a criação de soros e vacinas. Pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos, estavam sendo identificados como causantes das doenças e agora poderiam ser prevenidas e curadas (CAPRA, 1996; BARROS, 2002, SCLIAR, 2002; 2007).

O microscópio torna-se um importante e poderoso auxiliar na descoberta e controle de doenças e fez com que diferentes cientistas contribuíssem para uma importante ruptura epistemológica e início à era bacteriológica (BATISTELLA, 2007). A partir de 1880, Pasteur dá início as investigações para descobrir as causas das doenças. Várias descobertas aconteceram nesse período, como a utilização do éter, clorofórmio e óxido nitroso por parte do cirurgião inglês Lord Lister. Em 1882, Robert Koch descobre o agente causador da tuberculose. Entre 1880 e 1898, várias descobertas aconteceram de significativa importância, como os agentes causadores da lepra, malária, cólera entre outras (SCLIAR, 2002; 2007).

O Século XIX marca o início das especializações, com um novo olhar para o sistema de educação, onde sua base é a fragmentação do objeto e pela crescente especialização do profissional científico (STANCIK, 2009):

[...] O método cartesiano e o modelo flexneriano, através do isolamento da totalidade e da segmentação do ser humano, entre corpo e mente nas especialidades de seus órgãos sempre focados na doença, constituíram o modelo biomédico. Portanto o método cartesiano e os modelos flexneriano e biomédico podem ser considerados como sinônimos, porque possuem, além da característica reducionista, o seu enfoque centrado na doença [...] (PEREIRA; SIQUEIRA, 2008, p. 45-6).

Nessa época, os fenômenos biológicos são exclusivamente explicados pela química e física, ficando de lado as questões sociais, psicológicas, espirituais e as dimensões

comportamentais da doença. O corpo não é visto como uma máquina perfeita e sim, como uma máquina que possui o terá problemas, e, portanto somente os especialistas poderiam constatar e consertar, dando origem assim a fragmentação do conhecimento. Foi um momento de grandes transformações, onde pela primeira vez foram considerados fatores etiológicos como desencadeantes de doenças o que permitia ser prevenidas (PEREIRA; SIQUEIRA, 2008).

No final do Século XIX, muitas respostas tinham sido obtidas relativas às doenças infecciosas, mas muitas interrogações e dúvidas ainda persistiam. No início do século XX, foi descoberto a participação de vetores ou hospedeiros na transmissão de doenças e a participação dos portadores sadios na manutenção da cadeia epidemiológica. Assim, vacinas e soros foram produzidos para diferentes doenças como febre tifoide, tuberculose, febre amarela, poliomielite, difteria, tétano, entre outras (BATISTELLA, 2007).

A reorganização hospitalar não partiu originalmente da evolução de técnicas médicas, mas de uma nova organização social que teve a sua origem em uma política econômica denominada por Foucault (2007) de disciplina e controle. O controle das doenças repercutiu também no “controle dos corpos dos trabalhadores”. Essa disciplina pode ser entendida como um exercício de poder, tomando sobretudo a análise do espaço, onde os indivíduos não mais se aglomeravam, mas eram ordenados nos exércitos, nas escolas e nos hospitais. Essa ordem era mantida através do controle, da vigilância e dos registros contínuo sobre os indivíduos, permitindo assim, julgá-los, classifica-los, medi-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo na nova organização capitalista que precisava de mão de obra.

Essa nova organização hospitalar disciplinadora é que vai possibilitar a sua medicalização. A figura do médico, como detentor de tal conhecimento, também passou por uma transformação de seu saber: saiu do domicílio do paciente (numa ação expectante e não intervencionista) para um ambiente institucionalizado de controle. Modificou-se assim, o objeto de trabalho do médico, que passou a ser a recuperação do corpo biológico individual, para usos socialmente determinados desse corpo (LACERDA; JOUCLAS; EGRY, 1996).

Com isso, o hospital passa a ser um espaço apropriado para essa nova forma de experiência médica, coletivo e controlável. Através de registros e de coleta de dados coletivos sobre os corpos individuais é que gradualmente se foi possibilitando uma ciência de entidades patológicas, objetivando-se o corpo do homem enquanto sede das doenças e as doenças que se tornavam entidades patológicas (LACERDA; JOUCLAS; EGRY, 1996).

A transformação hospitalar e a nova concepção de doença dão origem a enfermagem moderna, tendo como representante mais ilustre, Florence Nightingale, nos hospitais militares ingleses, em meados do século XIX. Se na época da sociedade medieval, os cuidados aos internos, de caráter caritativo e assistencialista eram exercidos por religiosos, agora a prática médica, intervindo sobre o corpo necessitava delegar funções, principalmente aquelas de intervenção sobre o meio, garantindo assim, um “ambiente terapêutico”. E a enfermagem moderna vai assim assumindo essas funções (LACERDA; JOUCLAS; EGRY, 1996).

A partir de então o hospital é visto como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico. O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Mas essa reforma segue uma orientação influenciada pelos hospitais marítimos e militares da época, os quais exerciam suas funções através de disciplina e controle.

A disciplina como técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos, bem como um registro contínuo. Anotação do indivíduo e transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares.

Esse processo me faz lembrar o conceito de Panóptico de Jeremy Bentham, criado em 1791 e utilizado por Michel Foucault em seu livro *Vigiar e Punir*. O Panóptico²⁰, segundo Foucault (2010), era fruto do processo de “normalização” do sujeito, proveniente de estudos da “Sociedade Disciplinar”. Tais mecanismos de vigilância visam interiorizar a culpa e gerar remorso no indivíduo pelos seus atos.

Nesse sentido, se por um lado esse momento histórico propiciou o entendimento de cura não mais à doença propriamente dita, mas ao que a circunda, como o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação, por outro lado formou uma medicina hospitalar presa num regime hierárquico semelhante à formação militar. Libertou-se de uma alcunha religiosa para a doença, para reduzi-la medicamentosamente num espaço de poder político e

²⁰ Panóptico: Esse termo é utilizado para designar um centro penitenciário ideal onde se permite a um vigilante observar todos os prisioneiros sem que estes possam saber se estão ou não sendo observados. É um projeto de edifício construído no formato circular, uma arena composta por andares de celas com um pátio no centro. O nome aplica-se também a uma torre de observação localizada no pátio central de uma prisão, manicômio, escola, hospital ou fábrica. Aquele que estivesse sobre esta torre poderia observar todos os presos da cadeia (ou os funcionários, loucos, estudantes, etc.), tendo-os sob seu controle (FOUCAULT, 2010).

econômico. Tudo a partir de então gira em torno da figura do médico e de um saber clínico monopolizado por ele.

Na enfermagem isso se traduz com o discurso de Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, quando a mesma define o que é ser enfermeira:

Ser enfermeira, afirma ela, é executar o trabalho conforme seu próprio e elevado conceito do que é certo e o melhor para o doente, não apenas para cumprir ordens, mas para sua própria satisfação. Porque, se a enfermeira não o fizer para sua satisfação pessoal, de nada adiantará ensiná-la e dizer-lhe que o faça, pois, por melhor que ela execute suas tarefas, agirá sempre no seu próprio interesse e não no interesse do paciente. Ao explicar sua concepção do que seja uma boa enfermeira, descreve uma pessoa com quem se pode contar, uma mulher de sentimentos delicados e recatados, observadora sagaz e discreta, sóbria e honesta, religiosa e devotada, enfim, alguém que respeita sua própria vocação, porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta em suas mãos (FLORENCE, 1989, p. 6).

Como se percebe, esse discurso que data da segunda metade do século XIX, traz raízes religiosas, demonstrando diferença de gênero e traduz bem essa transição, de uma enfermagem religiosa para uma enfermagem hierárquica e industrial. Por outro lado, desde esse período já se tem uma concepção de saúde como resultante das condições de vida de uma população, relacionando com seu entorno:

Na observação da doença, quer seja nos domicílios ou em hospitais públicos, o que mais me chama a atenção do observador é que os sintomas ou sofrimentos considerados inevitáveis e próprios da enfermidade são, muitas vezes, não sintomas da doença, mas algo bem diferente, isto é, a falta de um ou de todos os seguintes fatores: ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, ou de pontualidade e assistência na ministração da dieta. A carência de um ou de todos esses fatores pode ocorrer tanto na enfermagem domiciliar quanto na hospitalar. O processo restaurador que a natureza institui, ao qual chamamos doença, tem sido retardado por falta de conhecimentos ou de atenção a um ou a todos esses fatores; instalam-se então a dor e o sofrimento, ou ocorre a interrupção de todo o processo. Se o doente sente frio, apresenta-se febril, sofre desfalecimentos, sente-se mal após as refeições ou ainda se apresenta úlceras de decúbito, geralmente não é devido a doença, mas a enfermagem (FLORENCE, 1989, p. 14).

O que a enfermagem deve fazer? Utilizo a palavra enfermagem por falta de outra melhor. Seu sentido foi limitado e passou a significar pouco mais que ministrar fármacos e aplicar cataplasmas. Deveria significar, de acordo com a citação anterior, o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanto da dieta quanto da maneira de servi-la- tudo com um mínimo de dispêndio da capacidade vital do paciente. Mas ainda esse último discurso é atravessado por uma enfermagem hierárquica e industrial, o qual preconiza domínio dos corpos, tanto de quem cuida, como de quem é cuidado, como se pode perceber pelas expressões: “silêncio” e “mínimo de dispêndio da

capacidade vital”. Aqui, significa mais que aplicar uma terapêutica para a recuperação de uma patologia, mas seguir determinadas rotinas e protocolos que muitas vezes tiram a potência da vitalidade:

[...] No Institucionalismo, emprega-se o termo potência para referir-se às capacidades virtuais ou atuais de produzir, inventar, transformar, etc. Em geral, a potência designa a magnitude das forças geradoras do radicalmente novo, criador de vida [...] (BAREMBLITT, 1992, p. 163).

A Esquizoanálise dispõe de várias ferramentas que em seu conjunto, são práticas potenciais para repensar os valores coercitivos que fundamentam a origem da enfermagem:

[...] a Esquizoanálise compreende toda e qualquer atividade intelectual ou prática que procura liberar o processo produtivo-desejante-revolucionário, demolindo as constrições da parafernália de controle-registro. Esse conjunto não totalizável de práxis singulares configura a Micropolítica, em cujo âmbito as inúmeras revoluções são feitas não apenas por necessidade ou dever, mas pelo desejo. Entendida como procedimento para pensar e compreender o real, a Esquizoanálise compõe-se de tarefas negativas de crítica e desconexão de valores dominantes e outras positivas, destinadas a propiciar o livre fluir da produção e do desejo da vida biológica, psíquica, comunicacional, política, ecológica etc. [...] (BAREMBLITT, 1992, p. 163).

As microintervenções dessa tese são práticas que se utilizaram dessas ferramentas, as quais serão elucidadas a seguir, procurando aproximar a enfermagem da Esquizoanálise.

3.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM DENTRO DA ÓTICA ESQUIZOANALÍTICA

A Esquizoanálise pode ser entendida como uma prática para a liberdade, a qual valoriza o que devém das relações através da experimentação. O cuidado de enfermagem surgiu num cenário político social caritativo e de domínio e confunde-se com a própria história da profissão. Só que esse cuidado ao longo do tempo sofreu inúmeras influências, num atravessamento inicialmente institucional religioso e posteriormente profissionalizante, num regime de trabalho capitalístico. Ele é fruto de um devir- gênero feminino e por isso desvalorizado e estigmatizado. Assim, sob o prisma da esquizoanálise é possível tornar o cuidado de enfermagem mais fluido, com atravessamentos capazes de ressignificar as relações coercitivas e hierárquicas dentro do contexto trabalhista.

Já que a Esquizoanálise não é uma metodologia rígida, defende a ideia de que há infinitas formas de se compor com a vida analisando os lineamentos que fazem parte da tecelagem da existência, numa perspectiva da cartografia; não haveria, portanto, dualismo platônico (certo/errado, belo/feio, bom/mal) que serve como pressuposto para as

classificações nosográficas. Não haveria rótulos nem verdades absolutas. Para a Esquizoanálise não há loucura no sentido nosográfico. Esse estado seria apenas uma possibilidade de se compor com a vida, já que os conceitos não são dados como verdades, segundo (DELEUZE, GUATTARI, 1980). Não haveria boas formas de existência, como hoje se vê qualquer tipo de mídia vinculando, que serão valorizadas até o início da próxima novela, quando um novo *way of life* será mostrado e valorizado, para ser então copiado em larga escala.

Assim, para a Esquizoanálise não há essa dicotomia entre boas e más formas de se compor a vida. Para a perspectiva em questão são valorizadas atitudes que produzem uma vida mais vibrátil e pulsante. Existiriam, portanto, infinitas formas de existência. Ela inova, inventivamente, a produção do conhecimento. A ciência, nos seus paradigmas dominantes, se dá como interpretação das regularidades, e, assim, como explicação do mundo ordenado e quadriculado das entidades molares; já a esquizoanálise desvela-se um caçar linhas de fuga; e privilegia a potência inventiva que não está nem no sujeito, nem no objeto, nem nas ideias, nem nas coisas, mas sim no entre.

O entre, como espaço de invenção/lugar da produção configura a esquizoanálise, teoria e prática: um produto essencial e um elemento dos dispositivos²¹ próprios do agir da esquizoanálise. Supera-se a causalidade, deste modo, e se interessa, então, pela transversalidade dos funcionamentos inventivos. O mundo gira e se repete, ordenado segundo a “lógica científica”; para a Esquizoanálise esta porção do real é apenas o instituído, o organizado, pequena parcela da produção da realidade e escapa-lhe o caos, a caosmose, à qual, a invenção, a produção de vida, a produção da realidade metamorfoseante, a realteridade, o virtual, a mudança, o acontecimento, o devir.

3.5 DELEUZE E GUATTARI: O NASCIMENTO DA ESQUIZOANÁLISE

²¹ Dispositivo: Michel Foucault nomeia dispositivo “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos”. Comentando esse conceito filosófico de Foucault, Deleuze traz algumas considerações: a primeira é o repúdio dos universais e a segunda, não menos contundente, é a “mudança de orientação, que se desloca do eterno para apreender o novo”. Nesse sentido, o dispositivo alia-se aos processos de criação e o trabalho do pesquisador, do cartógrafo, se dá no desembaraçamento das linhas que o compõem- linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação. Trabalhar com dispositivos implica-nos, portanto, com um processo de acompanhamento de seus efeitos, não bastando apenas pô-lo a funcionar (KASTRUP; BARROS, 2010, p. 79).

A Esquizoanálise (análise de partes, pedaços, linhas ou estilhaços) ou ainda “Pragmática Universal”, “rizoma-análise”, “filosofia da diferença”, “clínica da diferença” surgiu na década de 70, herdeira das lutas libertárias em Paris e fruto do encontro do filósofo Deleuze e do psicanalista Guattari, que influenciou muito as correntes de análise institucional e a psicologia clínica no Brasil. Sua principal obra é “Capitalismo e Esquizofrenia”, a qual se subdivide em “O Anti- Édipo” e “Mil Platôs” (BAREMBLITT, 2003; PERES; BORSONELLO; PERES, 2000).

Na tentativa de romper com os paradigmas da psicanálise e do marxismo, predominantes na década de 60 na França, as noções de Inconsciente e Subjetividade serão reformuladas. A noção de “inconsciente maquínico” rompe com o inconsciente freudiano da representação. O inconsciente não é mais o teatro de Édipo, ao contrário, ele é usina, é máquina, é produção. O inconsciente é maquínico, não por que tem haver com máquinas, no sentido banal de “mecanismos”, “estruturas”, mas por que é produzido com base em fluxos de componentes mais heterogêneos (GUATTARI, 1988).

Ele é algo produzido no real-social e atravessa os indivíduos, suas relações e seus territórios. Não é um inconsciente voltado para o passado, mas essencialmente ligado às composições atuais e futuras. O inconsciente é o campo de imersão do desejo no campo social, é algo a ser constantemente produzido.

O termo desejo remete-nos, na concepção psicanalística de inconsciente como um depósito de conteúdos reprimidos pela censura. Mas para a Esquizoanálise, o inconsciente é marcado pelas multiplicidades, é influenciado por raças, costumes, crenças, religiões, tecnologias, momentos, imagens, culturas, pelo econômico, político, social etc. Configura-se como uma grande máquina desejante, uma usina de forças que obtém energia, ao mesmo tempo em que imprime suas forças, por trocas com elementos intra e extrapsíquicos (PARPINELLI; SOUZA, 2005).

A Esquizoanálise é muito mais que uma prática clínica, sua intenção é romper com as barreiras da estrutura linguística dos saberes instituídos em troca de um saber subterrâneo ao qual os autores denominaram rizoma. Assim ela prima por modelos de estudos que pretendam romper com o diagnóstico médico que através de códigos de doenças formam a base do padrão clínico tradicional da medicina e psicologia clássicas.

Pode-se dizer que a Esquizoanálise é uma concepção da realidade em todos os seus processos; das atualizações do virtual, das singularidades. Para essa concepção, a produção e o desejo são inseparáveis entre si e produtores de toda a realidade.

Com sua análise micropolítica das relações desejantes e de poder, ela propõe uma leitura das relações clínicas, sociais e institucionais, não mais na relação entre família e neurose, como trabalhado na psicanálise, mas sim na relação entre Capitalismo e Esquizofrenia. Não se trata de uma nova receita psicológica ou psico-sociológica, mas de uma prática micropolítica que só tomará seu sentido com referência a um gigantesco rizoma de revoluções moleculares que proliferam a partir de uma multidão de mudanças mutantes: tornar-se mulher, tornar-se criança, tornar-se velho, tornar-se animal, planta, cosmos, tornar-se invisível, do mesmo modo inventar máquinas, novas sensibilidades, novas inteligências da existência, numa nova suavidade, liberdade.

Dessa nova relação desdobra-se uma nova conceituação sobre o inconsciente (enquanto usina e não como teatro), o desejo (como produção e não como falta), conceitos novos como a micropolítica, o rizoma, o corpo sem órgão, as máquinas desejantes, a transversalidade, as linhas molares, moleculares e de fuga, o esquizodrama (campo desenvolvido por Baremlitt), etc, e um novo paradigma: o ético-estético-político.

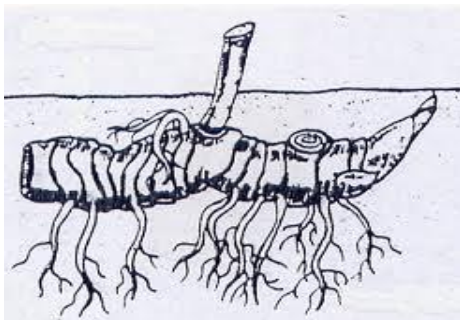
A ideia esquizoanalítica pode ser entendida como uma ética estética de valorização da vida. Procura valorizar a vida vibrátil e agradável, em sua ideia de totalidade, de estrutura, de esquemas. Acredita que duas lógicas permeiam a tessitura ética, na contemporaneidade: a lógica pulsátil (presente nos corpos vibráteis, que não repelem o mundo da sensorialidade, visto que procuram uma existência plena e para isso desejam afetar e ser afetados) e a lógica maquínica (presente nos corpos transformados em máquinas homeostáticas, que perdem qualquer potência de expressão e constroem uma economia narcísica do sujeito) (PERES; BORSONELLO; PERES, 2000).

Deleuze e Guattari (2011) operam uma relação diferente do modelo estrutura/neurose e esquizofrenia/capitalismo. Enquanto a psicanálise fundamenta sua teoria na estrutura que se organiza ao redor de algo que falta, a esquizoanálise propõe estudos do inconsciente que transcende as pessoas, as leis, as estruturas; da sexualidade não-humana no sujeito- para além da representação antropomórfica uma vez que somos todos os sexos possíveis; da desterritorialização dos fluxos do desejo em combate com a territorialização proporcionada pela noção de estrutura.

Em suma, a Esquizoanálise rejeita a reprodução de modelos de como se relacionar com a vida, valoriza o ato criador, abole rótulos, classificações e verdades absolutas, e acredita que a vida só pode ser compreendida pela própria vida. O desafio é a produção permanente de novas formas de nos relacionarmos com nossos “eus”, uma espécie de identidade nômade em um circuito de metamorfoses sem fim, ao invés da compartimentalização em saberes, em gêneros, em identidades, em estruturas binaristas oponentes, um exercício constante de pulverização, de multiplicação das diferenças, buscando sempre trânsitos livres na busca de novas conexos infinitas.

O conceito de Rizoma na Biologia

Figura 5 - Exemplo de Rizoma- Fonte: elaborado pela própria autora.



Originalmente, o conceito “Rizoma”- palavra de origem grega “*rhyzos*”, que quer dizer raiz- foi utilizado na botânica e significa que, na estrutura de algumas plantas, os brotos podem ramificar-se em qualquer ponto, assim como engrossar e se transformar em um bulbo ou tubérculo, que pode funcionar como raiz, talo ou ramo, independente de sua localização na planta. Têm-se as seguintes definições dadas pela botânica:

Rizoma é um caule em forma de raiz, frequentemente subterrâneo, mas também podendo ser aérea, rico em reservas nutrientes e que se caracteriza pela capacidade de emitir ramos.

Rizomas são caules subterrâneos que acumulam substâncias nutritivas. Em alguns rizomas ocorre acúmulo de material nutritivo em certas regiões, formando tubérculos. Rizomas podem ser distinguidos de raízes pelo fato de apresentarem gemas laterais. O gengibre, usado como tempero na cozinha oriental, é um caule tipo rizoma. Na bananeira, o caule é um rizoma e a parte aérea é constituída exclusivamente por folhas. Uma única vez na vida de uma bananeira um ramo caulinar cresce para fora do solo, dentro do conjunto de folhas, e forma em seu ápice uma inflorescência que se transforma em um cacho com várias pencas de bananas.

A idéia de Rizoma adaptada para a Filosofia

A ideia de rizoma, concebida por Deleuze e Guattari, (2011) assume a perspectiva de que não existe um pressuposto último que sustenta todo o conhecimento, pois o último se

ramifica infinitamente em direção a verdade. A estrutura do conhecimento assume forma fascicular, em que não há ramificações, e sim pontos que se originam de qualquer parte e podem se comunicar em todas as direções.

A própria obra de Deleuze e Guattari (2011) é um rizoma, ou seja, um sistema anti-sistema, uma espécie de rede móvel de canais, fluxos, remoinhos e turbulências, de limites internos e externos difusos, do qual se pode entrar e do qual se pode sair em qualquer ponto, que se pode percorrer em infinitas direções e que é reinventado a cada viagem e por cada um que o percorre (BAREMBLITT, 2003). A visão rizomática aponta para o múltiplo, ou seja, a estrutura do conhecimento não estabelece começo e nem fim para o saber.

As imagens a seguir são representações de rizomas (conceito fundamental dentro da filosofia de Deleuze e Guattari), as quais escolhi por entender que o ser humano e a natureza são indissociáveis. Exemplificando, se tomarmos as Figuras 6 e 7 (representações dos nossos neurônios), percebemos que o pensamento não é arborescente e o cérebro não é uma matéria enraizada nem ramificada:

Figura 6 - Rede de Neurônios. Fonte: elaborado pela própria autora.

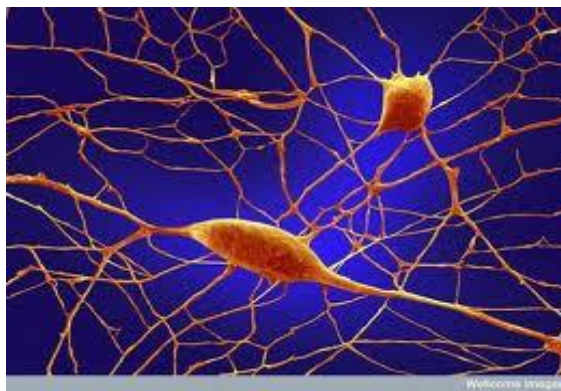
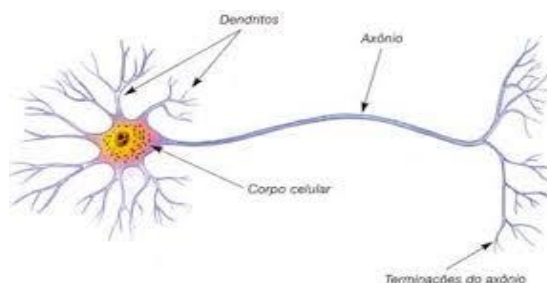


Figura 7 - Modelo esquemático de neurônio. Fonte: elaborado pela própria autora.



[...] O que se chama equivocadamente de “dendritos” não assegura uma conexão dos neurônios num tecido contínuo. A descontinuidade das células, o papel dos axônios, o funcionamento das sinapses, a existência de microfendas sinápticas, o salto de cada mensagem por cima dessas fendas fazem do cérebro uma multiplicidade que, no seu plano de consistência ou

em sua articulação, banha todo um sistema, probabilístico e incerto, *uncertain nervous system*. Muitas pessoas têm uma árvore plantada na cabeça, mas o próprio cérebro é muito mais uma erva do que uma árvore: o axônio e o dendrito enrolam-se uma ao redor do outro como a campanulácia em torno do espinheiro, com uma sinapse em cada espinho [...] (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 34).

Dessa forma, para elucidar a metáfora do rizoma, dentro da filosofia de Deleuze e Guattari, escolhi a Figura 8. Nela podemos perceber a projeção de um rosto humano que não está dissociado da vida ao seu redor, pelo contrário, está tão intimamente ligado com os elementos que o circundam (nesse caso a paisagem em forma de vegetação, nuvens, etc, que não saberíamos responder onde começa um e onde termina o outro).

Figura 8 - Metáfora de um Rizoma. Fonte: elaborado pela própria autora.



Ressaltam-se ainda alguns princípios básicos de um rizoma:

- O princípio de conexão e heterogeneidade dizem que os pontos de um rizoma podem e devem se conectar a quaisquer outros pontos, promovendo a heterogeneidade. É muito diferente da árvore ou da raiz que fixam um ponto, uma ordem. Pensar em alguma coisa é estabelecer relações com múltiplos elementos e em diversos aspectos. Tudo se relaciona com tudo. Todavia, ao se tratar de algo, estamos criando conexões, ligações, pontes de comunicação. Estamos evidenciando qualidades, definindo ângulos de abordagens (recortes), instituindo olhares, que são diferentes de outros.

- O princípio da multiplicidade afirma que o rizoma não mantém relação com o uno, como na metáfora arborescente, em que tudo parte de um único ponto e visa a objetivação ou subjetivação. O rizoma não admite sujeito, nem objeto, mas “somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que se mude de natureza (DELEUZE; GUATTARI, 2011). O rizoma defende a inclusão, abarcando diversos pontos de partida, assimila e legitima os diferentes pontos de vista, em oposição à verdade única.

- O princípio da ruptura assignificante quebra com processos rígidos de outros conceitos. Eles são dinâmicos, flexíveis, podem ser rompidos e ressignificados e se opõem a visão estética do conceito que promove a dicotomia no âmbito do entendimento, endurecendo o aprendizado.

- Os princípios de cartografia e de decalcomania mostram que os rizomas não podem ser modelados, seguindo estruturas ou assumindo pontos específicos que orientam o conhecimento. Eles são sempre esboços incompletos. Deleuze e Guattari falam de cartografias. As cartografias norteiam, indicam caminhos, mas também requerem novos traços. Eles expressam algo por vir, um devir. Assim, os caminhos podem ser revistos, rediscutidos, ressignificados, remapeados. Para esses autores não existem cópias, sobreposições perfeitas de ideias. Existem releituras, recriações, a partir de algo criado. É o que eles chamam de roubo criativo, em que transformamos os conceitos dos quais nos apropriamos para criar algo novo, uma nova realidade.

3.5.1 A realidade molar e molecular

A realidade tem dois tipos de funcionamento na Esquizoanálise. O molar, no qual predomina a reprodução, a antiprodução e as transformações mais ou menos antecipáveis, dentro dos limites da estrutura e dinâmica das entidades reais e possíveis; sendo o espaço, o tempo, a substância e forma de conteúdo e de expressão ordenadas, causais e determinadas. O molecular é o campo das diferenças puras, infinitas, aleatórias, que não se definem por serem “desordenadas”, senão, por serem regidas por infinitas ordens, cuja vigência é produto de um acaso substancial e seus efeitos sempre serão inéditos.

3.5.2 O corpo sem órgãos (CsO)

Um dos principais conceitos dentro da Esquizoanálise é o CsO, o qual originou-se de diversas fontes: do conceito de substância em Spinoza, de um poema de Artaud²², do conceito de corpo tântrico das religiões hinduístas e também do conceito do ovo cósmico da comunidade africana Dogon. Em comum estes diversos corpos se caracterizam por sua composição, que envolve diferentes fluxos cruzando diversos eixos, e distribuindo-se em gradientes, que, por fim compõem áreas energéticas móveis que se caracterizam por diversos graus de intensidade. O conceito de CsO é uma defesa ativa e eficaz contra os modelos de subjetivação que tornaram-se predominantes na modernidade ocidental: o sujeito e a identidade.

Isso nos possibilita entender o corpo, não como uma essência, mas como o resultado de uma conjunção de forças e circunstâncias, permitindo, até mesmo, outros modos de individuação que não remetam a ideia de identidade ou de sujeito. Porém, o CsO não se opõe aos órgãos, mas a ideia de um organismo, pois é composto de matérias não formadas e energias não vetorizadas como forças; no entanto, as intensidades, circulando por ele, configuram as máquinas desejantes e suas conexões capazes de gerar elementos mais heterogêneos. Já o organismo,

O organismo não é o corpo, o CsO, mas um estrato sobre o CSO, quer dizer um fenômeno de acumulação, de coagulação, de sedimentação que lhes impõe formas, funções, ligações, organizações dominantes e hierarquizadas, transcendências organizadas para extrair um trabalho útil (...) O CsO grita: fizeram-me um organismo! Dobraram-me indevidamente! Roubaram meu corpo! O júzo de Deus arranca-o de sua imanência, e lhe constrói um organismo, uma significação, um sujeito (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 21).

3.5.3 Como criar para si um corpo sem órgãos?

Onde a Psicanálise diz: Pare, reencontre seu eu, seria preciso dizer: vamos mais longe, não encontramos ainda nosso CsO, não desfizemos ainda suficientemente nosso eu. Substituir

²² Antonin Marie Joseph Artaud, conhecido como Antonin Artaud (Marselha, 4/09/1896; Paris, 4/03/1948) foi um poeta, ator, escritor, dramaturgo, roteirista e diretor de teatro francês de aspirações anarquistas. Ligado fortemente ao surrealismo foi expulso do movimento por ser contrário a filiação ao partido comunista. Sua obra, O Teatro de Seu Duplo é um dos principais escritos sobre arte do teatro do século XX, referência de grandes diretores como Peter Brook, Jerzy Grotowski e Eugenio Barba. (Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Antonin_Artaud).

a anamnese pelo esquecimento, a interpretação pela experimentação (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 11).

Ou seja, desarticular, desfazer o organismo, abrir o corpo a conexões, passagens, distribuições de intensidade as mais heterogêneas. É importante considerar que não há como falar em CsO sem um conjunto de outros conceitos que compõem sua construção, como: estratos, território, agenciamentos, desterritorialização, acontecimento, desejo, devir.

O conceito de estratos torna-se indispensável para entender a construção de um CsO. Sabe-se que os estratos são fenômenos de acumulações, sedimentações, coagulações, dobramentos e são ao mesmo tempo molares e moleculares em suas articulações:

Os estratos são articulações a guisa de “pinças” e pressupõem meios codificados e substâncias formadas (formas), pois, os componentes abstratos de qualquer estrato (ou articulação) são: forma e substância, códigos e meios, ou seja, tipos de organização formal e modos e de desenvolvimento substancial diferente (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 216).

Os estratos têm grande mobilidade, pois um estrato é sempre capaz de servir de substrato a outro, ou de afetar, percutir em outro, e isso, independente de uma ordem evolutiva. O conceito de Estratos torna-se indissociável de algo que, embora distinto dos estratos, se fazem neles: os agenciamentos. Estes operam em zonas de decodificação dos meios e pressupõe uma territorialidade que envolve um território, ou melhor, dizendo: o território cria o agenciamento. Vale salientar, todavia, que o agenciamento não se reduz aos estratos, e isso, por que nele a expressão torna-se um sistema semiótico, um regime de signos e o conteúdo um sistema pragmático de ações e paixões e:

Entre ambos, entre o conteúdo e a expressão, não existe correspondência, nem relação causa/efeito, nem relação significado-significante: há distinção real, pressuposição recíproca e unicamente isomorfismo. Mas não é da mesma maneira que o conteúdo e a expressão se distinguem em cada estrato: os três estratos tradicionais (físico-químico, orgânico e antropomórfico) não possuem a mesma repartição entre o conteúdo e expressão (por exemplo no estrato orgânico há uma ‘linearização’ da expressão, e nos estratos antropomórficos há uma “sobre linearidade”. Por isso, o molar e o molecular, segundo o estrato considerado, entram em combinações muito diferentes (DELEUZE, 2008, p. 217).

3.5.4 Territorialidade/ desterritorialização/ reterritorialização

A noção de território é entendida aqui num sentido mais amplo, que ultrapassa o uso que dela fazem a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um

sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (ZOURABICHVILI, 2004, p. 18-20)

3.5.5 O Devir

A Esquizoanálise é uma disposição de abertura perante o inacabado, o improvisado, às multiplicidades, às diferenças, aos devires. Na oposição ao verbo ser, o devir:

Os devires, para os autores franceses (devir-animal, devir-mulher, devir-invisível, devir-molécula etc.) são linhas de fuga que desfazem as essências e as significações em proveito de uma matéria mais intensiva onde se movimentam afetos. Ultrapassar um limiar, atingir um continuum de intensidades que não valem mais do que por elas mesmas, encontrar um mundo de intensidades puras, onde todas as formas se desfazem em proveito de uma matéria não formada de fluxos desterritorializados, de signos assignificantes (DELEUZE; GUATTARI, 1977, p. 20).

Devir é estabelecer uma linha de aproximação com aquilo com o qual devimos, é uma dupla captura, na qual cada uma das formas que são aproximadas são arrastadas para longe de suas essências, de forma que se estabelece uma indistinção entre a forma desterritorializada e a desterritorializante.

Essa disposição ao inacabado, longe de ser signo da falta, é a possibilidade da invenção de novas formas subjetivas. Entender o cuidado de enfermagem a partir do Toque Terapêutico foi uma forma subjetiva capaz de trazer novos devires- existenciais. Foi oportuno pesquisar como essa prática se deu ao longo da história.

3.6 A IMPOSIÇÃO DE MÃOS AO LONGO DA HISTÓRIA- ESTUDOS EXPERIMENTAIS

De acordo com Gerber (2007) e Brennan (2006) a capacidade de realizar curas tem recebido muitos nomes ao longo da história, tais como: imposição de mãos, cura psíquica, cura espiritual e Toque Terapêutico. Somente nas últimas décadas foi possível com a tecnologia moderna, confirmar em laboratório a ocorrência de curas através das energias sutis, reconhecendo o campo de energia multidimensional humano como um excepcional transmissor e receptor de energias vibracionais. No alvorecer do século XIX, descobriram-se

novos fenômenos físicos, que não podiam ser descritos pela física de Newton. Capra (1982) afirma que o moderno pensamento científico- em física, biologia e psicologia- está conduzindo a uma visão da realidade que se aproxima muito da visão dos místicos, em que o conhecimento da mente e do corpo humano e a prática de métodos de cura se aproximam da filosofia natural e da disciplina espiritual.

O uso de imposição de mãos para curar doenças humanas existe desde os primórdios da humanidade. No antigo Egito, o papiro Ebers (1552 a. C) já traz indícios do uso das mãos no tratamento médico. Os gregos já utilizavam o Toque terapêutico em seus templos asclepianos. Os escritos de Aristófanes, por exemplo, descrevem em detalhe o uso da imposição de mãos em Atenas para restaurar a visão de um cego e devolver a fertilidade a uma mulher estéril. A própria Bíblia contém muitas referências ao uso de imposição de mãos para fins terapêuticos e espirituais, sobretudo na descrição de algumas curas feitas por Jesus. Contudo até o Reinado do céptico Guilherme IV a cura pela imposição de mãos era baseada na crença nos poderes de Jesus, do rei ou de um determinado curandeiro, ou seja, em caráter religioso. Entretanto, depois desse período, vários pesquisadores se interessaram em estudar os mecanismos de cura, relacionando-os a provável natureza magnética das energias nela envolvidas.

Assim, um dos primeiros pesquisadores a estudar cientificamente os mecanismos de cura foi o controvertido médico Theophrastus Bombastus Von Hohenheim - Paracelso (1453-1541). Ele descobriu novas terapias farmacológicas, fundando o sistema simpático de medicina, de acordo com o qual as estrelas e outros corpos (especialmente ímã) influenciavam os seres humanos por meio de um fluido ou emanção sutil que impregnava todo o espaço. A ligação entre os seres humanos e as estrelas era constituída por um fluido sutil difuso, possivelmente uma espécie de éter primitivo encontrado em todo o universo. Paracelso atribuiu propriedades magnéticas a essa substancia sutil e acreditou que ela possuía notáveis qualidades curativas. Essa substancia sutil ou força vital em vez de estar contida dentro de um indivíduo, brilhava dentro e em torno dele como uma esfera luminosa que tivesse a capacidade de brilhar a distância. No século seguinte, Robert Fludd, médico e místico, considerado um dos mais proeminentes alquimistas do início do século XVII, enfatizou o papel do Sol na saúde como fonte de luz e vida. O sol era considerado a fonte dos raios vitais necessários para todas as criaturas vivas da Terra.

Posteriormente, em 1778, Franz Anton Mesmer denominou de Fluidum a energia sutil que preenchia todo o universo e era o meio de ligação entre as pessoas e os outros seres vivos e entre os organismos vivos, a Terra e os corpos celestes. No decorrer de suas pesquisas aventou a hipótese de que os nervos e fluidos corporais transmitiam o fluidum para todas as regiões do corpo, que ele vivificava e revitalizava. Assim percebeu que a melhor fonte dessa força universal era o próprio corpo humano. Ele teve o palpite de que os pontos de fluxo energético mais ativo eram a palma das mãos. Colocando as mãos do terapeuta sobre o paciente, era possível fazer fluir essa energia diretamente para o paciente. Nesse revolucionário período da história da França, a técnica de imposição de mãos também ficou conhecida como passe magnético, tornando-se muito popular.

Nas últimas décadas, as investigações científicas acerca dos efeitos da cura por imposição das mãos lançaram uma nova perspectiva as descobertas de Mesmer. Além de confirmarem realmente a ocorrência de um intercâmbio de energia entre o paciente e o terapeuta, os pesquisadores demonstraram a existência de uma interessante semelhança entre os efeitos biológicos produzidos pelos terapeutas e aqueles resultantes da exposição a campos magnéticos de alta intensidade.

Um dos estudos mais amplos a respeito das propriedades energéticas da cura por imposição das mãos foi realizada na década de 1960 pelo Dr. Bernard Grad, da Universidade McGill, de Montreal. O Dr. Grad tentou desmistificar o poder da fé e da auto-sugestão dos pacientes (denominada cura placebo) dos verdadeiros efeitos energéticos das mãos do curandeiro sobre a fisiologia celular. Com o intuito de isolar “os efeitos da fé” em seus experimentos, Grad resolveu trabalhar com modelos não-humanos de doença e passou a utilizar plantas e animais em seus estudos. Escolheu realizar seu experimento com ratos, provocando nos mesmos uma doença chamada bócio. Submeteu-os a dietas especiais (alimentos deficientes em iodo) que favoreciam o aparecimento dessa patologia. Um grupo de rato seria submetido a exposição do toque do curandeiro Oscar Estebany, conhecido como coronel húngaro com reputação de ter poderes de cura. O coronel foi denominado de Mr. E nos experimentos de Grad. Chamou de grupo de controle, os ratos que não seriam tratados pelo toque energético. Constatou assim, depois de 40 dias, que os ratos que passaram pelas mãos do curandeiro diretamente ou mesmo tiveram em suas gaiolas pedaços de algodão magnetizados por Estebany, tiveram bócios menores do que o do grupo de controle. O sucesso do estudo foi a comprovação da capacidade do curandeiro impedir o desenvolvimento

do bócio. Seu experimento demonstrara que a cura psíquica poderia contrapor-se aos efeitos bociogênicos da deficiência do iodo, impedindo o surgimento do esperado distúrbio da tireoide.

Em outro momento, Grad estudou o fenômeno de cura nos estágios de cicatrização de ferimentos cirúrgicos, também induzindo em ratos tais feridas. Comprovou mais uma vez que as cobaias tratadas pelo curandeiro apresentavam um estágio de cicatrização muito mais avançada do que os não expostos as mãos do coronel. Com isso, pode sugerir que os curandeiros possuíam efetivamente uma espécie de força bionérgica que atuava sobre a expressão celular dos estados de doença, ultrapassando aos efeitos da sugestão e da fé. Embora que o efeito placebo possa manifestar-se em seres humanos, o mesmo não ocorre em ratos.

Além de espécies animais, o Dr Grad procurou um outro modelo biológico que pudesse ser submetido ao efeito energético do curandeiro. Escolheu agora um modelo vegetal, sementes de cevada. Utilizando sal de cozinha, provocou que as sementes adoecessem, expondo-as a essa solução. Só que parte dessa solução passou antes pelas mãos do curador (em frascos devidamente isolados), enquanto a outra não.

Depois de quinze dias o experimento estava terminado e as sementes tratadas e as não tratadas foram comparadas à porcentagem de germinação, altura e conteúdo de clorofila. Depois de análises estatísticas ficou demonstrado que as sementes expostas à substância salina tratada pelo curandeiro apresentavam uma maior porcentagem de germinação e haviam dado origem a plantas mais altas que as do grupo não- tratado.

As plantas tratadas pelo curandeiro também apresentaram um maior conteúdo de clorofila que as plantas não tratadas. O fato de que a água podia ser carregada com energia curativa e transmitida aos organismos vivos é bastante significativo, sendo esse experimento replicado em outros laboratórios e com outras pessoas dotadas do poder de cura. Obtiveram-se resultados igualmente positivos. Com isso, a atenção do Dr. Grad foi para o tema que a água pode ser carregada com energia psíquica.

3.7 O CONCEITO DE ENERGIA

Outro aspecto a ser considerado é o conceito de energia, o qual tem origem no grego “*energes*” (ativo), que, por sua vez, provém de “*ergon*” (obra). A etimologia indica que a

palavra energia implica sempre atividade. A física define como “todo agente capaz de produzir trabalho”.

Onde quer que vamos hoje em dia, ouvimos alguém falar de energia: “aquele lugar tem uma energia fantástica”, aquela pessoa “tem uma energia muito ruim”, vamos “energizar os chacras” etc. Curiosamente todos falam de uma energia abstrata, algo “meio inexplicável”, quando questionados falam de magnetismo, de eletricidade, ou de algo divino (não explicável).

Longe de ser abstrato, cada tipo de energia possui características próprias, como intensidade, potência, densidade, polaridade e outras. A energia nunca é criada nem destruída, mas, apenas transformada de um tipo em outro(s).

A energia magnética de nosso globo envolve todos os seres vivos que nele habitam. O campo magnético da terra, por exemplo, tem a potencia de 0,5 Gauss e é detectado pelos seres vivos por meio de células contendo magnetita, a pedra-íma natural. O campo magnético da terrestre é distorcido pelo ferro existente no concreto armado de nossas residências, o que acarreta uma frequente carência de magnetismo para nossos organismos. Esse fato aliado à poluição eletromagnética provocada pela rede elétrica e os aparelhos ligados a ela é uma importante causa de distúrbios de saúde.

As chamadas energias sutis tem despertado interesse pela ciência, a qual reconhece que o organismo humano não é apenas uma estrutura física feita de moléculas, mas que, como tudo o mais, somos também formados de campos de energia. Também fluímos e refluímos como o mar. Também mudamos constantemente (BRENNAN, 2006).

As energias sutis são forças reais que estão em movimento no interior de nossos corpos e no mundo a sua volta:

[...] Sentir a energia sutil que vem da brisa matutina, da brisa que vem da montanha, que vem do lago, que vem uma rocha, que vem do luar, de um céu coberto de estrelas são sensações que se traduzem em alterações no corpo físico, tanto na saúde, quanto na doença [...] (FERREIRA, 2012, p. 14).

Os seres vivos possuem bioeletricidade e biomagnetismo, que interagem criando um campo bioeletromagnético. Este campo é o bioplasma (terminologia dos cientistas russos) e constitui o chamado corpo bioplasmático. Este corpo sutil é conhecido pelos místicos como corpo etérico, corpo vital, duplo etérico, etc. O corpo bioplasmático é que absorve a energia vital através dos seus centros de forças (chacras). Esse prana (uma das condensações do CHI) flui através de canais bioplasmáticos (nadis dos iogues) e vai vitalizar o sistema nervoso, as

glândulas e, finalmente, o sangue. O prana (fluido vital) é um princípio vital organizador que, pelos chacras do corpo etérico, exerce uma profunda ação sobre o corpo físico (RODRIGUES, 2003; GERBER, 2007; HARTMAN, 2006).

Os cientistas então aprendendo a medir essas mudanças sutis, desenvolvendo instrumentos para detectar os campos de energia relacionados com o nosso corpo e a medir-lhes as frequências. Podem-se citar o ECG (eletrocardiograma), que mede as correntes elétricas do coração, o EEG (eletroencefalograma), que mede as correntes elétricas do cérebro e o detector de mentiras (mede o eletropotencial da pele). Também é importante destacar o SQUID (Superconducting Quantum Interference Devices) ou dispositivo supercondutor de interferência quântica, o qual mede os campos eletromagnéticos ao redor do corpo, não chegando nem mesmo a tocá-lo. Seu funcionamento baseia-se em um fenômeno quântico: o efeito Josephson. Ele pode medir campos de ordem femtoteslas (fT que é uma gradeza de 10^{15}) e tem ampla aplicação na física, desde pesquisas com ondas gravitacionais até a construção de voltímetros altamente sensíveis. O Dr. Samuel Williamson, da Universidade de Nova York, afiança que o SQUID oferece mais informações a respeito do funcionamento do cérebro do que o EEG comum (BRENNAN, 2006; GERBER, 2007).

Destaco uma expressão que Gerber (2007) utiliza com frequência: “O nosso velho mundo de sólidos objetos concretos está rodeado de um mundo fluido de energia radiante, em constante movimento, em constante mutação como o oceano”.

Faz-se oportuno ainda destacar alguns estudos apontador por Brennan (2006, p. 40):

- Em 1939, os Drs. H. Burr e F. Northrop, da Universidade de Yale, averiguaram que, pela mensuração do campo de energia da semente de uma planta (que chamaram de vida) poderiam dizer quão saudável seria a planta proveniente dessa semente. Eles descobriram que, pela mensuração do campo dos ovos de uma rã, poderiam discernir a localização futura do sistema nervoso da rã. Outra mensuração dessa natureza indicou com precisão o tempo de ovulação em mulheres, que possibilitaria a formulação de um novo método de controle de natalidade.

- Em 1959, o Dr. Leonard Ravitz, da William and Mary University, mostrou que o campo de energia humana flutua de acordo com a estabilidade mental e psicológica da pessoa, sugerindo que existe um campo associado aos processos do pensamento. E deu a entender que a variação desse campo de pensamento provoca sintomas psicossomáticos.

- Em 1979, outro cientista, o Dr. Robert Becker, da Upstate Medical School, de Siracusa, Nova York, desenhou o mapa de um campo elétrico complexo sobre o corpo, com a forma do corpo e do sistema nervoso central. Esse campo foi nomeado de Sistema de Controle Corrente Direto e descobriu que ele muda de forma com as mudanças fisiológicas e psicológicas. E também descobriu partículas que se movem através do campo com o tamanho de elétrons.

- O Dr. Victor Inyushin, da Universidade de Kazakh, na Rússia, vem realizando extensas pesquisas com o campo da energia humana desde a década de 1950. Usando os resultados dessas experiências, ele sugere a existência de um campo de energia “bioplasmática”, composto de íons, prótons livres e elétrons livres. Senso este um estado distinto dos quatro estados conhecidos da matéria: sólido, líquido, gases e plasma- Inyushin dá a entender que o campo de energia bioplasmática é um quinto estado da matéria. Suas observações mostraram que as partículas bioplasmáticas, constantemente renovadas por processos químicos nas células, estão em contínuo movimento, parecendo tratar-se de um equilíbrio de partículas positivas e negativas dentro do bioplasma relativamente estável. Em havendo uma severa alteração nesse equilíbrio, a saúde do organismo estará afetada. Apesar da estabilidade normal do bioplasma, Inyushin descobriu que uma quantidade significativa de energia é irradiada para o espaço. Nuvens de partículas bioplasmáticas, destacadas do organismo, podem ser medidas em seus movimentos pelo ar.

À medida que a medicina cada vez mais avança nesses instrumentos sofisticados, que medem os impulsos do corpo, a saúde, a moléstia e a própria vida estão sendo letamente redefinidas em função dos impulsos e padrões de energia. Por outro lado, tais impulsos não são necessariamente mensurados somente a partir de instrumentos sofisticados. A Radiestesia, por exemplo, pode ser utilizada para detectar a radiação que o corpo humano transmite (FERREIRA, 2012).

A primeira microintervenção dessa tese tem uma aproximação com a radiestesia e é importante trazer alguns aspectos históricos e de uso da mesma.

3.8 A RADIESTESIA

A radiestesia é tão antiga quanto a própria humanidade. Sabemos que todos os corpos vivos vibram e emitem ondas. Estas radiações (sinais) infinitamente pequenas estão na origem

e no princípio da vida. O termo Radiestesia veio a ser oficialmente aceito em 1912, quando passou a figurar como uma das práticas mais pesquisadas e aplicadas no campo da medicina natural, passando a integrar o imenso leque de se compõe a parapsicologia (BAILEY, 1994; SILVEIRA, 2011; FERREIRA, 2012)

A Radiestesia não é misticismo, nem tampouco atividade religiosa. Ela lida com leis naturais; algumas das quais ainda pouco conhecidas ou inteiramente desconhecidas de nossa ciência atual, fazendo com que muitas pessoas desavisadas tomem por “milagres” e manifestação “mágica”, a expressão de energias que pertencem à Terra e ao meio no qual vivemos (BAILEY, 1994; FERREIRA, 2012).

Na Pré- História o homem já tinha percebido a possibilidade de captar e transmitir energia à distância por meio de práticas simples. Anteriormente aos Hebreus, os Egípcios já utilizavam a radiestesia. Na antiga Roma foi muito usada para descobrir águas subterrâneas destinadas às tropas. Os Romanos denominavam a vareta radiestésica de “vírgula divina” (vara divinatória). As fontes termas Romanas supostamente foram descobertas por métodos radiestésicos (SILVEIRA, 2011).

No século V a.C o historiador Heródoto escreveu sobre o uso da “vara divinatória” pelos Citas. O povo Cita era nômade e andava pelas estepes da Transcaucásia (atual Rússia Meridional). Em suas buscas de água utilizavam varas de salgueiro. Na Idade Média a radiestesia foi bastante usada na prospecção de minérios. Em 1556 o médico alemão Georgius publicou em latim o livro “De Re Metalica” (dos metais) sobre prospecção mineral. Neste livro Georgius afirma que os mineiros usavam varas de diversas árvores na busca de minérios (SILVEIRA, 2011).

No final do século XVII a rdomancia, como era chamada a radiestesia, foi espalhada por toda a Europa. Antonine Clemente Gerboin, Professor da Faculdade de Medicina de Strasbourg (França), após numerosas experiências com pêndulos trazidos da Índia, elaborou em 1798 sua complexa teoria que explica os movimentos pendulares. Aí então a radiestesia europeia era praticada somente com varetas metálicas ou de madeira. A partir daí o pêndulo tornou-se instrumento habitual dos pesquisadores (SILVEIRA, 2011; FERREIRA, 2012).

O padre Jean-Louis Bourdoux passou 16 anos em missão franciscana no Mato Grosso (1905-1921). A missão ficava em Paconé, perto do Rio Gomes e nas imediações de Cuiabá. Por causa dos “remédios da flora local”, ministrados por índios que frequentavam sua missão, Bourdoux ficou curado de tuberculose e de anemia. A partir desse fato o Padre Bourdoux se

dedicou ao estudo radiestésico das propriedades terapêuticas da flora brasileira. De volta à França levou os extratos das plantas pesquisadas com radiestesia e alguns médicos homeopatas adotaram. Tais extratos eram denominados Paconéols em homenagem à missão Paconé²³. Eram bastante eficazes e ainda hoje são utilizados na França.

O Congresso de Radiestesia em Liège, Bélgica, em 1939 foi muito interessante. Demonstrou que houve progressos da radiestesia em todos os ramos do conhecimento, apesar dos violentos ataques de pessoas adversárias e com preconceito. Neste evento compareceram cerca de 240 médicos alemães. Tomaram parte também, radiestesistas ou simpatizantes de todos os continentes que discutiram a aplicação da radiestesia à medicina e às pesquisas: biológicas, hídricas, veterinárias, etc.

Na agricultura o uso da radiestesia é também de grande valor à família agrícola. Um estudo a ser destacado nesse sentido foi a dissertação de Mestrado de Cupertino, intitulada: “O conhecimento e a prática sobre homeopatia pela família agrícola”. Foi constatado que o uso da radiestesia na unidade produtiva está consagrado, sendo observado que 77,3% das famílias de agricultores utilizam a ressonância (pêndulo) como forma de aplicação da homeopatia. O uso da forquilha (varinha) é bastante difundido no meio rural como ferramenta na localização de nascentes e veios de água subterrânea, bem com a profundidade que a água se encontra (CUPERTINO, 2008).

Teorias Radiestésicas

Na tentativa de explicar os movimentos dos pêndulos e das varetas, muitas teorias foram elaboradas. Muitos acreditavam que o fenômeno da radiestesia ocorria por ação de forças sobrenaturais. Também atribuíam o movimento pendular a ação demoníaca. Em 1939, com uso da câmara fotográfica lenta, foi demonstrado que o(a) radiestesista gera inconscientemente o movimento pendular pela ação neuromuscular.

Na França, na década de 60, foi adotado o método científico pelo físico Yves Rocard ao aplicar a radiestesia. Yves Rocard, professor da Faculdade de Ciência de Paris, descobriu que o corpo humano possui sensores magnéticos que podem detectar variações de campos magnéticos de ordem de 5 Gamma, o que equivale a 10.000 vezes menos que o potencial do campo terrestre (50.000 Gamma= 5 Gauss).

²³ Missão Paconé: Paconé é uma cidade situada a uns cem quilômetros de Cuiabá, Brasil. Fundada pelo Capitão-Geral Luiz de Albuquerque Pereira de Mello e Cáceres em 1785. Teve como riqueza inicial o ouro e a seguir, a criação de gado. Essa missão refere-se aos religiosos franciscanos franceses que foram se estabelecer neste local, em 1905 e receberam um acolhimento favorável da população (BIENNÈS, 2013).

Atualmente se sabe que a radiestesia funciona do seguinte modo: os sensores magnéticos registram as variações do geocampo e enviam sinal ao cérebro. O cérebro, por sua vez, pela ação neuromuscular, promove a microconcentração da miofibrilas dos dedos, movimentando o pêndulo.

O método clássico de radiestesia física é o “Método Mermet”. Segundo Mermet, todos os corpos emitem ondas e radiações cujo campo (campo radiestésico) produz no corpo humano determinadas reações nervosas. Essas reações geram algo como corrente que se desloca pelas mãos do(a) radiestesista.

Radiações: As emissões de energia via processo ondulatório

A Física provou que cada corpo emite radiações. Tudo no universo vibra (possui cor, tom ou sonoridade), desde o átomo até a mais longínqua das estrelas. Dentro do campo da radiestesia é importante revisarmos alguns conceitos, de acordo com (SILVEIRA, 2011, p. 20):

Radiações Eletromagnéticas: o ser humano é de natureza eletromagnética. Em frações de segundo leves correntes biológicas conduzem as funções do nosso corpo e das células. O cérebro e o sistema nervoso central são estimulados por mínimas correntes elétricas. O coração é gerador de campo magnético, cujas correntes podem ser registradas por meio de eletrocardiograma em qualquer adulto. O metabolismo, o sistema imunogênico e as funções hormonais são monitoradas pelo campo magnético terrestre.

Campo vibratório: é o espaço no qual as radiações dos corpos são perceptíveis. Na radiestesia denominamos “campo de influência”. Exemplificando: Quando atiramos uma pedra na lagoa observamos a formação de ondas, essas ondas seriam o campo vibratório ou campo de influência.

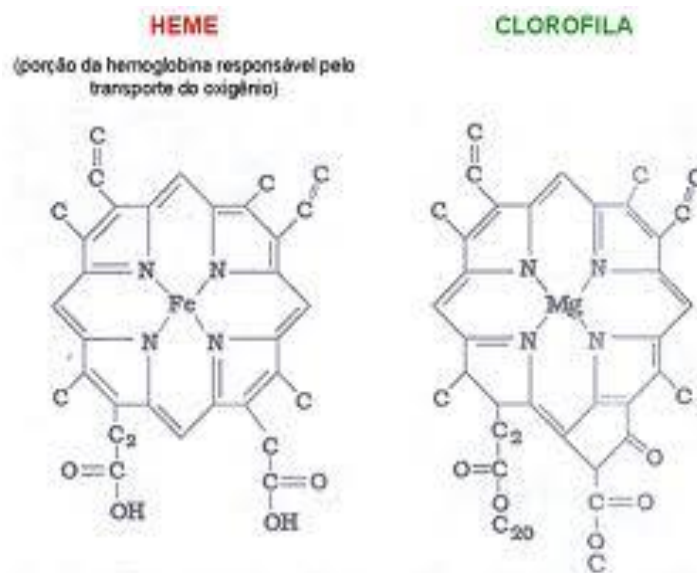
Ressonância- palavra usada na física e que designa o fenômeno de simpatia entre dois elementos. O fenômeno de ressonância ocorre a cada instante. É o que acontece quando sintonizamos determinada estação de rádio. Cada corpo, ambiente, animal tem sua onda específica. Na radiestesia nosso cérebro entra em sintonia com as ondas específicas. Quando desejamos pesquisar por meio da radiestesia, entramos em ressonância com a energia do objeto de pesquisa. O objeto pode ser: o ambiente rural, a pessoa, o animal, a casa enferma, e tantos outros. A prática da radiestesia requer uma atitude mental de relaxamento, em que o ideal é estar desligado dos resultados a serem obtidos. Auto- sugestão e ansiedade dificultam esse processo (BAILEY, 1994). Aprender técnicas de relaxamento, como as ensinadas no toque terapêutico (assunto abordado a seguir) pode ser uma importante estratégia.

3.9 A HISTÓRIA DO TOQUE TERAPÊUTICO

O toque terapêutico deriva da imposição de mãos, uma arte antiga com base religiosa, de acordo com alguns autores da cura psíquica e espiritual, na medida em que mantém os pressupostos do potencial humano para curar através do toque. No entanto não possui qualquer base religiosa e é independente de fé ou crenças daqueles que a recebem ou dos que a praticam. Os registros mais antigos desta prática datam de 1552 a.C (BROWN, 1997; SAYRE- ADAMS; WRIGHT, 2003).

Posteriormente a publicação dos trabalhos do Dr. Grad acerca dos efeitos biológicos da cura psíquica, a enfermeira Dra. Dolores Krieger, na época, professora de Enfermagem na Universidade de Nova York, interessou-se pelas observações feitas pelo autor, as quais descreviam plantas regadas com água tratada por curandeiros apresentavam um aumento no teor de clorofila de suas folhas. Como a clorofila é uma molécula pigmentar bioquimicamente semelhante à hemoglobina humana (ambas com anéis de porfirina em torno de um átomo de metal), a Dra Krieger argumentou que assim como as plantas tratadas por curandeiros apresentavam um aumento de clorofila, os seres humanos expostos às energias curativas talvez apresentassem um aumento semelhante na quantidade de hemoglobina existente no sangue. A professora achou que os níveis sanguíneos de hemoglobina seriam um bom parâmetro bioquímico para se medir em virtude de seu papel em muitos processos vitais. É importante considerar que uma das funções da molécula de hemoglobina é justamente o transporte de oxigênio pulmonar para o corpo, sendo indispensável para a manutenção da saúde e da vida.

Figura 9 - Molécula de Hemoglobina e Clorofila.



Fonte:

<http://www.google.com.br/search?num=10&hl=ptBR&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=568&q=molecula+de+hemoglobina&oq=molecula+de+hemoglo>

Para comprovar suas hipóteses, em 1971, pouco depois de ter trabalhado como o Dr. Grad, o Sr. Estebany (o curandeiro que participou dos estudos de Grad) foi solicitado a colaborar com o novo experimento aviltado pela Dr^a. Krieger, o qual foi realizado numa fazenda no contraforte das Montanhas Berkshire, em Nova York, utilizando um grande grupo de pacientes com diversas doenças. A pesquisa estava sendo conduzida por uma médica (Otelia Bengssten, M.D.) e uma clarividente (Dora Kunz), que estavam impelidas a estudar o processo de cura. A distribuição dos pacientes por sexo e faixa etária era semelhante nos dois grupos. O grupo experimental recebeu um tratamento direto da imposição de mãos, efetuado pelo Sr. Estebany e o grupo controle não.

Conforme previsto, Krieger constatou a ocorrência de aumentos significativos nos níveis de hemoglobina dos pacientes do grupo experimental, quando comparados ao grupo de controle. Em 1973 o estudo foi repetido com um número ainda maior de pacientes, repetindo-se o mesmo sucesso da pesquisa anterior. A tendência para a energia curativa elevar os níveis de hemoglobina era tão forte que pacientes cancerosos submetidos à cura por imposição de mãos apresentavam aumento dos níveis de hemoglobina mesmo tratados com substâncias químicas prejudiciais à medula óssea e que, previsivelmente, produziam anemia.

Krieger ficou fascinada com as implicações dos resultados de suas pesquisas. Através da mensuração das alterações nos níveis de hemoglobina ela foi capaz de obter confirmações bioquímicas para a sua hipótese de que os curandeiros produzem modificações bionergéticas nos pacientes. Como a determinação dos níveis de hemoglobina pode ser feita facilmente na maioria dos laboratórios clínicos, Krieger passou a dispor de um confiável padrão de comparação bioquímico com o qual poderia analisar as interações das energias curativas.

Depois dessas experiências, a professora começou a desenvolver um Currículo para alunos do curso de enfermagem, para que eles pudessem aprender a arte de cura pela imposição das mãos. Ela aprendera que o prana era uma forma de energia vital retirada do ambiente e que era transportada por um componente energético sutil da luz solar. Essa energia sutil, que penetra no organismo através do processo de respiração, parecia existir em abundância no corpo do curandeiro. O prana poderia ser considerado um equivalente energético sutil da vitalidade física. No processo de cura pela imposição das mãos o curandeiro atua de forma semelhante a um fio que fecha um circuito.

Hoje o Toque Terapêutico é conhecido como uma técnica contemporânea de terapia complementar, também chamado de Método Krieger-Kunz. Tem como fundamentação os princípios da Ciência do Ser Humano Unitário de Martha Rogers. É um método não invasivo que se baseia na premissa que o ser humano possui um campo de energia abundante, o qual pode se estender além da pele e fluir em determinados padrões que se pretendem equilibrados (SAYRE- ADAMS; WRIGHT, 2003).

Desde 1972, a Dr^a. Dolores Krieger iniciou pesquisa científica que culminou na proposição da utilização do Toque Terapêutico (TT) como um método de aceleração de processos curativos internos, baseado no uso consciente das mãos para dirigir ou modular o campo energético humano com fins terapêuticos.

Nos Estados Unidos, uma entidade internacional não lucrativa, a *Nurse Healers-Professional Associates INC. (NH-PA)*, congrega profissionais do cuidado à saúde e classifica as diferentes práticas utilizadas por seus membros. Dentre essa classificação, observa-se que a grande maioria das enfermeiras desenvolve a prática do Toque Terapêutico (WALDOW, 2001).

Os números expressivos do uso do Toque Terapêutico (TT) deve-se ao fato de sua fundadora, Dolores Krieger, ser pioneira nessa prática e responsável por vários workshops realizados internacionalmente. Krieger também introduziu o TT no curso de enfermagem da New York University, em nível de graduação e pós-graduação (WALDOW, 2001).

A NH-PA mantém contato com seus membros por meio de um periódico, o Cooperative Connection, enviando anualmente um manual diretório com informações sobre os membros e suas correspondentes práticas. Existem cerca de 30 mil enfermeiras e outros profissionais e técnicos que praticam o toque terapêutico nos Estados Unidos, e um número maior ainda em outros países (WALDOW, 2001).

Em nosso país vários estudos vêm sido desenvolvidos. A doutora e enfermeira Ana Cristina de Sá é pioneira e referência no Brasil no assunto, a partir de sua tese intitulada: “Aplicação do Toque Terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico”. Estudos mais recentes sobre o TT, como o de Ignatti, (2012), traz uma proposta pedagógica juntamente aos discentes da 5^a etapa do Curso de Enfermagem, na disciplina de Práticas de Enfermagem no Sistema de Saúde, no âmbito da Saúde Mental na Clínica de Enfermagem UNAERP Guarujá. A pesquisa busca os possíveis efeitos benéficos sobre os sintomas subjetivos, visando alívio sintomático e conforto emocional dos pacientes

atendidos. Conclui-se que há melhora da assistência e da qualidade de vida dos usuários, bem como desenvolvimento do discente quanto a escuta sensível, autocuidado e consequente melhora do desempenho e perfil profissional.

Vasques, Santos e Carvalho (2011) apontam pesquisas envolvendo o uso do TT como uma tendência de estratégia de enfermagem. Esse estudo traz ainda que desde a década de 70, em que Dolores Krieger e Dora Kunz desenvolveram o método, as pesquisas envolvendo essa terapia têm sido desenvolvidas com o intuito de demonstrar a efetividade da intervenção na redução de sinais e sintomas relacionados a diversas doenças. Os resultados desses estudos apontam melhora ou redução dos sinais e sintomas investigados nos pacientes submetidos ao TT.

Outra pesquisa realizada por Santos e Carvalho, (2012) inclui 12 estudos experimentais, randomizados e controlados, publicados nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, SCIELO e LILACS, utilizando os descritores controlados “arthritis” e “nursing”. Os resultados apontam a efetividade da musicoterapia, estimulação elétrica neuromuscular, toque terapêutico e imagem guiada associada a relaxamento, para tratamento da dor.

O TT também tem sido utilizado com acadêmicos de enfermagem, a exemplo de estudo na Universidade de São Paulo, realizado por Gomes, Silva e Araújo (2008), onde foram pesquisados o efeito gradativo do TT em 42 discentes no intuito de reduzir a ansiedade. O objetivo foi identificar a influencia gradativa desta terapia complementar de saúde no que se refere ao estado de ansiedade dos estudantes. A análise dos dados revelou uma redução estatisticamente significativa do estado de ansiedade em ambos os grupos.

3.9.1 Técnica de aplicação

Consiste num “toque sem toque”, uma vez que não há a obrigatoriedade do toque do terapeuta diretamente sobre a pele do paciente. Os passos da técnica são quatro:

Centrar-se: o terapeuta concentra a atenção e sensação das mãos, para utilizá-las conscientemente e com absoluta concentração com o intuito de captar sensações no campo energético do cliente no sentido céfalo- caudal com as mãos a cerca de 6 a 12 cm da pele deste para determinar o diagnóstico do campo energético.

Diagnóstico do campo energético, a partir de achados como: déficit energético (sensação de frio ou ausência de campo energético indicando bloqueio do fluxo de energia),

alterações da temperatura (calor intenso, frio), enrugamento do campo sensações mistas (sensação de choques elétricos; sensações parestésicas);

Modulação e balanceamento campo energético, o terapeuta realiza o tratamento propriamente dito, que consiste em repadronizar as áreas de déficit e alteradas, através do alisamento do campo energético, desenrugamento e opondo sensações (onde estiver frio, aquecer, por exemplo), finalizada com um fluxo energético;

Realiza-se a avaliação de todo o campo para comparar o resultado com os achados do início da sessão e com os da próxima.

É importante considerar ainda que nem sempre é possível repadronizar todo o campo energético do cliente, deixando-o totalmente balanceado e homogêneo. O terapeuta precisa reconhecer também suas limitações e aguardar o momento mais oportuno (KRIEGER, 1997).

3.9.2 Eficácia do toque terapêutico

O TT pode ser aplicado em todos os problemas de saúde, entretanto estudos demonstram que age de uma forma eficiente nas seguintes situações:

- Controle da intensidade de dor;
- Controle de estados de stress e ansiedade;
- Contraturas da região cervical e dorsal;
- Alterações auto-imunes;
- Diabetes;
- Estados de fadiga extrema;
- Lesões e alterações cutâneas;
- Forma de promoção do estado de saúde;
- Procedimentos pré e pós cirurgicos;
- Reabilitação física;
- Síndrome pré-menstrual.

Também é importante considerar que o TT tem comprovadamente obtido sucesso como promoção de relaxamento: alteração na percepção da dor (frequentemente com diminuição), aceleração do processo cicatricial, diminuição da ansiedade e conforto no processo de morrer. É interessante considerar ainda que neonatos, crianças, gestantes, pessoas com distúrbios psiquiátricos, idosos e pessoas debilitadas são mais sensíveis à interação com

o TT. Muitas pessoas referem uma exacerbação dos sintomas no início da prática, justamente pelo fato de serem mobilizadas as respostas do organismo físico e psíquico para a reorganização das energias (WALDOW, 2001).

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde de Washington, com base em cerca de trinta teses de doutorado, foi atribuído ao TT a comprovação de sua eficácia como terapia alternativa. Os longos anos de pesquisa e experiência clínica demonstraram que o TT:

- Promove o relaxamento;
- Diminui a ansiedade;
- Altera a percepção que o doente tem em relação à dor;
- Facilita os processos de reestruturação naturais do corpo.

Além disso Sá (2008), refere também, em relação aos benefícios do TT, o estímulo da produção celular e dos processos de cicatrização, promovendo a vasodilatação, influencia a condução sináptica, permite uma condução elétrica estável dos estímulos nervosos, eleva os níveis de hemoglobina, encefalinas, neuropeptídeos e endorfina, melhora a resposta imunológica a infecções.

3.9.3 O Toque terapêutico e a dor

De acordo com estudos previamente realizados, a dor é um dos principais sintomas aliviados pelo TT (KRIEGER, 1979). Celich e Pedroso (2006) definem dor pela Sociedade Interacional para Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos. Trata-se de uma manifestação subjetiva, a qual envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais. Existem escalas unidimensionais para avaliar a dor, destacando-se a Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, na qual zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável, e a Escala Visual Analógica (EVA)²⁴, a qual consiste num instrumento simples, sensível e reprodutível, permitindo análise contínua da dor, que consiste em uma linha reta, não

²⁴ Escala Visual Analógica (EVA): consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo e quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor. A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente. (Fonte: <http://www.eletroterapia.com.br>).

numerada, indicando-se em uma extremidade a marcação de ‘ausência de dor’ e na outra, ‘pior do imaginável’, conforme Figura 10.



Já Brasil (2001) define dor, de acordo a International Association for the Study of Pain, como uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial. A severidade da mesma não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado, podendo ser influenciada por: fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade e desesperança. Desde janeiro de 2000, a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO)* publicou norma que descreve a dor como quinto sinal vital.

O uso do TT para diminuir a dor tem sido utilizado por profissionais da área da saúde. Marta et al. (2010) pesquisou sua efetividade na diminuição da intensidade da dor, escore de auto-avaliação de depressão e melhora na qualidade do sono. A partir de um ensaio clínico do tipo antes e depois, realizado com 30 idosos com dor crônica não oncológica numa Unidade Básica de Saúde de Fernandópolis (São Paulo), demonstrou que o TT foi efetivo na diminuição da intensidade da dor, nas atitudes e nos sintomas depressivos e na melhora da qualidade do sono. Os pacientes receberam 8 sessões de TT pelo Método Krieger- Kunz.

Estudos internacionais, como o de Busch et al. (2012), avaliaram o efeito do TT em 38 pacientes queimados e perceberam que foi prescrito menos morfina para os mesmos. Outras pesquisas (COAKLEY; BARRON, 2012), abordam o uso de terapias energéticas em enfermagem oncológica, como o próprio TT, o Reiki e o Toque de Cura, com evidências do benefício das mesmas sobre os sintomas associados com o câncer. Concluem que tais terapias energéticas integradas oferecem estratégias adicionais para os enfermeiros que prestam cuidado em oncologia, aliviando a angústia e o sofrimento.

3.10 CUIDADO ALTERNATIVO: UMA NOVIDADE OU VOLTA ÀS ORIGENS?

Os enfoques positivistas em relação à saúde e ao cuidado têm sido recentemente questionados, possibilitando que outros paradigmas ganhem espaço. Existe, contudo, uma prevalência quanto ao antigo paradigma, cuja tradição e herança de pensamento, bastante fortes, atendem aos interesses da comunidade científica conservadora.

O dualismo e o reducionismo compõem as principais características desse paradigma: o primeiro compreendendo a noção de que o corpo e mente são entidades distintas e separadas; o segundo, significando que qualquer sistema é passível de redução em dimensões mais simples ou menores, as quais poderiam explicar o todo.

Modernamente duas tendências têm conquistado espaço: aquela que imprime um enfoque mais humanista às abordagens de saúde e aquela que utiliza um enfoque holista²⁵. Essas novas linhas têm causado forte impacto na enfermagem. Algumas teóricas, tais como Horta (1979), Levine (1971), Orem (1985) e Paterson; Zderad (1988), já vem, há algumas décadas, introduzindo termos que refletem essas inovações, principalmente em relação a abordagem holista, embora ainda o façam dentro de um modelo médico orientado, ou seja, positivista.

Alguns modelos na enfermagem oferecem uma visão bastante nova e, mesmo que não esclareçam diferenças, conduzem a uma reflexão crítica e aquecem o debate em torno de seu conhecimento.

As teóricas do denominado paradigma da simultaneidade, (Martha Rogers, Rosemarie Rizzo Parse e Margaret Newman), propõem uma teoria de enfermagem que enfoque a unicidade e a irreduzibilidade dos seres humanos, bem como do seu meio ambiente. Já as teóricas do denominado paradigma da totalidade, como Dorothea Orem, Sister Callista Roy e Imonege King, propõem uma teoria para a enfermagem, focalizada em especialidades clínicas.

Entre as teóricas do paradigma da simultaneidade, Marta Rogers foi, sem dúvida, a mais revolucionária para a época e inspirou as demais, principalmente Parse (1987), Newman

²⁵ Holismo e Humanismo: o paradigma holístico (relembrando, do grego Holos: totalidade) representa uma revolução científica e epistemológica que emerge como resposta à perigosa e alienante tendência fragmentária e reducionista do antigo paradigma cartesiano. É um novo sistema de aprender a aprender que sustenta e florescente movimento holístico mundial. Como assinala Pierre Weil, a visão holística busca dissolver toda espécie de reducionismo: o científico, o somático, o religioso, o niilista, o materialista ou substancialista, o racionalista, o mecanicista e o antropocêntrico, entre outros (CREMA, 1989, p. 59).

(1994), mais recentemente, a qual afirma que a enfermagem é o estudo do cuidado na experiência de saúde humana. Tanto ela, como Parse (1987), enfatizam a experiência humana de saúde.

A Teoria de Marta Rogers, que embasa a aplicação do TT pelo modelo Krieger-Kunz traz quatro princípios, cujas premissas, na minha forma de entendimento, abrem espaço para uma profunda reflexão e prática em Educação Ambiental:

- 1) Princípio da reciprocidade: a partir da relação mútua entre o CEH (campo de energia humano) e o CA (campo ambiental), é possível dizer que um sofre interferência do outro, de maneira que é o processo de interação homem-ambiente que evolui e não somente a flexibilidade humana para se adaptar às modificações ambientais. Esse princípio, portanto, sugere que não é possível separar o indivíduo do seu meio. O campo energético humano é feito da mesma substância da natureza que nos circunda e a manipulação dessa energia pode ser usada em prol da saúde e é um universo capaz de minimizar a iatrogenia:

[...] De acordo com Marta Rogers o Campo de Energia é a unidade fundamental dos seres vivos e não vivos. Os seres humanos e outros organismos funcionam como unidades completas e integradas e não como um agregado de partes separadas, propondo assim que a pessoa não deve ser analisada como uma simples máquina, mas avaliada e tratada observando-se todos os seus componentes (físico, mental e social). Um exemplo da Teoria é que uma doença física pode ter sua origem em um desequilíbrio emocional e, certamente, a fragmentação do ser não contribuirá para o tratamento do paciente (RAMALHO; SALLES, 2011, p. 128).

- 2) Princípio da sincronidade: qualquer mudança no comportamento humano é determinada pela interação simultânea do estado do CEH, num ponto específico no tempo e no espaço. Ou seja, as ações humanas seriam resultado da ação sincrônica dos campos.
- 3) Princípio da helicidade: corresponde ao processo de vida que, ao passar por contínuas mudanças (resultantes da integração homem-ambiente), tem estágios sequenciais numa evolução helicoidal.
- 4) Princípio da ressonância: postula que os padrões da organização do CEH e do CA são modificações através de movimentos de ondas, numa sinfonia de vibrações rítmicas que oscilam em várias frequências. Assim, as múltiplas ondas (de luz, som, calor, gravidade, que não se pode ver ou escutar) compõem e caracterizam todo o universo (RAMALHO; SALLES, 2011).

Por outro lado, também podemos destacar o trabalho de Jean Watson, o qual prioriza o cuidado, também de certa forma revolucionando as visões mais tradicionais, pois seu trabalho tem uma orientação fenomenológico- existencial e espiritual.

Apesar de algumas ambiguidades e contradições, os trabalhos inspirados no paradigma da simultaneidade remetem a abordagens e práticas que transcendem a visão linear e sistematizada do paradigma biomédico. Contudo, o próprio paradigma biomédico sofre atualmente transformações. Alguns trabalhos estão adaptando aspectos das práticas orientais às ocidentais, outros adotam práticas orientais em sua íntegra, o que é questionável em uma cultura ocidental que sofre herança de um modelo ortodoxo. Muitas dessas práticas, referidas como alternativas, na verdade são consideradas como terapias e práticas convencionais.

Em um estudo realizado com um grupo de idosos em São Mateus, periferia da Zona Leste de São Paulo, protagonizou-se um fenômeno surpreendente com a cura de doenças como glaucoma, diabetes e hipertensão- consideradas como incuráveis pela medicina convencional. E o mais interessante: por meio de uma técnica insuspeita, a meditação. A experiência é parte das pesquisas de Fernando Bignardi, homeopata, geriatra e gerontólogo que coordena o Centro de Estudos do Envelhecimento da Unifesp (SAFATLE, 2012-2013, p. 19).

Em entrevista à Revista “Página 22”, Bignardi afirma:

[...] A medicina convencional é ancorada em um modelo mecânico que entende o ser humano como uma máquina. Portanto, não tem alma, nem espírito. É o conjunto de átomos organizados em moléculas que funcionam. Tanto é que no curso médico a gente não tem nenhuma formação humanística, exceto algo bem superficial na Psicologia Médica. Esse é um dos grandes problemas. [...] Na medicina convencional, tudo começa com o “onde”. Onde dói? A partir disso é que começa o raciocínio médico. Se não tiver o “onde”, você é encaminhado para a Psiquiatria. A indicação da Psiquiatria começa com a falta do “onde”. Tendo o “onde”, chega-se a um diagnóstico e a um tratamento. Se você tiver um único diagnóstico e tratamento, o resultado pode ser razoável[...] (BIGNARDI, 2012-2013, p. 20).

Em alguns países, os praticantes são denominados de healers ou terapeutas, com significado de cura não no sentido tradicional mas como favorecer, tornar bem, restaurar, harmonizar, manter a integralidade. A tradução para o português utiliza o termo curar e, por vezes, gera equívocos ao não explicitar a verdadeira conotação. A cura (cure) vem de fora, em geral através de meios artificiais; a autocura ou restauração (healing) parte do interior do ser.

O livro de Dora Van Gelder Kunz, “Spiritual aspects of the healing arts”, apesar de utilizar o termo arte de curar, deixa claro que o termo curar (healing) refere-se a uma condição

em que o indivíduo utiliza as próprias energias para manter a integralidade, compreendida como corpo-mente-espírito. As pessoas, às vezes, por se encontrarem debilitadas, necessitam de ajuda para mobilizar as energias. Curadores ou healers podem acionar as energias do Campo Universal, funcionando como veículos repondo as energias deficitárias daquelas pessoas.

No leste europeu, práticas complementares são ensinadas em escolas como, por exemplo, na Rússia. Já na China, várias das práticas citadas anteriormente fazem parte, tradicionalmente, do cotidiano de vida da população.

Segundo Waldow (2001), 36 escolas de medicina dos Estados Unidos atualmente oferecem cursos em terapias alternativas. Várias estão incluindo workshops e conferências sobre o assunto. A medicina parece estar procurando atender às demandas do mercado.

Nos Estados Unidos, várias práticas são denominadas de terapias psíquicas; na Inglaterra, como terapias espirituais. Na maioria desses países, seus praticantes são reconhecidos e exercem suas práticas por solicitação dos pacientes e mesmo da equipe de saúde.

O modelo biomédico tem sido há algumas décadas fonte de crescente insatisfação da população, pois seu paradigma tem uma visão dicotômica do cuidado. Os registros da história da medicina mostram que o cuidado em saúde teve diferentes modelos, desenvolvidos de acordo com o contexto e as bases culturais e materiais de cada época. O modelo ocidental atual é o biomédico, o qual apresentou fantásticas soluções para problemas da saúde e doença, mas que atualmente não satisfaz mais.

O desencantamento com a medicina convencional (modelo biomédico) leva muitas pessoas a procurarem formas alternativas de tratamento, de modo que o número de profissionais que praticam outros modelos de cuidado e cura está em expansão.

O movimento de busca das práticas alternativas intensifica-se na década de 60, motivado por vários fatores, como mudança do perfil de morbimortalidade, com a diminuição das doenças crônico-degenerativas em alguns países; aumento da expectativa de vida, crítica à relação assimétrica de poder entre os médicos e pacientes, em que o profissional não fornece informações suficientes sobre o tratamento e cura do paciente; consciência de que a medicina convencional é deficiente para solucionar determinadas doenças, especialmente as crônicas; insatisfação com o funcionamento do sistema de saúde moderno, que inclui grandes listas de

espera e restrições financeiras; informações sobre o perigo dos efeitos colaterais dos medicamentos e das intervenções cirúrgicas.

Esses fatores contribuíram para o desenvolvimento do modelo alternativo, ou seja, para a disseminação das ideias alternativas, relacionadas à lógica da alternância, assumindo ora um, ora outro aspecto. No campo da saúde, o modelo alternativo da medicina é compreendido como o polo oposto de modelo biomédico, pois enquanto a biomedicina investe para desenvolver a dimensão diagnóstica e aprofundar a explicação biológica, principalmente com dados quantitativos, a medicina alternativa volta-se para a dimensão da terapêutica, aprofundando-se nos problemas explicados pelas teorias do estilo de vida e ambiental.

O acelerado crescimento das práticas alternativas trouxe tensões adicionais para o campo da saúde. Procurando harmonizar parte desses conflitos, no final dos anos 1980, nos Estados Unidos e no Reino Unido, foi adotada a denominação Medicina Complementar, que significa “complemento”, ou seja, “que sucede ao elementar”, havendo assim a possibilidade de associação de modelos, fundada em conjunções aditivas (“e...e”) em detrimento das conjunções alternativas (“ou....ou”).

Hoje, conta-se com práticas tais como acupuntura, homeopatia, medicina ayurvédica e biofeedback, além do toque terapêutico, t'ai chi, hatha yoga, yoga, rolfing, reiki, fitoterapia, iridologia, reflexologia e florais. Essas práticas, que normalmente exigem preparo por parte de seus praticantes, são desenvolvidas por profissionais de medicina, enfermagem, psicologia, profissionais diversos e mesmo leigos (WALDOW, 2001).

Por muito tempo a física clássica inspirou a cultura ocidental nas ideias do conhecimento racional de Galileu, Newton e Descartes. Essa obsessão pela “racionalidade” relegou à segundo plano a intuição e o conhecimento subjetivo. Porém essa perspectiva não consegue explicar características mais sutis da vida, a energia e, conseqüentemente várias práticas complementares. A maioria das práticas complementares podem ser explicadas pela compreensão vibracional e energética da natureza. Segundo a perspectiva Einsteiniana, o ser humano é um organismo multidimensional constituído de sistemas físicos/celulares em interação dinâmica com complexos campos energéticos reguladores.

Em lugar de procurar doenças manipulando células e órgãos afetados por meio do uso de drogas e, às vezes, com a realização de determinadas cirurgias, as práticas complementares tentam atingir os mesmos objetivos manipulando os campos energéticos sutis e estimulando a

vida no corpo. Algumas práticas complementares interagem com essa energia sutil, como é o caso da acupuntura, da homeopatia, dos florais, da cromoterapia, do Toque Terapêutico, *pet-therapy* (terapia com animais), entre outras (SALLES; KUREBAYASHI; SILVA, 2011).

No final da década de 1990, na tentativa de descrever um novo modelo de saúde que retrate a integração dos diversos modelos terapêuticos, mais do que simplesmente operar com a lógica complementar, e que ofereça o cuidado integral à saúde, foi criado o termo “Medicina Integrativa” (MI). A palavra “integração” significa o ato ou efeito de se integrar; ação ou política que visa integrar em um grupo de minorias raciais, religiosas e sociais. Uma variedade de definições tem sido usada para descrever a ideia de integração entre as práticas convencionais e não convencionais, porém, atualmente, ainda se busca uma conceituação consistente. No Brasil, nós temos legislações que amparam essas práticas. De acordo com (SALLES; KUREBAYASHI; SILVA, 2011), a enfermagem foi pioneira no reconhecimento das mesmas, dentre as diferentes profissões da área da saúde. O reconhecimento pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foi importante no desenvolvimento das pesquisas na área. Assim, destaca-se a Resolução n. 197/1997 (COFEN, 1997) - (Anexo E), a qual estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Também se pode citar a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, a qual aprovou a Política Nacional de Prática Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

3.11 AS ETAPAS DE APLICAÇÃO DO TOQUE TERAPÊUTICO E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL

O que me chama a atenção com a aprendizagem e prática das terapias complementares à saúde, sobretudo aquelas que lidam com o campo de energia humano, é o fato de elas requererem uma mudança de paradigma em nossa vida, pelos menos uma reflexão mais profunda de nosso papel na sociedade, no planeta e no cosmos. Brennan (2006) explica que o campo de energia humana ou aura humana é uma manifestação da energia universal intimamente ligada à vida humana. Pode ser entendido como um corpo luminoso que cerca o corpo físico e o penetra, emite sua radiação característica própria e é normalmente denominado aura. Dessa aura surgem sete camadas denominadas chacras, as quais correspondem aos principais plexos nervosos do corpo físico e às glândulas endócrinas.

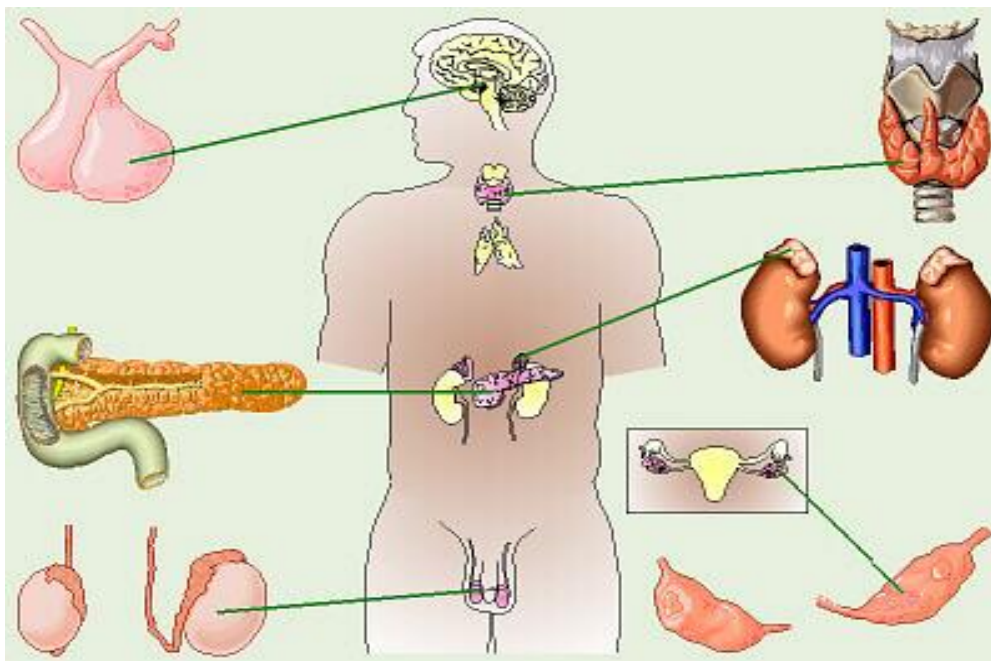
Tabela 1 - Os Chacras maiores e a área do corpo a qual correspondem a uma glândula endócrina.

Fonte: Brennan (2006, p. 76).

CHAKRA	GLÂNDULA ENDÓCRINA	ÁREA DO CORPO GOVERNADA
7-COROA	PINEAL	CÉREBRO SUPERIOR. OLHO DIREITO
6- CABEÇA	PITUITÁRIA	CEREBRO INFERIOR. OLHO ESQUERDO, OUVIDOS, NARIZ, SISTEMA NERVOSO
5- GARGANTA	TIREÓIDE	APARELHO BRONQUICO E VOCAL. PULMÕES, CANAL ALIMENTAR
4- CORAÇÃO	TIMO	CORAÇÃO, SANGUE, NERVO VAGO, SISTEMA CIRCULATÓRIO
3- PLEXO SOLAR	PÂNCREAS	ESTÔMAGO, FÍGADO, VISÍCULA BILIAR, SISTEMA NERVOSO
2- SACRO	GÔNADAS	SISTEMA REPRODUTOR
1-BASE	GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS	COLUNA VERTEBRAL, RINS

Figura 11 - Localização das principais glândulas endócrinas

Fonte: <http://www.google.com.br/imgres?q=glandulas+endócrinas&hl>



Krieger (1997) descreve os chacras como centros de consciência, atuando como transformadores, convertendo sistemas de energia sutil no tipo de energia que faz a natureza psicofisiológica da individualidade de cada um ser aquilo que é.

Ou seja, é a transição de uma ecologia rasa²⁶ para uma ecologia profunda²⁷. Quando nos voltamos para as imbricadas relações da vida à luz da Física Quântica²⁸ percebemos os quão interdependentes os sistemas se apresentam. Por exemplo, vários estudiosos como Maturana e Varela e Antônio Coutinho, trazem a Imunologia Cognitiva como uma concepção psicossomática (mente-corpo) em que o sistema nervoso e o sistema imunológico interagem constantemente no processo saúde-doença: “[...] a dança mútua entre sistema imunológico e corpo... permite que o corpo tenha uma identidade mutável e plástica ao longo de toda a sua vida e seus múltiplos encontros” (CAPRA, 1996, p. 220).

Esse processo ocorre tanto fora quanto dentro de qualquer sistema vivo e está constantemente em interação. A concepção do universo como uma rede interligada de relações é um dos temas tratados com maior frequência na física moderna. De acordo com a teoria de Einstein, espaço e tempo são conceitos relativos, reduzidos ao papel subjetivo de elementos da linguagem que um determinado observador usa para descrever fenômenos naturais. Essa concepção, diferentemente da física clássica, expressa que na natureza não existem estruturas estáticas:

[...]Macroscopicamente os objetos materiais que nos cercam podem parecer passivos e inertes; porém, quando ampliamos um pedaço morto de pedra ou metal, podemos ver que nele há grande atividade. Quanto mais de perto o observarmos, mais vivo se apresenta. Todos os objetos materiais em nosso meio ambiente são feitos de átomos que se interligam de várias maneiras para formar uma enorme variedade de estruturas moleculares, as quais não são rígidas e inertes, mas vibram de acordo com sua temperatura e em harmonia com as vibrações térmicas de seu meio ambiente (CAPRA, 1982, p. 83).

Assim, a visão dos sistemas vivos a partir de uma perspectiva energética nos leva a compreensão do organismo humano como uma série de campos de energia multidimensionais interativos. A consequência mais importante dessa modificação é a compreensão de que a

²⁶ Ecologia rasa: é antropocêntrica, ou centrada no ser humano. Ela vê os seres humanos como situados acima ou fora da natureza, como a fonte de todos os valores, e atribui apenas um valor instrumental, ou de “uso”, à natureza (CAPRA, 1996, p. 25).

²⁷ Ecologia profunda: não separa os seres humanos- ou qualquer outra coisa- do meio ambiente natural. Ela vê o mundo não como uma coleção de objetos isolados, mas como uma rede de fenômenos que estão fundamentalmente interconectados e são interdependentes. Reconhece o valor intrínseco de todos os seres vivos e concebe os seres humano apenas como um fio particular na teia da vida (CAPRA, 1996, p. 26).

²⁸ Física Quântica: parte da física que estuda as características energéticas da matéria no nível subatômico (GERBER, 2007, p. 440).

massa nada mais é do que uma forma de energia. Mesmo um objeto em repouso possui energia armazenada em sua massa e a relação entre ambas é dada pela famosa equação $E=mc^2$. Pode-se dizer que lenta e progressivamente, muitos profissionais da saúde vêm abandonando o velho modelo newtoniano-mecanicista da medicina em favor de uma medicina eletromagnética da vida (GERBER, 2007; CAPRA, 1982;1983).

Uma das principais diferenças entre as abordagens das medicinas Newtoniana e Einsteiniana são os seus pontos de vista em relação ao corpo humano. Enquanto no primeiro o corpo físico é visto como uma intrincada maquinaria constituída por nervos, músculos, carnes e ossos, a segunda entende a matéria como a conjuntura de diversos sistemas interativos compostos de energia sutil. A matéria que vibra numa frequência muito lenta é chamada de matéria física. Aquela que vibra em velocidades maiores que a da luz é chamada de matéria sutil. A matéria sutil é tão real quanto a matéria densa; sua taxa vibratória é simplesmente mais rápida (GERBER, 2007, p. 197).

A aura é realmente o “elo que faltava” entre a biologia e a medicina física e a psicoterapia. É o lugar em que se localizam todas as emoções, pensamentos e lembranças. Não estão apenas suspensos em algum lugar de nossa imaginação, senão localizados no tempo e no espaço. Pensamentos e emoções movimentam-se entre as pessoas no tempo e no espaço através do campo de energia humana, e seu estudo é o modo de se conseguir um instrumento para lidar com essa atividade (BRENNAN, 2006, p. 140).

De acordo com Brennan (2006) o campo de energia humano é constituído de sete níveis. Os cientistas chamam de “campos bioenergéticos” os campos de energia associados aos sistemas biológicos.

Por outro lado, os termos aura e campo de energia humano são usados pelos curadores para descrever esses campos de energia vital. Os campos de energia associados ao corpo humano foram medidos por aparelhos como o eletroencefalógrafo, o eletrocardiógrafo e o aparelho supercondutor de interferência quântica (um magnetômetro muito sensível). Muitos estudos têm mostrado que uma disfunção ou anormalidade no campo bioenergético abrirá caminho para uma infecção no corpo (BRENNAN, 2006, p. 35).

O conhecimento da aura humana é importante para a aplicação do TT. Para estarmos preparados para sua aplicação é necessário uma conexão consciente com a natureza. Krieger (1997) chama de conexão natural do TT. Por exemplo, ela relata uma experiência de conversa com um feiticeiro africano, conhecido por suas qualidades artísticas e literárias, chamado Credo Vusa' Mazulu Mutwa. Eles conversaram sobre o efeito que as emoções humanas provocam nas plantas:

[...]Dolores: Eu gostaria muito de lhe fazer algumas perguntas. O senhor se comunica com plantas e árvores? O senhor acha que é capaz de se comunicar com diversas plantas e árvores usando diferentes partes de seu corpo? Eu, por exemplo, descobri que, quando me comunicava com as árvores que existem nas florestas do Nordeste dos Estados Unidos, onde a maior parte das espécies são de madeira dura, eu o fazia com esta parte de mim, que fica logo além ou fora da garganta.

Credo: Veja, professora, digamos que agora eu esteja conversando com uma dessas árvores que crescem por aqui perto. Percebo uma leve sensação de frio nos pés, aqui em torno das pernas (apontando para alguns chacras secundários nas pernas). Quanto mais profundamente no comunicamos, mais aumenta essa leve sensação de frio. É exatamente a mesma coisa que a senhora sente. Esta árvore não é nativa da África. Nós usamos esta (outra) árvore para o tratamento de reumatismo (KRIEGER, 1997, p. 177).

Assim, a prática do TT nos oportuniza uma nova relação com a vida, não no sentido mágico, mas no sentido real da palavra. É oportuno que comecemos a valorizar as experiências subjetivas e que as mesmas passem a ser objetos de estudo rigoroso.

A esquizoanálise tem me ajudado a entender diversos aspectos do trabalho interior realizado durante a aplicação do TT com os pacientes. Para tanto, utilizei o formulário Deep Dee (trata-se do registro do modo como percebemos o processo de interação entre o terapeuta e o paciente durante aplicação de TT, o qual consiste em praticamente quatro etapas). Assim, a finalidade do Deep Dee é oferecer um método simples de registrar experiências que brotam do âmago do terapeuta durante a aplicação do TT, para que elas possam ser analisadas posteriormente (KRIEGER, 1997).

É importante considerar que o TT atua diretamente na camada mais física da aura humana. O TT só diz respeito às energias vitais, as quais são interativas, sendo um aspecto natural de todos os seres vivos. Elas estão em movimento constante, de forma interativa e não sofrem restrições na pessoa saudável. As energias humanas básicas incluem vitalidade, emoção, pensamento, altruísmo e espiritualidade (KRIEGER, 1997).

Entendo a prática do TT e seu preparo uma atitude libertadora, um ato de compaixão para com a vida, capaz de despertar em cada pessoa o senso do cuidado. As condições prévias para que o terapeuta do TT atue como curador ou como um sistema humano de apoio são que tenha uma motivação compassiva, uma metanecessidade de ajudar aqueles que estão enfermos, a intencionalidade de orientar o paciente para objetivos terapêuticos específicos; e a compreensão de como facilitar essa cura (KRIEGER, 1997).

“Com o Toque Terapêutico
 Pude me aproximar
 Das entranhas da Terra
 Ser menor que um grão
 Na branca duna
 Transformar-me
 No ínfimo ponto azul
 Nos confins da Via- Láctea
 Cada ser vivo
 Marca indelevelmente
 Com suas ações e atitudes
 A Psicofera do tempo
 Assim
 Em vez de cercas
 E arames de espinho
 Poluição e arranha-céus
 Geradores de feridas
 Prefiro adornar
 Cada espaço manifesto
 Com flores
 E fragrantes amores
 Aqueles que fazem
 Tudo valer a pena
 Num devir- felicidade
 Num paraíso
 Em que eu e você
 Todos nós
 Temos na mão”.

ACCO

Para tanto, é necessário que ocorra uma centralização acompanhada de uma intencionalidade para propiciar bem-estar para si e para o paciente. Nesse contexto, entendemos a capacidade que cada ser humano tem de afetar e ser afetado pelo entorno através do pensamento:

A velocidade do pensamento supera a da luz. Enquanto a luz viaja a uma velocidade de 300.000 quilômetros por segundo, o pensamento é virtualmente instantâneo na sua propagação.

Os pensamentos são coisas vivas. Um pensamento é tão sólido quanto a pedra. Podemos deixar de existir, mas os nossos pensamentos nunca morrem. Cada mudança de pensamento é acompanhada pela vibração da matéria (mental). O pensamento, para funcionar como força, necessita de uma espécie de matéria sutil. Quanto mais forte for o pensamento, mais rapidamente ele frutifica. O pensamento é focalizado e isso dá determinada direção e, na proporção que for focalizado e dirigido, estará o efeito que pretende alcançar (SIVANANDA, [1987-2013], p. 14).

O terapeuta permanece centralizado mesmo quando avança para as outras fases do processo do TT: a avaliação, a reequilibração e a reavaliação do campo de energia vital do paciente. Esse centramento tem um efeito extremamente benéfico para o bem-estar do cuidador também. Além disso, facilita o acesso aos pacientes de uma maneira direta e plenamente humana (KRIEGER, 1979). Pode-se dizer que essa prática nos aproxima da natureza, pois é através dela e de suas interações que encontramos a energia para a vida. A canalização dessa energia de forma intencional e centrada é que trabalhamos no TT, buscando uma harmonização para a saúde. Se essa energia for compartilhada no ambiente hospitalar, poderá ter um grande potencial para amenizar a iatrogenia.

O fato de estarmos expostos diariamente a uma gama de equipamentos elétricos e eletrônicos produz um tipo de poluição imperceptível capaz de influenciar o comportamento celular do organismo humano, danificar aparelhos elétricos e até desorientar o voo de algumas aves²⁹. Vivemos em meio a vários emissores de radiação: redes de transmissão de energia, torres de alta tensão, antenas de televisão, de rádio e de telefonia celular, computadores, televisores, micro-ondas e aparelhos celulares, por exemplo. Essa tecnologia expandiu os campos eletromagnéticos, os quais podem vencer diversos obstáculos físicos, como gases, atmosfera, água e paredes (LOBO, 2012).

Só para citar um exemplo, de acordo com alguns pesquisadores, pelo menos uma doença já pode ser diretamente relacionada à excessiva exposição às ondas eletromagnéticas³⁰ emitidas pelo computador: a Lesão por Esforço Repetitivo- ou LER. Antes dos computadores, as pessoas digitavam horas em máquinas de escrever e não desenvolviam a doença, portanto a conclusão é da LER ser uma patologia “high tech” provocada pela exposição constante e pela proximidade com o campo magnético gerado pelo computador (RIBEIRO, 1997; GRAVINA, 2002).

Outro aspecto que podemos trazer é o uso de telefone celular ou outros sistemas de comunicação dentro do veículo ou aeronave que pode influenciar no funcionamento de alguns sistemas de comunicação. Por isso é que se proíbem celulares ou aparelhos eletrônicos a

²⁹ Voo das aves: o pombo-correio, por exemplo, também sofre com a poluição eletromagnética. Isso porque ele se orienta durante o voo para achar o caminho correto para voltar para casa através das ondas eletromagnéticas dos pólos da Terra. Contudo, com a interferência dos emissores de radiação, muitas vezes, esses animais se perdem e vão parar na Avenida Paulista, no centro de São Paulo (LOBO, 2012).

³⁰ Ondas Eletromagnéticas: a radiação eletromagnética é a propagação de energia por meio de partículas ou ondas que viajam no ar à velocidade da luz- 300.000Km/s. Essa radiação é necessária para que possamos escutar uma música no rádio, ver um filme na televisão ou falar ao celular. A transmissão dos sons pelo rádio nada mais é do que a transformação do som em ondas hertzianas que são enviadas pelo espaço e captadas pela antena dos rádios.

bordo de aviões. Se todos os passageiros de um vôo acionarem seus telefones concomitantemente, o campo magnético pode interferir no instrumental de precisão da aeronave (LOBO, 2012).

Desde a década de 90 o Instituto da Suíça para irradiações geofísicas e poluição eletromagnética se especializou em análises biológicas da construção civil e vem realizando estudos que abrangem as condições ambientais em relação a medição de possíveis campos nocivos na habitação das pessoas. Assim, são mensuradas vertentes d'água e irradiações geofísicas, campos elétricos, irradiação de alta frequência das torres de telefonia celular e radiocomunicação. Com essa análise podem ser observados graves problemas de saúde na população estudada, o que serviu de base para sugestões de melhorias da situação ambiental (LOBO, 2012).

Estudos científicos endossados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelas Nações Unidas (ONU) e pela Associação Internacional de Rádio proteção (AIR) patrocinaram a pesquisadora Dr^a. Susan Morales, cujo estudo divulgado na revista Integral nº 66, apontou *“a crescente contaminação eletromagnética provocada pelo uso de aparelhos elétricos e eletrônicos, o que gera alterações no sistema imunológico”*. Os Drs. Andrew Marino e Robert Becher, da Faculdade de Medicina da Universidade de Luisiana (EUA), concluíram: *“As fontes eletromagnéticas provocam diversos tipos de câncer. Os campos eletromagnéticos de baixa frequência afetam a energia dos seres vivos”* (LOBO, 2012).

Assim como na história da humanidade o corpo humano permaneceu intocável por centenas de anos devido a interferência da crença religiosa e filosófica, impossibilitando a medicina de descobrir detalhes anatômicos e fisiológicos, o estudo sistematizado da energia que promove o movimento ao corpo humano também sofreu deste eclipsamento intelectual, impossibilitando a metodização observacional específico sobre o complexo bionérgico humano (MEDEIROS JUNIOR, 2012).

Alguns cientistas defendem a ideia de que a exposição prolongada a campos eletromagnéticos pode causar depressão psíquica ou até mesmo provocar a redução dos glóbulos vermelhos e o aumento dos glóbulos brancos, favorecendo o aparecimento de câncer (BERNARDES, 2009).

É importante considerar que durante sessão do Toque Terapêutico é possível detectar o excesso de íons positivos no campo energético do paciente, quando o mesmo se expõe a radiação eletromagnética excessiva:

A natureza nos fala por meio de padrões. No Toque Terapêutico, a mensagem está em padrões embutidos no campo de energia vital. Nós os reconhecemos como indícios a que damos o nome de ‘calor’, ‘formigamento’, ‘congestão’ e ‘disritmias’, por exemplo. É por meio dos sinais sutis destes indícios que determinamos onde há desequilíbrios no campo de energia vital do paciente (KRIEGER, 1997, p. 38).

Uma das práticas recomendadas antes do preparo para se aplicar o TT é harmonizar-se com a natureza, ou seja, é reequilibrar seu próprio campo de energia. Dessa forma, as pessoas sentem-se mais equilibradas e menos vulneráveis à energia indesejada (GORDON, 2005).

Na centralização ficamos quietos e ‘escutamos’ uma outra linguagem. Nossa atenção vai para a região do coração, onde encontramos nosso próprio centro de paz e o percebemos como um atributo de nosso ser verdadeiro. Constatamos que essa sensação de profunda serenidade é um indício de paz absoluta que encontramos na natureza livre e, com a emoção de uma descoberta pessoal, compreendemos que é através dessas profundas experiências naturais que podemos estar unidos com o universo (KRIEGER, 1997, p. 46).

No momento de realizar o diagnóstico do campo energético do paciente, busca-se de forma céfalo-caudal, sensações nas mãos, como: esfriamento, aquecimento, formigamento etc. Tais sensações são indícios da saúde da pessoa no momento em que se aplica o TT.

O campo de energia vital é a principal esfera de competência na prática do Toque Terapêutico. O terapeuta consegue conhecer e apreciar a natureza do campo de energia vital ao captar sinais com os chacras das mãos. Essa interação indica-lhe se o campo se encontra em estado de equilíbrio e desequilíbrio. As características primordiais do campo bem integrado, tal como é percebido pelo terapeuta, são: fluxo, ritmo, organização, equilíbrio e simetria, e indícios de uma ordem básica implicada. Os sinais principais que revelam um estado de desequilíbrio no campo de energia vital são: um senso de acúmulo ou de indevida pressão no fluxo de energia vital; movimento ou vibração irregular ou desordenada e desarmônica no campo; falta de simetria no arranjo dos traços distintivos no campo; ou um desvio significativo na temperatura percebida do campo (KRIEGER, 1997, p. 152).

O passo seguinte é realizar o alisamento, aspecto importante que propicia o alívio das tensões geradas pela poluição eletromagnética, proporcionando ao paciente relaxamento e um estado de equilíbrio:

Outro meio de modular energias vitais é através da técnica de TT conhecida como alisar, o que consiste em facilitar os fluxos de energia vital que já estão no sistema do paciente. Alisar estimula o fluxo de energia vital a bombear prana para dentro ou, obedecendo a uma intencionalidade cuja base é um tanto diferente, pode ser usado para restabelecer o ritmo básico do campo de energia vital à medida que o terapeuta ‘nivela’ ou ‘aplina’ o fluxo de energia. Se bem usada, esta técnica pode melhorar sintomas de náusea ou vômito e a ansiedade que muitas vezes o acompanha, e substituir esses sintomas por uma reação revigorante de relaxamento (KRIEGER, 1997, p. 162).

É importante considerar ainda, de acordo com Sá (2008), que a concentração do terapeuta é a parte mais importante para que a técnica tenha efeitos positivos tanto ao paciente como ao terapeuta. Se a técnica não for aplicada corretamente, o terapeuta pode vir a apresentar sinais e sintomas no curto, médio e longo prazo, tais como: sonolência, cefaleia, cansaço, dores musculares, queda de cabelo, anemia e descalcificação óssea. Para que o terapeuta se proteja desses sinais e sintomas, ele deve realizar a captação diária de energia, realizar exercícios para manter autocontrole e concentração, “escutar” sua intuição e ficar atento a sinais e sintomas de excesso de energia transmitida ao ser humano.

Essa tese, através de microintervenções socioambientais, procura justamente demonstrar que a partir do aprendizado de uma técnica simples, como o TT, somos capazes de interagir de forma diferente com a vida, despertando inclusive uma espiritualidade, que prima por uma verdadeira educação ambiental, a qual começa dentro de nós mesmos. Não nos percebemos dissociados do outro, somos interdependentes de tudo que nos cerca e começamos a ter uma consciência clara disso, para além da individualidade.

4 HIPÓTESES

4.1 A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO ECOSÓFICO PODE AJUDAR A SUPERAR A IATROGENIA

4.1.1 O trabalho de campo

A experiência do Rastreio ocorreu durante a oficina intitulada: “*O cuidado, o pêndulo e a câmera: tocando sem tocar*”. Essa oficina foi no Sítio Santa Isabel, Arroio do Inhame, São José do Norte- RS, durante um final de semana em abril de 2011.

Figura 12 - Entrada do Sítio Santa Isabel- Arroio do Inhame- São José do Norte- RS



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Envolveu somente a comunidade pesquisadora, numa atividade que visava experimentar o cuidado de enfermagem numa perspectiva do CsO, através do Toque Terapêutico, com o auxílio de uma câmera, filmou a prática de imposição de mãos, bem como a imposição de um pêndulo³¹ nos principais chacras.

³¹ O pêndulo é um prumo esférico, ou pontiagudo, como o utilizado em topografia. Há uma variedade enorme de pêndulo de diversas formas e composições, inventados por radiestesistas que os usam com êxito. É um instrumento de medida tão sensível que é capaz de captar as mais sutis vibrações de materiais são só ativos como

O intuito era experienciar os fluxos de energia desde a perspectiva do paciente (e para isso a câmera foi colocada na posição de cada chakra com a pessoa deitada confortavelmente) e também desde a perspectiva do cuidador (o qual permaneceu em pé ao redor do leito), sendo filmado todo o processo.

A escolha pelo Sítio Santa Isabel se deu pelo fato de ser uma região mais próxima à natureza, longe do estresse urbano. Queríamos experimentar o cuidado num devir ambiental longe de fatores iatrogênicos, ou seja, longe da poluição sonora e visual da cidade. Também é claro, potencializar-nos, para posteriormente, aplicar a técnica dentro do contexto hospitalar. É preciso considerar que o termo ‘experimentar’ toma uma proporção que de acordo com Lazzarotto, (2012, p. 101):

[...] Para experimentar vista-se de não senso. Abandone a cronologia e habite o tempo que flui no movimento de pensar. Opte por seguir pelas passagens de novos sentidos e faça do absurdo a matéria do pensamento. Crie palavras para acolher os afetos que se produzem nesse percurso. Deixe o método, a explicação e a interpretação desamparados. São essas questões que emergem quando se escolhe pesquisar com a orientação da experimentação sob a interferência da filosofia da diferença.

Através dessa oficina podemos refletir sobre “As três Ecologias” no sentido de nos reinventarmos, propondo um outro olhar, uma nova sensibilidade, dentro da perspectiva de uma Ecosofia Social. O hospital simboliza o desequilíbrio sócio-ambiental de nossa sociedade, à medida que demonstra a doença em todas as esferas em consequência da desarticulação dos três registros ecológicos elucidados por Guattari (2011), os quais precisam se rizomatizarem num novo paradigma ético- político. O meio ambiente faz parte de três registros, denominados por Guattari (2011) de ecosófico, os quais consistem no ambiente, nas relações sociais e na subjetividade. Ele chama a atenção no sentido de se desenvolverem práticas específicas que tendem a modificar e a reinventar a maneira de ser no seio da família, da instituição, da interação com os clientes do cuidado, do trabalho. Dentro de ecosofia incluem-se práticas efetivas tanto nos níveis microssociais quanto em escalas institucionais.

A escolha do rastreio ocorreu pelo fato de se visar as três ecologias, em contínua variação, ou seja, explorar aspectos dentro de uma outra lógica, numa perspectiva da

Ecosofia Mental:

também inertes. Em certo sentido é semelhante a um aparelho de rádio, que traduz oscilações numa música audível; no caso do pêndulo, é o corpo humano que opera essa função de tradução (HARTMAN, 2006, p. 53; MENDONÇA, 2010, p. 14).

[...] A Ecosofia Mental, por sua vez, será levada a reinventar a relação do sujeito com o corpo, com o fantasma, com o tempo que passa, com os ‘mistérios’ da vida e da morte. Ela será levada a procurar antídotos para a uniformização midiática e telemática, o conformismo das modas, as manipulações da opinião pela publicidade, pelas sondagens etc. Sua maneira de operar se aproximará mais daquela do artista do que dos profissionais ‘psi’, sempre assombrados por um ideal caduco de cientificidade [...]. Guattari (2011, p.16).

Figura 13 - Imagem capturada no Sítio Santa Isabel



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Entra-se em campo sem conhecer o alvo a ser perseguido, pois o mesmo surge de forma imprevisível. Imprevisível como a Figura 13, a qual foi capturada num momento de caminhada no Sítio Santa Isabel. Para mim ela simboliza “As Três Ecologias”, num devir-rizomático, em que ocorre uma fusão da vida e uma noção de pertencimento a tudo que nos cerca. Para o cartógrafo, o importante é a localização de pistas, de signos, de processualidade. Sua atenção é aberta sem foco e a concentração se explica por uma sintonia fina com o problema através do acompanhamento de mudanças de posição, de velocidade, de aceleração, de ritmo (KASTRUP, 2010).

Surpreendi-me com a imagem já citada, pois o Vico, o cão, assumiu uma característica considerada “humana” ao olhar para a câmera e “posar” para a foto. Concomitantemente, o Ventania, outro cão que vinha atrás de nós, confundiu-se com a paisagem e nós, de uma certa forma, cristalizamos um momento onde convergíamos nossas trajetórias acadêmicas e de vida. Por outro lado, aquela paisagem também passou por mim e reverbera, pois ajudei a plantar cada árvore que ali estava, desde quando nasceram (tão finas e frágeis quanto um fio de cabelo) até vê-las em sua imponente majestade atual. Assim, essa imagem provoca em

mim infinitos agenciamentos e não consigo dissociá-la de minha própria existência, não sou um ser separado daquele todo.

Da mesma forma, quando recebemos uma pessoa doente no hospital não sabemos sua história, quem é, pois o fator imprevisível é o que nos move. E assim, devemos interagir com ela com o devido respeito, fazendo da imprevisibilidade um fator que nos aproxime de sua história e não que gere estereótipos e estigmas que cercam as doenças.

Contudo, essa “imprevisibilidade” já não parece importar, pois durante o “tratamento”, uma sequência pré-determinada de rotinas e procedimentos se estabelecem como se todas as pessoas fossem iguais. Essa “cultura” já começa desde a época acadêmica, perpassando por todas as esferas sociais, como destaca Lunardi Filho (2004):

[...] nem só os membros da família transformam-se em equipamento maquínico de subjetivação capitalística. Professores, profissionais da saúde, religiosos, dentre outros, por meio de suas ações, pretensamente educativas, geralmente, também, trabalham a serviço da ordem capitalística, na maior parte das vezes. Por isso mesmo, temos essa necessidade permanente da análise institucional para novas tomadas de consciência e novas microintervenções cotidianas [...] (LUNARDI FILHO, 2004, p. 70).

Nesse momento de minha trajetória acadêmica e de vida, via-me impelida a fazer algo que pudesse escapar a essa “ordem capitalística” e desenvolver meu próprio espaço de singularização:

[...] A juventude, embora esmagada nas relações econômicas dominantes que lhe conferem um lugar cada vez mais precário, e mentalmente, manipulada pela produção de subjetividade coletiva da mídia, nem por isso deixa de desenvolver sua própria distância de singularização com relação à subjetividade normalizada [...] (GUATTARI, 2011, p. 14).

Guattari (2011) afirma que para “escaparmos” a essa ordem capitalística é preciso haver uma revolução não só das relações de forças visíveis em grande escala, mas também aos domínios moleculares de sensibilidade, de inteligência e de desejo. Esta microintervenção buscou justamente construir uma nova sensibilidade, uma nova potência de ressignificação do cuidado de enfermagem.

4.1.2 Resultado

Durante a aplicação do Toque Terapêutico colocamos a melodia “Oração das Orações³²” e o colega Cláudio foi, inicialmente, o nosso paciente. Mas nos revezamos nesse processo entre o que cuida e o que é cuidado. Uma primeira perspectiva para nós foi justamente desmistificar o poder de quem cuida como “superior” aquela pessoa que é cuidada. Além disso, à medida que aplicávamos o TT, também utilizávamos o pêndulo para sentir os movimentos e fluxos dos chacras. Assim como utilizamos na medicina tradicional instrumentos para auscultar a pessoa hospitalizada, como o estetoscópio, na medicina alternativa, podemos fazer uso de um pêndulo para perceber a saúde dos chacras. Assim, durante a filmagem (Figuras 14, 15 e 16), podemos perceber que conforme íamos interagindo, o pêndulo se movia em movimentos ora concêntricos, ora perpendiculares, numa verdadeira dança de fluxos energéticos.

Figura 14 - Diagnóstico dos chacras a partir do dispositivo pêndulo.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

³² Essa oração foi feita pelo Guru Amar Das. Ele viveu de 1479 a 1574. Sua filosofia de vida consistiu e transmitir sentimentos de generosidade e igualdade.

Figura 15 - Localização dos chacras com sementes.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Figura 16 - Movimentos do pêndulo.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Concomitantemente a imposição do pêndulo, o grupo pesquisador foi mantendo um diálogo informal, o qual está elucidado em *itálico* ao longo da Análise da Oficina, em alguns trechos destacados, na sequência. Na parte final da oficina, houve momentos de silêncio intenso, onde só nos comunicávamos com o olhar e com as mãos. Ouvia-se somente a melodia Orações das Orações e o vento que soprava forte. O que senti durante a imposição de mãos foi um feedback positivo, uma sensação de completude única. Percebemos também que a intencionalidade e nosso próprio campo de energia quando aproximados mudavam o campo

de movimento do pêndulo. Terminamos “o experimento” abraçados e chorando em grande alegria.

4.1.3 Análise e discussão da microintervenção

*Com o estetoscópio e o pêndulo*³³

Ao auscultarmos o pulsar
Do coração de uma pessoa
Pelo estetoscópio
Podemos perceber
Cada som
Cada sopro de suas câmaras
O “Tum-tá” que tem intervalo
Ritmo, amplitude e movimento
Mas se utilizarmos nossos corações
Nossas mãos e um pêndulo
Podemos vislumbrar os chacras
E com eles
O badalar além do tempo
E sentir um som uníssono
Da pulsão do Universo
Nos fluxos de seus vórtices
Num devir infinitamente bendito
Na virtualidade da vida
Onde a criação acontece
Agora e agora...

ACCO

4.1.3.1 O que significou criar para mim um CsO?

Essa microintervenção foi de grande importância, pois ela acionou um agenciamento capaz de produzir um outro espaço em mim, de relação e cuidado. A partir do momento em que há uma interação não hierárquica, entre quem cuida e quem é cuidado, cria-se um espaço singular de alteridade:

[...] invocando paradigmas éticos, gostaria principalmente de sublinhar a responsabilidade e o necessário “engajamento” não somente dos operadores “psi”, mas de todos aqueles que estão em posição de intervir nas instâncias psíquicas individuais e coletivas (através da educação, saúde, cultura, esporte, arte, mídia, moda, etc). É eticamente insustentável se abrigar, como

³³ Este poema foi agraciado com Menção Honrosa conferida pela participação em Concurso Literário promovido pelo Sistema de Bibliotecas da FURG- SIB- na Universidade Federal do Rio Grande, em 20 de dezembro de 2012.

tão frequentemente fazem tais operadores atrás de uma neutralidade transferencial pretensamente fundada sobre um controle do inconsciente e um corpus científico [...] (GUATTARI, 2011, p. 21).

Muito de minha prática enquanto profissional gira em torno sim, dessa pretensa neutralidade transferencial, apontada por Lunardi (1993 apud GUATTARI, 2011, p. 291):

[...] nós, docentes enfermeiras, temos contribuído de modo eficiente e competente, através de vários instrumentos disciplinares, para a reprodução de enfermeiras disciplinadas, a semelhança de nós próprias, também resultado de eficientes e competentes reproduções de outras profissionais disciplinadas [...].

Esses instrumentos começam nas bases curriculares do curso de enfermagem, cujo planejamento orbita em torno da prescrição médica e estendem-se até a prática profissional propriamente dita. Concordo com Lunardi Filho (2004) de que esse modo de atuação não seja apenas devido a forma de construção dos profissionais da enfermagem como sujeitos dóceis, obedientes e submissos às normas e à hierarquia organizacional ou mesmo àqueles a quem percebem como detentores de posições hierarquicamente superiores. Isso ocorre também pelo próprio modo como a grande maioria dos serviços nos quais atuam privilegiam a obediência as normas e rotinas e, além disso, tem-se caracterizado por conter um excessivo volume de trabalho.

Então é oportuno que estendamos nossas lentes para além de uma prática clínica arraigada no interesse individual e no egocentrismo. Acostumamos com uma visão de mundo, através do estruturalismo e posteriormente com o pós-modernismo que elimina a pertinência das intervenções humanas que se encarnam em políticas e micropolíticas concretas (GUATTARI, 2011).

Sair da esfera de vitimização e conformismo e conceber novas maneiras de existência, fora do axioma do capitalismo mundial integrado, é um verdadeiro desafio:

[...] O Capitalismo contemporâneo é mundial e integrado porque potencialmente colonizou o conjunto do planeta, por que atualmente vive em simbiose com países que historicamente pareciam ter escapado dele (os países do bloco soviético, a China) e por que tende a fazer com que nenhuma atividade humana, nenhum setor de produção fique fora de seu controle [...] (DELEUZE; GUATTARI, 1977, p. 211).

O Capitalismo visa, acima de tudo, de acordo com Deleuze e Guattari (1977) controlar o conjunto da sociedade, por meio do sistema de assalariados. A exploração capitalista da força de trabalho se dá sorrateiramente, tratando dos homens como máquinas, pagando-lhes como máquinas, de maneira unicamente quantitativista:

[...] A ordem capitalística produz os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes: os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se transa, como se fala, e não para por aí. Ela fabrica a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a alimentação, com o presente, com o passado e com o futuro- em suma, ela fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo. Aceitamos tudo isso porque partimos do pressuposto de que esta é “a” ordem do mundo, ordem que não pode ser tocada sem que se comprometa a própria ideia de vida social organizada [...] (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 51).

Como trabalhadora desse sistema também me incluo nessa massa de assalariados, mas não me considero anestesiada e nem cega aos devires criativos. Escolhi a educação para que pudesse justamente chamar a atenção e ser um vetor de mudanças. Enquanto enfermeira assistencial tinha uma valorização salarial bem mais “significativa” do que como enfermeira docente. Mas, vejo-me, enquanto professora, com maiores possibilidades de ação, de construir, juntamente com os alunos uma prática assistencial em saúde a qual se virtualize constantemente e gere potência para a vida e não para a morte:

[...] Não se atinge o CsO e seu plano de consistência desestratificando grosseiramente. Por isto, encontrava-se desde o início o paradoxo destes corpos lúgubres e esvaziados: eles haviam se esvaziado de seus órgãos ao invés de buscar os pontos nos quais podiam paciente e momentaneamente desfazer esta organização dos órgãos que se chama organismo. Havia mesmo várias maneiras de perder seu CsO, seja por não se chegar a produzi-lo, seja produzindo-o mais ou menos, mas nada se produzindo sobre ele e as intensidades não passando ou se bloqueando (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 23).

Essa tese é um momento de reflexão profunda, uma potência para que não ocorra o bloqueio dos fluxos desejantes que passam por mim: o devir-educação, o devir-enfermeira, o devir-saúde, o devir-poético:

[...] É necessário guardar o suficiente do organismo para que ele se recomponha a cada aurora; pequenas provisões de significância e de interpretação, é também necessário conservar, inclusive para opô-las a seu próprio sistema, quando as circunstâncias o exigem, quando as coisas, as pessoas, inclusive as situações nos obrigam: e pequenas rações de subjetividade, é preciso conservar suficientemente para poder responder à realidade dominante. Imitem os estratos [...] (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 23).

A microintervenção no sítio Santa Isabel oportunizou-me “guardar o suficiente” para me recompor a nova aurora. Rastreado os fluxos do pêndulo, oscilei como o CsO:

[...] Isso porque o CsO não para de oscilar entre as superfícies que o estratificam e o plano que o libera. Liberem-no com um gesto demasiado violento, façam saltar os estratos sem prudência e vocês mesmos se matarão, encravados, num buraco negro, ou mesmo envolvidos numa catástrofe, ao invés, de traçar o plano [...] (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 23).

A presente tese se constitui num plano, onde se pretende criar um espaço, o qual esteja constantemente aberto para novos devires:

[...] A proposta Esquizoanalítica é a de uma composição de fragmentos tomados de diversos saberes e de diferentes práticas. Estes fragmentos são tomados de seus sistemas de origem, sem preocupação pelo significado exato que têm dentro da citada sistematicidade. Amiúde, esses fragmentos inseridos no contexto dos escritos Esquizoanalíticos conservam certa similitude com o sentido que tinham primeiramente, mas já funcionam de uma maneira diferente nesse novo contexto [...] (BAREMBLITT, 2003, p. 107).

A saída momentânea do ambiente hospitalar para vivenciar essa micro intervenção proporcionou um novo colorido em mim. Percebi que o espaço terapêutico não está no lugar em que habitamos mas sim dentro de nós mesmos. Para exemplificar trago um e-mail enviado pelo colega Augusto Amaral quando perguntei sobre a diferença do colorido dos clowns mais antigos em relação aos mais modernos:

[...] Aline, esta foi uma conversa em Sampa (16/03/11) com Raul Figueiredo (o nome do clown do Raul é Dr. Zapatta Lambada/ Coordenador do programa Palhaços em rede: <http://www.palhacosemrede.org.br/>) na rede da ONG Doutores da Alegria (<http://www.doutoresdaalegria.org.br/>) ...após observar um mural com as fotos de todos os clowns notei que o figurino dos mais antigos era mais colorido dos que dos palhaços mais atuais...e perguntei por que para o Raul...ele respondeu que era para manter o contraste, já que com a inserção dos clowns nos hospitais permitiu que os ambientes fossem ficando cada vez mais coloridos [...].

Como se pode perceber o que fez a diferença nesse hospital, ou em Instituições, onde atuam os doutores da alegria foi a mudança de comportamento dos profissionais que lá atuam, os quais abdicaram de seu jalecos brancos e formas estereotipadas de entender o cuidado:

[...] O povo “psi”, para convergir nessa perspectiva com o mundo da arte, se vê intimado a se desfazer de seus aventais brancos, a começar por aqueles invisíveis que carrega na cabeça, em sua linguagem e em suas maneiras de ser (um pintor não tem por ideal repetir indefinidamente a mesma obra- com excessão da personagem de Titorelli, no Processo de Kafka, que pinta sempre e identicamente o mesmo juiz!) [...]. GUATTARI, 2011, p. 22-3).

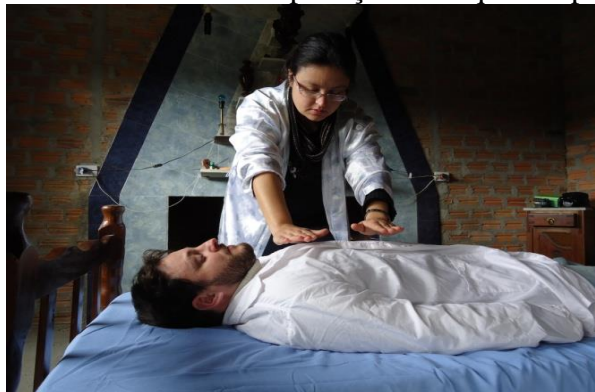
Nossa atuação nos hospitais assemelha-se a um “pintor caduco” que já desistiu e perdeu a noção de sua obra e para passar o tempo fica pintando sempre o mesmo quadro, a exemplo de Titorelli, só que um “quadro de horror”, num ciclo vicioso, cujo custo não se resume em desperdício de tinta e papel, mas de potencial de vida: É nesse momento que também proclamo “guerra contra os organismos” num processo de esvaziamento de meu corpo cheio:

*Guerra contra os órgãos
 Acordei-me e sem anestesia
 Pensei vislumbrar
 Um quadro interativo
 Vi as paredes brancas do hospital
 Como nuvens que se esvaíam
 Ficaram esquecidas e arcaicas
 Na poeira cósmica do tempo
 Levavam consigo dores e gemidos
 Sons estridentes de máquinas de morte
 Na extensão de corpos humanos
 Que se empilhavam em leitos
 Ora se escondiam das doenças
 Ora dos que portavam
 O conhecimento dos jalecos
 Fiquei assustada
 Estava num verdadeiro
 Cenário de horror
 Seria uma guerra?
 Por que não me disseram?
 Foi quando ouvi
 Uma colega enfermeira
 Murmurar bem baixinho:
 Calma, calma
 Está tudo bem
 Foi apenas um pesadelo
 Aqui já está
 O remedinho das dez!
 ACCO*

“Guerra contra os órgãos” escrevi ao me colocar no lugar de uma pessoa hospitalizada. Com a microintervenção do Sítio Santa Isabel pude capturar os movimentos do pêndulo entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, conforme Figura 14, onde uma câmera foi colocada na posição de cada chacra. Os fluxos do pêndulo foram possíveis devido a interação entre essas duas instâncias, onde nenhuma é superior a outra. Da mesma forma, no momento da impostação de mãos, conforme Figura 17, embora esteja em pé em relação ao paciente, preciso me colocar num patamar semelhante para poder sentir os fluxos energéticos entre nós, bem como fazer o “diagnóstico” do chacra, do contrário, não obtenho êxito com essa prática. É importante considerar que esse diagnóstico não está pronto, ele será construído de acordo com o momento e com a necessidade da pessoa hospitalizada. E esse aspecto é um diferencial, pois normalmente adaptamos as pessoas aos diagnósticos que já estão prontos, o que deveria ser o contrário.

De acordo com Kelder (2010), as tradições espirituais orientam que nós todos temos sete centros energéticos secretos dispostos em coluna a partir da virilha até o alto da cabeça. São secretos, porque em condições normais não conseguimos vê-los e detectá-los. Denominam-se chacras, termo que significa literalmente ‘rodas gigantes’, pois segundo os videntes que afirmam enxergá-los, parecem vórtices ou rodas girando.

Figura 17 - Momento da aplicação do toque terapêutico



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

[...] os chacras operam com o corpo físico por intermédio das sete glândulas do sistema endócrino. Também alinhadas da virilha a cabeça, elas regulam a circulação dos hormônios vitais do corpo. Conforme as doutrinas orientais, a energia vital passa pelos chacras e se distribui no organismo através do sistema endócrino. Assim como os chacras regulam a circulação da energia no corpo, as glândulas endócrinas, em resposta, regulam a vida hormonal do organismo [...] (KELDER, 2010, p. 108-9).

Brennan (2006) explica que o campo de energia humana (CEH) ou aura humana é uma manifestação da energia universal intimamente ligada à vida. Pode ser entendido como um corpo luminoso que cerca o corpo físico e o penetra, emite sua radiação característica própria e é normalmente denominado aura. Dessa forma, da “aura” surgem sete camadas denominadas chacras, os quais correspondem aos principais plexos nervosos do corpo físico e às glândulas endócrinas³⁴. Krieger (1997) descreve os chacras como centros de consciência, atuando como transformadores, convertendo sistemas de energia sutil no tipo de energia que faz a natureza psicofisiológica da individualidade de cada um ser aquilo que é.

[...] Os chacras exteriorizam-se nas glândulas endócrinas - que lançam suas secreções diretamente na corrente sanguínea. Em virtude dessa sua atividade, as glândulas endócrinas contam-se entre os principais fatores que controlam o bem-estar no corpo físico. Na qualidade de exteriorizações dos chacras, têm um vínculo direto com o corpo etérico. Por isso, quando se encontram

³⁴ Glândulas Endócrinas: são glândulas de secreção interna e seus hormônios estão diretamente relacionados com a regulação de todo o organismo humano. As principais são: hipófise, tireoide, paratireoides, supra-renais e pâncreas (ARONE; SILVA; PHILIPPI, 1994, p. 10).

num estado de equilíbrio, não há doença no organismo físico nem obstáculo ao seu funcionamento [...] (HARTMAN, 2006, p. 43).

Essa é uma alternativa interessante de se pensar no cuidado, diferente daquele desfile que ocorre dentro de nossas enfermarias: um professor da área da saúde com um grupo de alunos ao redor, “numa verdadeira panaceia exibicionista”, falando em termos científicos sobre a patologia do paciente na frente do mesmo e dos demais pacientes e familiares presentes. Tal atitude demonstra uma clara desvalorização do ser humano, como se a pessoa hospitalizada fosse uma “marionete”, desprovida de razão e sentimentos.

A enfermagem, por seu lado, como destaca Lunardi Filho (2004), orbita incessantemente em torno da prescrição e diagnóstico médico, o que reforça ainda mais a iatrogenia:

[...] A centralidade posta na prescrição médica, no direcionamento das práticas assistenciais desenvolvidas pelos trabalhadores da enfermagem, em geral e inclusive na própria passagem de plantão são predominantemente ressaltados os principais elementos de sua constituição, pertinentes a cada paciente em particular. O envolvimento dos profissionais de enfermagem com sua execução e implementação parece consumir grande parte de seu tempo, especialmente o tempo do enfermeiro, ao ocupar-se, principalmente de sua revisão, checagem, aprazamento e, muitas vezes, tendo que sair em busca de sua elaboração, correção e complementação [...] (LUNARDI FILHO, 2004, p. 133).

A escolha do rastreio se deu justamente para que pudéssemos registrar o devir- virtual do cuidado a partir dos fluxos de energia que permearam nossa teia interacional.

A enfermeira Aline nesse momento “ficou de lado”, com seus discursos prontos da melhor maneira de exercer o cuidado. Ela era uma aprendiz, realmente tateando, rastreando uma outra forma de entender a manifestação das pessoas, não com a linguagem falada, mas através das sensações, do tato, do coração. Trocou o estetoscópio pelo pêndulo e pela palma de suas mãos:

[...] No hospital, antes de tudo, cuida-se de corpos doentes. Qual atenção é prestada à vida subjetiva dos pacientes? À sua afetividade? À sua interioridade? Tentar-se-á calar a angústia e o sofrimento psíquico com a ajuda de tranquilizantes e antidepressivos, sem mesmo se interrogar se tal sofrimento não é sinal de uma separação profunda em relação com as raízes e as origens de cada um [...] (HENNEZEL; LELOUP, 2009, p. 21).

Essa microintervenção permitiu que saísse do pensamento clínico, cartesiano e inquestionável, numa lógica como a descrita por Hennezel, Leloup, (2009), para uma fluidez na construção de uma nova forma de conceber o cuidado de enfermagem. É importante considerar que não se tinha nenhum planejamento prévio de como seria a experiência, o que iria acontecer. O que realmente queríamos era vivenciar a situação do cuidar de forma mais

intuitiva, sem uma preocupação prévia de etapas e fórmulas. Ali não precisávamos representar nada, poderíamos ser nós mesmos. E isso me fez refletir o quanto incentivamos nossos alunos a serem consumidores de ideias e discursos prontos:

[...] Em relação a influência que os docentes enfermeiros (sujeitos resultantes de uma combinação de professor e profissional da saúde, portadores de uma histórica formação profissional ligada à religião, mais especificamente aos valores do cristianismo: abnegação, doação, caridade, obediência, submissão, dentre outros) têm na formação profissional dos futuros enfermeiros, na produção de sua subjetividade [...] (LUNARDI FILHO, 2004. p. 70).

Enquanto improvisava na microintervenção do sítio, colocando-me a mercê do que aconteceria sem medo, pensava muito no que Lunardi Filho (2004) assevera sobre o comportamento estereotipado na formação profissional das enfermeiras e também no que (LUNARDI, 2004) em sua dissertação de mestrado em educação, intitulada “Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira”, destaca, ou seja, a força da disciplinarização dos corpos dos enfermeiros e futuros enfermeiros, pela busca da sua normalização, através da contínua presença do castigo/sanção normalizadora articulada a outros instrumentos disciplinares, como o olhar hierárquico, o exame, o controle do tempo, a ênfase na minuciosidade e no perfeccionismo.

Em sua análise, Lunardi (2004) afirma que esse modo predominante de formação tem favorecido, no processo de construção de sujeitos enfermeiros, a produção de subjetividades produtivas e úteis, economicamente, porém frágeis, politicamente, porque, como seres formados mais para a obediência, para a passividade e docilidade, apresentam dificuldades para resistir, dizer não e contrapor-se; uma obediência e uma produtividade, muitas vezes, invisíveis e sequer reconhecidas e percebidas porque atingem não só o corpo, mas a alma desses sujeitos, numa pretensa uniformização do seu modo de ser, de sentir, de perceber, de desejar, enfim, de querer ser enfermeiro.

É importante destacar que essa “uniformização do modo de ser” está tão arraigada também em mim que durante essa microintervenção não só utilizei o jaleco como pedi para o colega Cláudio Tarouco também fazer seu uso. Não estávamos no ambiente hospitalar, portanto não se justificava tal prática. Então, esse “arquétipo”³⁵ do branco está presente no padrão comportamental dos profissionais da saúde:

³⁵ Arquétipo: a palavra arquétipo foi introduzida pelo famoso psicanalista alemão Carl. G. Jung para descrever aspectos da psicologia humana que tinham uma dimensão maior que os representados por cada individualidade. Na sua definição, são traços psíquicos inconscientes comuns aos seres humanos, alguns independentes de raça, cultura ou religião e se manifestam através de processos simbólicos notáveis nas culturas, regendo alguns

[...] A cor branca, com que os médicos são identificados em suas roupas, significa limpeza, assepsia e capacidade de purificação. Simboliza, enfim, o potencial de curar. Mesmo sendo pesada e resistente a mudanças, a medicina carrega, intrinsecamente, o grande poder de aliviar o sofrimento das pessoas [...] (BOTSARIS, 2001, p. 104).

Além disso, experimentar as sensações que o próprio ambiente nos proporcionava- o devir- animal, o devir- natureza, o devir- criativo, o devir- espontâneo foi um passo importante para o entendimento da percepção háptica, a qual dentro da atenção movente do rastreio visava essa aproximação do CsO.

A percepção háptica foi estudada no domínio do tato por Revesz . O tato é uma modalidade sensorial cujos receptores estão espalhados por todo o corpo e que possui a qualidade de ser uma próximo- recepção, sendo seu campo perceptivo equivalente a zona de contato. Diferentemente da percepção tátil passiva, em que a estimulação é limitada ao tamanho do estímulo, a percepção háptica é formada por movimentos de exploração do campo perceptivo tátil, que visam construir um conhecimento dos objetos (KASTRUP, 2010). No caso da oficina, o objeto era a utilização do TT na aproximação do CsO ao passo que os movimentos de exploração do campo perceptivo tátil ocorreram através do pêndulo, da câmera e das próprias mãos da comunidade pesquisadora.

4.1.3.2 O movimento do pêndulo assume características de múltiplos CsO

O pêndulo, por sua vez, é um instrumento que pode ser utilizado para detectar a quantidade de energia dos chacras:

[...] O tamanho do círculo descrito pelo pêndulo vincula-se à força do chacra e a quantidade de energia que flui através dele. Também se relaciona com a quantidade de energia que o curador e o sujeito têm nesse dia. Se um círculo mais amplo for descrito pelo pêndulo, haverá uma quantidade de energia fluindo através dele. Se o círculo for pequeno, menos energia estará fluindo através dele [...] (BRENNAN, 2006, p. 131).

Outro aspecto a considerar foi o fato do uso da intencionalidade influenciar no movimento do pêndulo, bem como a interação do corpo energético de todos nós:

[...] o movimento da percepção háptica se aproxima mais da exploração de uma ameba do que do deslocamento de um corpo no espaço. O movimento da ameba é regido por sensações diretas, por ações de forças invisíveis como pressão, estiramento, dilatação e contração. Não é o movimento que explica a sensação, mas, ao contrário, é a elasticidade da sensação que explica o movimento (KASTRUP, 2010, p. 41).

O pêndulo se comportou como um fluxo no CsO, no espaço “aparentemente vazio”. Seus movimentos são fluxos desejantes que tomam forma, voz, luz, à medida que existe a interação de quem cuida e de quem é cuidado. Na verdade, no espaço aparentemente vazio entre a pessoa hospitalizada e o profissional da saúde há um potencial fecundo, onde polulam sentimentos, sensações, desejos, ansiedades e necessidades que devem ser levados em consideração. Esse espaço é muito pouco explorado por nós, no sentido de darmos a ele um potencial para auxiliar no processo de recuperação da pessoa hospitalizada:

“Claúdio e Augusto: O fato da câmera ser colocada em frente ao chacra interfere no fluxo de energia entre a mão do terapeuta com o pêndulo?”

Aline: O fato da câmera ser colocada sobre o chacra não impede a manifestação dos vórtices, pois nada é barreira para a energia. [..]”

Assim como o pêndulo assume determinados movimentos no tempo e espaço quando tomado como instrumento de captação de fluxos energéticos, nós também temos, através da percepção háptica, a capacidade de perceber tais fluxos. Entendo ser o Toque Terapêutico uma estratégia bastante oportuna para despertarmos essa qualidade perceptiva. Com essa oficina constatamos de forma clara que nós influenciemos e construímos os espaços onde estamos inseridos:

Augusto: E aí, esse chacra cardíaco é o do amor?

Aline: Sim, é onde canalizamos, metabolizamos sentimentos em benefício da humanidade. “[.....]”

Aline: vamos agora para o plexo solar, o chacra da emoção, tomamos as emoções do mundo e sentimos aquele ‘friozinho na barriga’.....reter essa energia ou não expressá-la para o mundo pode causar doenças, como úlceras, problemas gástricos....até o Leloup, naquele livro O corpo e seus símbolos, ele coloca muito essa questão da simbologia energética e espiritual de cada doença e é uma forma de aprendizado para aquela pessoa...se ela assim compreender...né. Como tu vai elaborar a doença? E aí fala da verdadeira saúde como a elaboração dos teus problemas [...] e aí a gente pode entrar na questão da própria morte [.....].

Buscando responder ao questionamento dos colegas é importante retomarmos alguns conceitos, os quais já foram elucidados na caminhada conceitual, quando a radiestesia foi

abordada, mas que nos ajudarão, nesta discussão, no entendimento do processo dos movimentos assumidos pelo pêndulo em nosso experimento.

Sabe-se que a radiestesia emergiu como uma nova ciência no século XX, resultado das pesquisas de alguns abades franceses. Em 1919, o abade Alexis Bouly, em colaboração como o também abade Bayard, trocando ideias sobre diferentes etimologias, chegaram a junção de duas palavras, uma de origem latina, *radius* (rádio, radiação) e outra grega, *aisthesis* (sensibilidade) (RODRIGUES, 2003, p. 6). A radiestesia é a ciência e a arte que nos põe em contato com o todo e qualquer tipo de realidade através da sintonia com sua frequência. A captação da frequência é feita pela sensibilização do sistema neuromuscular do operador e amplificada pelos movimentos de simples instrumentos, por exemplo, um pêndulo.

Gerber (2007) define radiestesia como a capacidade psíquica de perceber diversos tipos de radiação energética sutil. Na prática dessa oficina, embora que não tenhamos feito propositalmente, realizamos um experimento que pode ser explicado tanto pela radiestesia mental como pela radiônica³⁶. É interessante ressaltar tais aspectos, por que de fato percebíamos que podíamos controlar mentalmente os movimentos do pêndulo.

A radiestesia mental parte do princípio de que a mente é capaz de tudo e para tanto basta concentrar-se e entrar em sintonia com o que se quer testar. Isso supõe uma concentração, como a que fizemos antes de aplicarmos o TT, por exemplo. De qualquer forma, começamos a “sentir” o fluxo de energia entre nós através do dispositivo pêndulo. Na radiestesia cada movimento que o pêndulo assume tem um significado. Começamos a partir de uma orientação mental, a qual consiste em fazer uma pergunta clara e objetiva, cuja resposta possa ser respondida como o movimento que o pêndulo assumir (GERBER, 2007).

Na experimentação do Sítio Santa Isabel colocamos o pêndulo próximo aos principais chacras e começamos a registrar os movimentos que os mesmos assumiam, de modo que a pergunta intrínseca nesse processo foi: como se comporta o pêndulo quando é colocado próximo aos chacras³⁷?

³⁶ Radiônica: às vezes também chamada de psiônica, é o ramo da ciência esotérica que procura diagnosticar psicicamente os desequilíbrios energéticos nos sistema multidimensional humano através de instrumentos operados a uma determinada distância do paciente. Um aparelho radiônico típico baseia-se no princípio da ressonância e utiliza uma testemunha como ponto focal das vibrações com as quais o operador do instrumento procurará sintonizar-se (GERBER, 2007, p. 445).

³⁷ Basicamente os chacras desempenham três funções: eles vitalizam o corpo físico, especialmente as glândulas endócrinas e a corrente sanguínea; aumentam na pessoa a consciência de si; e transmitem bem-estar (HARTMAN; 2006, p. 39).

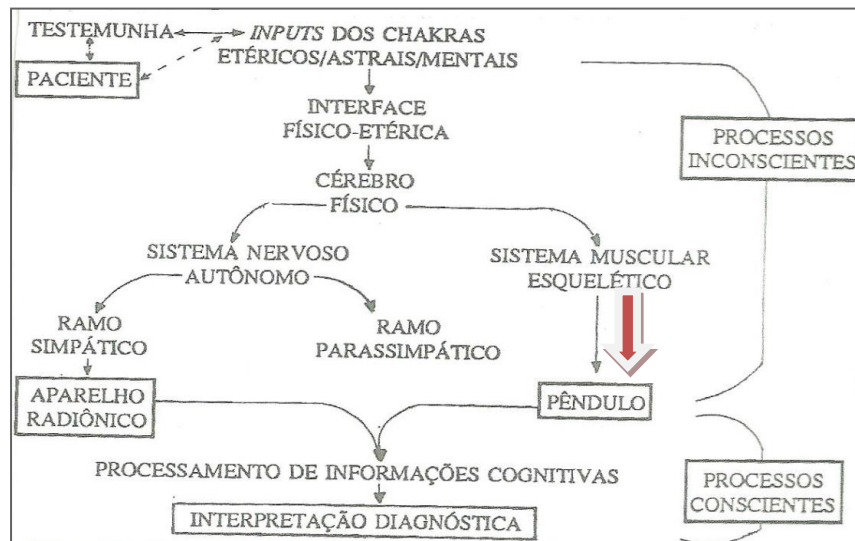
Essa interpretação dos movimentos do pêndulo torna-se importante. Exemplificando esse processo, se o pêndulo girar no sentido horário significa sintonia, sim na resposta a pergunta formulada. Girando no sentido anti-horário, significa falta de sintonia, “não na resposta formulada”. Ainda podemos ter movimentos de elipses que significam mudanças ou ainda perguntas mal formuladas. Movimentos de vaivém significam sintonia quando ligam dois objetos ou duas pessoas. E significa falta de sintonia quando cortam dois objetos ou duas pessoas. Eles podem ser movimentos verticais ou horizontais de vaivém. A interpretação depende do local onde colocamos os objetos ou pessoas (BRENNAN, 2006; GERBER, 2007).

Em nosso processo de experimentação o pêndulo assumiu, na maior parte do tempo, movimentos que nos conectavam, demonstrando o momento de encontro que vivíamos, compartilhando experiências e saberes a partir das teses, unindo as três ecologias.

De acordo com Ferreira (2012) a radiestesia com pêndulo é um método de encontrar as respostas para os nossos problemas em nós mesmos. Nessa experimentação, essa resposta aconteceu, pois a partir dela percebi outras formas de fazer o cuidado.

É importante considerar o esquema proposto por Gerber (2007, p. 193), o qual explica os movimentos mecânicos assumidos pelo pêndulo (destacado com a flecha vermelha no esquema):

Figura 18 - Aplicações diagnósticas da radiestesia: caminhos do fluxo de informações nos sistemas radiônicos



Fonte: (GERBER, 2007, p. 193)

Assim, se buscarmos como referência a radiestesia e a radiônica, poderemos compreender melhor esse processo. É cientificamente comprovado que todos os corpos

emitem radiações na forma de ondas (vibrações), as quais nos rodeiam o tempo todo e estimulam de forma contínua nosso sistema nervoso, que as conduzem ao cérebro onde ficam registradas em nosso inconsciente (GERBER, 2007).

Quando se entra em sintonia com as ondas externas, o cérebro as capta e manda a informação para o nosso inconsciente e esse emite ondas internas através da sensibilidade neuromuscular, provocando a reação externa em forma de movimentos nos instrumentos radiestésicos utilizados, aqui no caso um pêndulo. Nesse processo, o instrumento radiestésico funciona como um amplificador e pode ser considerado um prático instrumento de conhecimento e autoconhecimento. A partir desse processo, podemos ter respostas claras e objetivas a questões como: detecção do fluxo energético dos chacras, leitura do corpo áurico e até mesmo auxílio no diagnóstico e tratamento de várias enfermidades físicas, psíquicas e mentais (GERBER, 2007).

Outro aspecto importante a ser considerado é que esse processo só será possível quando ocorre a perfeita sintonia entre as radiações dos objetos e nosso sistema neuromuscular. A essa sintonia dá-se o nome de ressonância. Dessa forma, o nosso sistema nervoso emite impulsos involuntários que provocarão movimentos nos instrumentos radiestésicos (FERREIRA, 2012). Relacionando a microintervenção realizada, pode-se dizer, conforme Figura 14, que o colega Cláudio que estava deitado foi o emissor, eu mesma atuava como receptora e o pêndulo como um amplificador.

O propósito de nossa microintervenção era perceber os possíveis movimentos do pêndulo quando colocado em frente aos chacras. É importante lembrar que os chacras são centros de energias sutis (FERREIRA, 2012). De acordo com Gerber (2007), como a rede de informações do terapeuta inclui o sistema de chacras, é possível diagnosticar radionicamente enfermidades causadas por desequilíbrios nos corpos sutis. Os progressos devem-se em grande parte às pesquisas do Dr. David Tansley, realizadas na Inglaterra.

Determinados desequilíbrios que ocorrem nos chacras podem ser diagnosticados e tratados:

[...]A radiestesia é um desdobramento da Medicinal Vibracional que leva em consideração não apenas o corpo físico, mas também corpos energéticos sutis que estão associados ao corpo físico, entendendo que a alteração vibracional destes corpos energéticos sutis resulta na cura do corpo físico [...] (FERREIRA, 2012, p. 33).

Essa microintervenção possibilitou-me pensar num cuidado de enfermagem que leve em consideração a saúde não só do corpo físico, mas também do campo de energia humano e

de tudo que esta ao seu redor. Por outro lado, esse “campo de energia humano” necessita de um contexto diferenciado para seu equilíbrio, o qual dificilmente ocorrerá num ambiente opressivo e iatrogênico, como hoje se encontra a maior parte das instituições hospitalares.

O conhecimento de tais aspectos nos leva a repensar nas áreas que escolhemos para a construção de nossos hospitais, por exemplo. Normalmente são espaços extremamente urbanizados, poluídos, que lembram mais uma clausura, uma prisão, do que um espaço para restabelecimento da saúde.

Existe inclusive uma ciência, chamada de Geobiologia³⁸, a qual se preocupa com o equilíbrio energético dos ambientes:

[...] mais do que bonita, mais do que sustentável, uma casa deve ser saudável pois, segundo estudiosos do assunto, tanto a saúde física, como a mental, emocional, afetiva, profissional e financeira dos indivíduos está sujeita à influência dos locais onde vivem, dormem ou trabalham [...] (MASCKHIO, 2013).

Os hospitais devem ser locais planejados de forma a levar em consideração, tanto sua arquitetura, como o espaço que ocupam para o restabelecimento do doente. O papel do ambiente para o processo de restabelecimento dos pacientes tem sido uma questão crescente em estudos realizados por médicos, enfermeiros, psicólogos e arquitetos. As novas pesquisas mostram que as transformações no ambiente físico e social de atendimento em saúde podem influenciar positivamente os resultados médicos³⁹ (VIANNA; BRUZSTYN; SANTOS, 2008).

Ao longo dos séculos o desenho e planejamento dos ambientes de atenção à saúde estiveram associados a diferentes questões, fossem religiosas, científicas ou humanocientíficas, conforme o período histórico em análise. Esse novo milênio traz a necessidade de transpor o período do excesso de funcionalismo, padronização e racionalização da construção (VASCONCELOS, 2004).

Pesquisas têm demonstrado a associação entre designs mal sucedidos e problemas de saúde, como depressão, hipertensão, insônia e aumento da necessidade de tomar

³⁸ Geobiologia: É a ciência que trata da interação dos organismos vivos com o meio que os rodeia. Também conhecida como medicina do habitat, tem o foco principal na criação ou reorganização das construções saudáveis, geradoras e mantenedoras da saúde do meio e principalmente das pessoas que habitam esses ambientes. Originalmente, quando o ser humano ainda tinha todas as bases e referências na natureza, somente os fatores naturais eram relevantes na saúde e na harmonia do habitat. Daí o nome Geobiologia, Geo (influência da Terra), Biologia (estudo dos fenômenos vitais) (SILVEIRA, 2011, p. 4).

³⁹ Um exemplo interessante desse modelo de arquitetura hospitalar são os Hospitais da Rede Sarah no Brasil. Houve a substituição dos volumes pesados e das caixas de concreto pelo uso de argamassa armada, do aço, do vidro e do alumínio. A estrutura leve e sinuosa transforma o edifício em sinfonias de luz, cor e natureza e criam no paciente o desejo de manter contato com a água e com a natureza presente no entorno (VIANNA; BRUZSTYN; SANTOS, 2008, p. 16).

medicamentos. O ambiente físico já pode ser visto como um instrumento capaz de fortalecer os processo de saúde e acarretar consequências positivas para os usuários (VASCONCELOS, 2004; VIANNA; BRUZSTYN; SANTOS, 2008).

Um hospital barulhento, confuso, sem privacidade, que reduz a autonomia dos pacientes pode causar depressão, passividade e até reduzir a funcionalidade do sistema imunológico. As pessoas sentem necessidade de poder controlar o ambiente que as cerca. A sensação de controle é um importante fator que influencia o nível de estresse e o bem-estar em diversos grupos de pessoas, principalmente em pacientes hospitalizados que já estão fragilizados física e psicologicamente (VASCONCELOS, 2004).

É interessante notar que a prática do TT pode propiciar uma valorização de aspectos harmoniosos da existência e com isso, a predisposição de buscá-los também para nosso ambiente de trabalho:

[...] é importante que nossa casa e nosso posto de trabalho estejam em harmonia e equilíbrio, assim o ambiente será de fato saudável. O psiquismo é também fator a ser considerado. É relevante manter a harmonia psíquica no ambiente. Sabemos que não é tarefa fácil, já que a mente das pessoas é bastante flutuante e nem sempre consegue manter os pensamentos no padrão de harmonia. Além disso os ambientes que frequentamos recebem ações de outras pessoas a nossa volta, cada pessoa com seu próprio padrão mental [...] (SILVEIRA, 2011, p. 4).

Dentro de um contexto hospitalar permeado de sons e ruídos agressivos, como barulho de monitores, bombas de infusão, gemidos de dor, podemos pensar que um som ambiente, uma área verde, um colorido nas paredes já proporcionaria uma estadia diferenciada. Como exemplo, podemos citar o Hospital João Filgueiras Lima, no Rio de Janeiro, conforme Figuras 19 e 20.

Figura 19 - Hospital João Filgueiras Lima- Rio de Janeiro- Brasil



Figura 20 - Hospital Joao Filgueiras Lima, o auditório esférico e o solário são os elementos esculturais do projeto.



Fonte:

<http://www.google.com.br/search?newwindow=1&q=hospitais%20da%20rede%20sarah%20kubitschek&um=1&ie=UTF8&hl=ptBR&tbm=isch&source=og&sa=N&tab=wi&ei=YW4wUoD>

4.1.3.3 O espaço entre a mão do terapeuta e a pessoa hospitalizada é um ambiente de cuidado e de educação ambiental capaz de superar a iatrogenia

Através dessa oficina foi percebido que não precisamos estar longe do ambiente hospitalar para criar nele um espaço de EA, já que o último se dá a partir das relações humanas, as quais formam verdadeiros rizomas. Foi importante o afastamento desse contexto num primeiro momento para perceber os fatores que originam a iatrogenia e que aspectos do comportamento dos profissionais envolvidos diretamente no cuidado são causadores dessas circunstâncias. Se o espaço destinado a relação “cuidador- pessoa hospitalizada” for impregnado de disputas de poder, autoritarismo e foco na doença, criaremos agenciamentos frágeis e deixaremos o instituído ditar as regras.

Nossa relação com o planeta e com a vida precisa ser reinventada. A crise ecológica que atravessamos é fruto de uma visão míope, regulada de maneira unívoca por uma economia de lucro e por relações de poder, comportamentos geradores de desemprego, marginalização opressiva, solidão, ociosidade, angústia e neurose. Mas que também, de acordo com Guattari (2011), pode ser pensada como reinvenção do meio ambiente e de enriquecimento dos modos de vida e de sensibilidade.

O hospital pode ser considerado um micro- espaço onde se evidencia a relação patológica do homem com o meio ambiente. A doença é uma manifestação física do que está acontecendo no planeta, já que somos indissociáveis de Gaia. Se a questão é a maneira de viver daqui em diante sobre este planeta, como aponta Guattari (2011), em cada micro espaço terão que ser repensadas as relações humanas.

Dessa forma, precisa-se de um agenciamento rizomático, remetendo a um processo de criação, em que nossos corpos, mentes e corações entrem num movimento que desterritorialize a lógica mercadológica de vitimização pela doença, do fatalismo e da impotência perante os acontecimentos do entorno (SOUZA, 2012). O fato de se escolher um devir próximo a natureza, nas dependências do sítio foi uma das estratégias para retomar a sensação de pertencimento a vida, aspecto tão fragilizado no cotidiano de trabalho dentro das enfermarias.

O fato do profissional da saúde estar constantemente exposto a doença, a dor, a morte e aos sofrimentos de todo o tipo dentro dos hospitais gera sensação de angústia o que a longo prazo pode levar ao esgotamento e a desumanização. O sentimento de empatia pelo outro, tão indispensável no processo do cuidado, acaba sendo substituído pela indiferença, como mecanismo de defesa. E as instituições nesse contexto ainda exercem um papel coercitivo, punitivo, no intuito de atender a uma lógica quantitativa de produção mercadológica. Os profissionais da saúde, bem como as pessoas hospitalizadas, acabam virando números dentro de estatísticas. É dessa forma que os “pacientes” viram “clientes”, “usuários” e os profissionais “verdadeiras máquinas” para atender a “crescente demanda”.

É preciso explorar mais o potencial humano das instituições. As instituições são feitas de pessoas que pulsam, vibram e amam. Assim como acontece no meio ambiente natural, em que a natureza se rizomatiza para sobreviver às intempéries e gerar beleza, nós, como partes integrantes dessa vida, também temos esse potencial. O instituído nada mais é do que um regime cristalizado de subjetividade (SOUZA, 2012).

É oportuno que se mude a percepção sobre a vida, sobre as implicações de nossa existência para esse mundo. Quando se pensa na “distância que separa a mão do cuidador da pessoa hospitalizada” na perspectiva da EA, percebe-se que é apenas uma forma figurada de dizer: não há distância entre nós, uma formiga e uma galáxia são feitas do mesmo material cósmico:

Aline: No chakra básico, o pêndulo começou a oscilar de uma maneira um pouco diferente, até se estabilizar....

Cláudio: Ele tende a se estabilizar né? Por que eu estava pensando....Podia ser essa questão, por exemplo, eu me criei comendo carne e hoje eu entro numa linha contrária a questão cultural, a minha gênese cultural. Isso é

visceral, extremamente carnal, como eu vou explicar isso para vocês? Mas eu começo assim truncado, mas depois consigo direcionar.....

Por outro lado, esse espaço vazio entre os objetos e entre os corpos formam uma psicofera, a qual assume determinadas características de acordo com a subjetividade das pessoas envolvidas. É um espaço de EA genuíno, pois as manifestações nele, assim como os movimentos do pêndulo, expressam sentimentos, emoções, fruto das inter-relações com o mundo.

De acordo com Ferreira (2012, p. 15), somos seres de energia. Além de nossa anatomia geral, feita de ossos, músculos e órgãos, possuímos também uma anatomia energética. Tal anatomia se constitui num vínculo para a circulação de energias vitais que animam e estimulam nossas vidas. Manter o campo energético saudável e íntegro é uma forma preventiva de manter a saúde e a integridade corporal. Para tal, necessitamos nos nutrirmos de fontes naturais de energia, tais como:

- Contato com a natureza, com a luz do sol;
- Estar a beira de um lago;
- Prática de atividades físicas moderadas;
- Alimentação balanceada;
- Posturas mentais e psicológicas adequadas.

Tais aspectos podem nos levar a uma vida plena, característica de pessoas energeticamente equilibradas. A Natureza nos brinda com inúmeros locais que emitem radiações altamente benéficas:

- O alto das montanhas, as cachoeiras;
- As praias de mar e de rios, as fontes de águas termais e hidrominerais;
- Certas qualidades de argila e barro;
- Áreas onde crescem plantas curativas e bosques de pinheiro e eucaliptos;
- Estátuas, quadros, livros, móveis e objetos úteis, criados com alegria e amor, podem ficar imantados com as vibrações positivas de seus autores e acabam despertando também os mesmos sentimentos nobres nos visitantes e admiradores.

É importante considerar que tais locais nos energizam e são indispensáveis para uma vida saudável. Por outro lado, é interessante observar, que uma prática como a imposição de mãos a partir do TT pode nos levar a ficar mais atentos para esses aspectos, por que precisamos estar bem para interagirmos nesse nível. Além disso, tais percepções nos

oportunizam uma relação com a vida diferente, onde há um espaço privilegiado para manifestações afetivas e de alteridade.

É um espaço de EA genuíno, pois a imposição de mãos sobre o campo de energia humano (CEH) com intenção de harmonizá-lo parte do princípio que o ser humano não está separado da natureza, do todo que o circunda:

[...] Os conhecimentos mais recentes na área da física mostram a relação entre energia e matéria e a constituição de tudo que existe no universo. Tem sido relatado que os fótons formam padrões energéticos distintos e se diferenciam em objetos, pessoas e até em pensamentos. Assim, o CEH e o Campo Ambiental (CA), que significa tudo que circunda o ser humano, inclusive outro ser humano, estão em constante interação [...] (CAPRA, 1996; GERBER, 2007).

O “cuidado” exercido com a prática de imposição de mãos ou mesmo que leve em consideração um “fazer mais intuitivo”⁴⁰, não se limita somente aquele indivíduo/paciente que está sendo beneficiado. Propicia uma mudança de percepção sobre a vida que se expressa ao nosso redor:

[...] Bergson nos remete a um outro modo mais fecundo de expressão do pensamento, do dado intuitivo: a imagem. Embora as imagens não sejam a intuição, elas derivam imediatamente dela, aproximam-se da intuição mais que os conceitos, podendo ajuntar-se a eles para fornecer a intuição. Em *L’intuition philosophique*, o filósofo define a imagem como “quase matéria”, pois se deixa ainda ver, e quase espírito, pois não se deixa tocar (COELHO, 1998/1999, p.161).

A Figura 21, a seguir é um bom exercício da concepção intuitiva:

⁴⁰ A intuição tem sido descrita na literatura como conhecimento e sentimento que possibilita a tomada de decisão sem o recurso do processo analítico consciente. Nas últimas duas décadas, estudos sobre o conhecimento intuitivo vêm se destacando na literatura da enfermagem norte-americana, bem como em outras áreas do conhecimento. O interesse crescente pelo conhecimento intuitivo emerge em plena crise da racionalidade ocidental, na qual se baseia o paradigma da ciência tradicional. Um estudo americano, intitulado: “Fundamental patterns of knowing in nursing”, de Carper, publicado em *Advances in Nursing Science* 1978; 1(1): 13-23, evidencia quatro padrões de conhecimento na enfermagem- empírico, estético, ético e pessoal e aponta a intuição como um padrão de conhecimento estético (SILVA; BALDIN; NASCIMENTO, 2003, p. 7).

Figura 21 - Laguna dos Patos- Sítio Santa Isabel- Arroio do Inhame- SJN



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Enquanto eu o colega Augusto estávamos distraídos, o colega Cláudio a capturou sem aviso prévio, o que significa que podemos perceber nela a espontaneidade do momento. Ela me transmite uma ideia de acolhimento, de virtual⁴¹ e de escuta:

[...] Escutar é uma alegria, é se deixar afetar pelos ruídos e barulhos do mundo, pelo estalar dos dedos em noite fria ao redor da fogueira e pelos sentidos que se aguçam à proximidade dos corpos com suas cores, cheiros, texturas, rugosidades e asperezas, adivinhando, no avermelhado da cor, no zumbido das abelhas e no perfume que exala a madurez da fruta, ainda no pé. Escutar é tudo isto, mas pode ser também outras imagens, outras letras, outras línguas, outros acordes, outros batuques e transes, outros colares e penas. As combinações parecem infinitas (ARANTES, 2012, p. 93).

Ao fundo, a laguna dos Patos forma um “entrelugares” com o firmamento, uma zona fronteira que precisa ser constantemente superada, ressignificada, assim como o encontro da água com a areia da duna, espaços que ocupávamos no momento. O mais interessante que o que torna o cenário acolhedor é a junção dos diferentes elementos: água, duna, céu, barcos, juncos, seres humanos, cães etc.

⁴¹ O conceito de virtual foi proposto pelo filósofo Henri Bergson e visa dar conta de um real que se define como duração, em oposição à concepção de um real pré-formado, todo feito desde sempre. O conceito de duração aponta o caráter temporal do real- incluídos aí a subjetividade e o mundo- sublinhando sua dimensão criadora. Sua ideia é que a realidade é mais que o real (admitido por todos), pois está composta também pelo virtual, ou seja, pelo que ainda não se atualizou (BAREMBLITT, 2003, p. 101; KASTRUP, 2012, p. 245).

Este pano de fundo pode encenar o palco esquizoanalítico que descortina-se a vida: um constante devir, barcos ancorados momentaneamente em águas calmas, mas que precisam seguir, seguir, chegando a novas possibilidades, formando novos rizomas.

[...] Estamos no devir e mesmo o que está tido como pronto e acabado como uma obra de arte ou um registro fotográfico ou videográfico etc, pode enunciar novas emoções, novos pensamentos e percepções, pois é a perspectiva em um devir singular que faz vibrar as imagens que foram produzidas. O fundamental é despertar uma capacidade de se sensibilizar, criar novos enunciados transversalizantes. Essa sensibilidade pode flexionar a existência e novas experiências relacionais [...] (AZEVEDO; GENTINE; AMARAL, 2012, p. 2).

Rizomas estes que podem se atualizar da perspectiva de um pescador, representando, por exemplo, “seu sustento”, da perspectiva de um cão, de um pássaro, de um peixe etc, formando outros agenciamentos. É uma imagem que “embora fixa”, apresenta-se sempre em movimento para a perspectiva de quem a olha, assim como a própria vida.

4.2 HIPÓTESE II- O HOSPITAL ENQUANTO AMBIENTE PEDAGÓGICO PODE PROPICIAR A FORMAÇÃO DE UM NOVO OLHAR

4.2.1 Trabalho de campo

Foi proposta uma microintervenção no HU junto à 35ª Semana Riograndina de Enfermagem em maio de 2011⁴². A escolha por esse evento se deu justamente pela possibilidade de abranger o maior número de profissionais da saúde, incluindo discentes também. Esse foi um momento de provocação, em que através de dois espaços na programação do evento (uma mesa redonda e uma oficina) conforme (Apêndice B), a comunidade pesquisadora pode estar propondo uma reflexão acerca das relações profissionais dentro das unidades hospitalares, bem como da própria situação iatrogênica. Foram utilizados vários recursos, tais como: audiovisual, o clown (conforme Figura 22), a dança e a pintura.

⁴² No dia 13/05/11, no horário das 15:30h às 17h foi realizado uma mesa redonda intitulada: Ética e cuidado de si: a percepção sensível do ambiente hospitalar e no dia 14/05/2011 no horário das 8:30h às 11:30h o minicurso: Experimentações Estéticas: Clownificando o ambiente hospitalar.

Figura 22 - Área acadêmica do Hospital Universitário- HU- FURG- Clown simulando um atendimento de parada cardiorespiratória.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora

O foco da atenção da cartógrafa abrangida nessa intervenção foi o toque, o qual nos aproxima de uma visão multifacetada do problema de pesquisa:

[...] O toque pode levar tempo para acontecer e pode ter diferentes graus de intensidade. Sua importância no desenvolvimento de uma pesquisa de campo revela que esta possui múltiplas entradas e não segue um caminho unidirecional para chegar a um fim determinado (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 43).

Neste momento foi aberto um espaço para discussão, para a problematização, em que todos os participantes tiveram oportunidade de refletirem sobre suas rotinas diárias:

[...] Algo se destaca e ganha relevo no conjunto, em princípio homogêneo, de elementos observados. O relevo não resulta da inclinação ou deliberação do cartógrafo, não sendo, portanto, de natureza subjetiva. Também não é um mero estímulo distrator que convoca o foco e se traduz num reconhecimento automático. Algo acontece e exige atenção [...] (KASTRUP, 2010, p. 42).

Através de suas falas, de seus gestos, o que se destacou foi a tensão das pessoas, de seus convívios no trabalho, evidenciando a iatrogenia das relações, essa foi “a rugosidade exógena”, o “elemento perturbador identificado”. A rápida sensação e o pequeno vislumbre do toque pode ser notado como fonte de dispersão, mas também de alerta:

[...] o que se destaca não é propriamente uma figura, mas uma rugosidade, um elemento heterogêneo. Trata-se aqui de uma rugosidade de origem exógena, pois o elemento perturbador provém do ambiente [...] (PASSOS, KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 42).

Essa microintervenção foi importante para abrir uma discussão acerca não só das relações iatrogênicas, bem como rever os conceitos de saúde e de doença que perpassam nesse bojo. As falas e provocações que se deram a partir desse encontro, propiciaram refletir muito além desses conceitos, trazendo posteriormente no “Reconhecimento Atento” as concepções de Capra (1988), Boff (2002) e Nietzsche (2009), dentre outros autores, diálogos esses, fundamentais para minha prática do TT dentro do contexto clínico hospitalar.

Como referenciais teóricos para esse evento foram abordados a entrevista que o ator americano Patch Adams deu ao Programa Roda Viva em 2007⁴³, bem como os preceitos filosóficos de Félix Guattari. A seguir o destaque de alguns trechos da entrevista de Patch Adams ao Programa Roda Viva, referente a parte 1 e 2, as quais utilizou-se como provocações para o público na apresentação da temática na mesa redonda:

“[...] No início fiquei constrangido com o filme. Sou ativista político, trabalho pela paz e pela justiça. Considero fascista meu governo. [...]”

“[...] Se não mudarmos de uma sociedade que venera o dinheiro e o poder para uma que venere compaixão e generosidade, não haverá sobrevivência para o ser humano nesse século.”

“[...] Precisamos deter um sistema que, pela TV, estimula a concentração de dinheiro na mão de poucos. Então...Hollywood queria vender ingressos. Duas coisas vendem ingresso: violência e humor. [...] Desse modo, preferiram enfatizar o meu esforço em abrir o único “hospital maluco” da história. Ignoraram o fato de que luto por uma medicina gratuita - falo de um país que se recusa a cuidar de 50 milhões de pessoas por que são pobres. [...]”

⁴³ Patch Adams, O amor é contagioso. O filme de 1998 [direção de Tom Shadyac e roteiro de Steve Oedekerk, baseado no livro de Hunter "Patch" Doherty Adams e Maureen Mylander, Gesundheit: good health is a laughing matter], com Robin Williams no papel principal, é baseado na história pessoal de Hunter Adams, um americano que, ao entrar em depressão aos 40 anos de idade, internou-se por conta própria numa clínica psiquiátrica. Ganhou de um dos internos o apelido de Patch, que acabou adotando como nome principal. Considerando que seus problemas eram pequenos comparados aos dos demais internos, Patch Adams deixou a clínica psiquiátrica. Dois anos depois decidiu estudar medicina e, já na faculdade, chamou a atenção para seu estilo brincalhão e irreverente. Com alegria e criatividade, aproximou-se de enfermeiros e pacientes, procurando mostrar que compaixão, envolvimento, empatia e humor tinham tanta importância no tratamento de doentes quanto remédios e tecnologias novas. Alvo de críticas, idealista e um dos melhores alunos da turma, Patch Adams contagiou colegas com a premissa de que o médico deve melhorar a qualidade de vida do paciente e não apenas adiar a morte. Depois de formado, em 1971, montou, nos Estados Unidos, sua sonhada clínica, o Instituto Gesundheit, que significa saúde, e atende pacientes de graça. A clínica se tornou referência para milhares de profissionais interessados no trabalho de Patch Adams, e influenciou o surgimento de vários grupos no mundo. (In: www.rodaviva.fapesp.br).

“[...] Não concordo que ‘rir é o melhor remédio’, e sim a amizade, que é o melhor remédio do mundo.”

“[...] Humor é contexto, em nosso hospital exigimos que as pessoas sejam carinhosas, cooperativas, criativas e atenciosas. [...]”

Patch Adams aponta para a necessidade de inventarmos novos agenciamentos, os quais propiciem um planejamento de vida coletivo saudável. Em outro trecho da entrevista ele assevera:

“[...] que eu saiba nenhuma faculdade de medicina ensina bem-estar, nos meus quatro anos de estudo nunca se mencionou saúde, somente como a ausência de enfermidades. Que mentalidade é essa! Essa é a visão de saúde, nunca se fala em exercícios, nem em dieta e nem se fala em sentimento, amor [...].

[...] No mundo todo, não há hospital alegre. São todos hierárquicos. Hospitais ricos não são alegres por que são comerciais. Não há tempo para gastar com pacientes. Os médicos são arrogantes, todo- poderosos e tratam todos os outros...Não todos os médicos, mas a maioria. Reclamam de tudo.

Assim, foram elucidadas temáticas como a medicalização da saúde, a iatrogenia e as relações de trabalho entre os profissionais da saúde dentro do ambiente hospitalar.⁴⁴

Figura 23 - Apresentação do vídeo: Experimentações Estéticas: Clownificando o ambiente hospitalar em Panambi- RS.



Fonte: <http://www.youtube.com/watch?v=4bieN7yAANg>

⁴⁴ Essas atividades culminaram, posteriormente, com a publicação de um artigo intitulado: O cuidado e a percepção sensível do ambiente hospitalar, em Panambi, no II Congresso Internacional de Educação Ambiental UAB/UFSM Polo Panambi- RS de 22 a 24 de setembro de 2011, conforme Figura 23.

4.2.2 Resultados

Posteriormente à microintervenção do Sítio Santa Isabel, em São José do Norte, partiu-se para intervenções rizomáticas no ambiente acadêmico. Esse foi um momento que estava sensibilizada para um trabalho que pudesse tocar as pessoas da mesma forma em que fui tocada. Coloquei todas as minhas certezas de lado para recomeçar. Comecei a observar o ambiente em que estava inserida, ou seja, o espaço acadêmico e hospitalar. Mas meu olhar não era mais o mesmo. Onde antes percebia um movimento rotineiro de pessoas, comecei a sentir nesse interim algo diferente. Um potencial de espaço para clinamens, onde os devires se engendram, complementam-se e extrapolam seus próprios limites: “[...] O clinâmen é o ângulo mínimo pelo qual o átomo se afasta da reta. É uma passagem ao limite, uma exaustão, um modelo exaustivo paradoxal [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1980, p. 447).

Assim foram pensadas perspectivas para tornar o espaço hospitalar mais amoroso e alegre, um espaço mais propício para o cuidado, conforme Figura 24. Para tanto, buscou-se reforçar a reflexão e o sentido de pertencimento das pessoas que participaram do evento, em seus grupos de trabalho, em suas famílias, na comunidade. O público presente incluía profissionais da área da saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem), bem como alunos da graduação de enfermagem e outros cursos, como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Psicologia.

Figura 24 - Atividade de Escuta Sensível durante oficina na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Começamos problematizando com o grupo na mesa redonda as nuances da iatrogenia hospitalar. Na verdade, quebramos um pouco o protocolo do evento e não compomos uma “mesa redonda clássica”, ao contrário disso, pedimos para que todos os participantes compusessem um círculo. Tínhamos um fator surpresa que era a chegada das colegas da psicologia vestidas de clown na metade do tempo destinado às reflexões da mesa redonda. O propósito era justamente levar as pessoas a pensarem no hospital como um ambiente que pode ser visto e sentido para além do foco da doença.

À medida que se foi explanando o assunto, outras pessoas voluntariamente começaram a participar, trazendo suas experiências e hábitos no cotidiano de suas enfermarias. Repentinamente entraram no anfiteatro os clowns, vestidas com jaleco, com estetoscópios e começaram a interagir com o público, que surpresos, não sabiam se riam, se ficavam sérios, muitos inclusive, ficaram sem ação, conforme Figuras 25 e 26.

Figura 25 - Clowns durante Mesa Redonda na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

*Subvertendo o Mecânico
Somos atravessados por fusos
Linhas secretas de emoção
Nossos olhares agenciam
O palco das potencialidades
Onde os devires se atualizam
Em virtualidades territorializantes
Para que os klinamens difusos
Possam se re-territorializar
Num CsO mutante
Rizoma a se cartografar
Bricolando singularidades oriundas
Do verbo a se transformar
Por que do simples
Ao mais complexo absurdo*

Existe a vida a se transversalizar
Acoplando autopoieses
Subjetividades a historicizar
Ecoa da Esquizoanálise Transvocizante
O clinicar inventivo
De onde Deleuze e Guattari
Improvisam as certezas
Fazendo delas fluxos
Infinitos Platôs
O experimentar
 ACCO

Essas atitudes refletiram na falta de fluidez das relações hierarquizadas dentro do contexto hospitalar. Parece que é proibido rir, brincar e ser feliz. Uma verdadeira laminagem da subjetividade, já denunciada por Guattari (2011):

[...] Não haverá verdadeira resposta à crise ecológica a não ser em escala planetária e com a condição de que se opere uma autêntica revolução política, social e cultural reorientando os objetivos da produção de bens materiais e imateriais. Essa revolução deverá concernir, portanto, não só as relações de forças visíveis em grande escala, mas também aos domínios moleculares de sensibilidade, de inteligência e de desejo [...] (GUATTARI, 2011, p. 9).

A intenção naquele momento foi justamente convidar as pessoas para uma nova proposta ético-estética ecosófica, levando em consideração as ecologias social, mental e ambiental. O potencial para isso está nas próprias relações, um entrelugares capaz de transformar nossas maneiras de ver, pensar e agir.

Figura 26 - Clown imitando a plateia durante Mesa Redonda na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem..



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora

*O amor
 Atravessa nossas células
 Mais que qualquer medicação
 Venham comigo!
 Sintam o carinho
 O poder secreto
 Da sensação
 Jamais deixem
 Que o Instituído
 Destrua nossos corações
 Vamos nos conectar agora
 Deixem que flua
 A espontaneidade da vida
 A energia advinda
 Desta canção
 Sejam apenas pessoas
 Seres humanos em construção
 Sem o peso de qualquer título
 Quero apenas teu abraço
 Teu olhar sensitivo
 Vamos construir hoje
 A felicidade
 Com nossas mãos
 ACCO*

Nesse momento, percebi que as pessoas, assim como eu, estávamos tão absorvidas e estarecidas com nossos comportamentos estereotipados “de profissionais da saúde”, que muitas vezes não sabemos mais ouvir as pessoas hospitalizadas. Nesse evento, não tivemos a oportunidade de contar com presença de nenhum médico, o que precisa ser superado para uma efetiva construção de saberes. O cuidado de enfermagem nesse novo milênio terá o desafio de oxigenar não só as células de nossos pacientes, mas principalmente as mentes e os corações dos “detentores” do conhecimento.

A partir da problematização que se estabeleceu na mesa redonda, começamos a explicar aspectos importantes sobre os efeitos do uso exacerbado de medicamentos para o meio ambiente e conseqüentemente para nossa qualidade de vida.

Longe de focar a questão iatrogênica na figura do médico e no funcionamento hospitalar como um todo, nossa problematização foi justamente o porquê, a equipe de saúde, reforça essa questão sem refletir, a partir do momento em que acata uma prescrição médica sem se questionar, automatiza certos comportamentos, cristaliza certos olhares, burocratiza certos procedimentos, deixa no obscuro tantos pontos cegos?

Quando administramos indiscriminadamente fármacos, cujos efeitos biológicos são potentes no combate às doenças, esquecemos que essas substâncias não ficam limitadas ao organismo dos pacientes. Depois de serem eliminadas na urina e nas fezes, vão parar no meio ambiente ou ainda sofrem bioacumulação. Por serem moléculas com potentes ações biológicas, a possibilidade de terem algum impacto sobre a biologia de outras espécies e efeitos nocivos sobre os ecossistemas é muito grande (através dos esgotos, lençóis freáticos, etc.), como apontam diversos estudos (BOTSARIS, 2010).

Em sua dissertação de mestrado intitulada “Avaliação Ecotoxológica do Antidepressivo Cloridrato de Fluoxetina”, Von Wolff (2011), traz como um dos principais objetivos avaliar e quantificar a presença do medicamento cloridrato de fluoxetina em efluente final da Estação de Tratamento e Esgoto de Piracicaba. Essa pesquisa aponta que a principal rota de exposição ambiental aos fármacos é causada pelo homem através da excreção inalterada de medicamentos na urina e nas fezes à disposição através do sistema de tratamento de esgoto. Outras fontes importantes de contaminação ambiental por produtos farmacêuticos são os efluentes das indústrias de produção farmacêutica e as águas residuárias provenientes de hospitais. De modo geral, 40 a 90% da dose administrada de um fármaco são

excretados inalterados ou na forma de seus metabólitos, principalmente na urina, fezes ou esterco animal, sendo frequentemente encontrado no esgoto doméstico.

Outra pesquisa importante de ser lembrada está relacionada com os riscos associados ao uso de antidepressivos: um estudo científico norueguês (publicado na Medicina Jornal online BMC) traz que a taxa de suicídio é sete vezes maior em pacientes com diagnóstico de depressão tratados com paroxetina (comercializado na França sob o nome de Paxil) do que aqueles que receberam placebo. O artigo questiona:

[...] Como justificar que antidepressivos são prescritos hoje para uma em cada três mulheres saindo de um consultório médico, ou uma em cada dez mulheres que o consomem regularmente? Como explicar que na França há mais de 300.000 prescrições de antidepressivos para crianças ao ano, apesar da falta de evidência de sua eficácia e de comprovadamente aumentar o risco para pensamentos suicidas? Como você pode justificar o uso generalizado desses fármacos, se os mesmos contaminam as águas e os peixes, a partir da excreta pela urina? O mesmo ocorre até na água potável de algumas cidades europeias (SERVAN-SCHREIBER, 2005, p. 1).

No final da década de 60, uma importante revista médica internacional anunciava: “Prescreva Librium (predecessor do Valium) seja qual for o diagnóstico”. Hoje essas drogas são consideradas potencialmente viciantes e se utilizadas, devem ser por períodos curtos. Estamos cometendo um erro da mesma ordem com os antidepressivos? No Reino Unido, o Ministério da Saúde recomenda exercícios físicos, por 30 minutos, três vezes por semana como tratamento antidepressivo em 70% dos pacientes diagnosticados com depressão. O tratamento natural tem se mostrado muito eficaz:

A Taxa de recidiva é menor do que a dos antidepressivos e os únicos efeitos secundários são a redução da pressão arterial e perda de peso. O exercício físico é apenas uma das muitas abordagens naturais que são agora validadas por estudos científicos no tratamento da depressão ou ansiedade. Técnicas de respiração e meditação derivadas da prática do Yoga tem também sua eficácia. Ainda, de acordo com o artigo, os métodos de tratamento naturais não podem ser patenteados e não existe uma indústria a avançar e por isso não fazem parte da educação médica, seja na França, seja nos Estados Unidos (SERVAN-SCHREIBER, 2005, p. 2).

A Revista “Página 22” de outubro de 2013 trouxe um estudo sobre a poluição dos oceanos e destaca a excessiva quantidade de lixo presente nestas águas, mas chama a atenção para uma poluição menos visível: a poluição química.

[...] Já a poluição química e a contaminação crônica dos mares constituem problemas dos mais graves, visto que hoje a humanidade consome uma grande quantidade de fármacos. Os elementos químicos são liberados na urina ou mesmo no lixo e persistem nos mares, por que não há bactérias que os consuma. “Os reis da contaminação marinha hoje são os antidepressivos, anti-inflamatórios e anticoncepcionais. Essas substâncias se acumulam ao

longo da cadeia alimentar, e golfinhos e tubarões, por exemplo, estão incorporando isso em seus tecidos. Existem estudos mostrando peixes feminilizados por conta dos hormônios da pílula (HERRERO; 2013, p. 32).

O médico Alex Botsaris, formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialista em acupuntura e medicina chinesa pela Sociedade Internacional de Acupuntura (Paris) e pela Universidade de Pequim e em doenças infecciosas e parasitárias no hospital francês Claude Bernard, aponta que temos a possibilidade em fabricarmos medicamentos ambientalmente corretos. Os medicamentos utilizados pelas medicinas complementares são muito mais aceitáveis para o meio ambiente que os medicamentos convencionais à base de substâncias sintéticas.

Posteriormente à mesa redonda, realizamos uma Oficina de Clown, a qual resultou em um Vídeo de Experimentação Estética intitulado: “Clownificando o ambiente hospitalar”, do qual destaco as Figuras 27, 28 e 29 seguidas de nossas falas, pois foram importantes para análises e vivências posteriores:

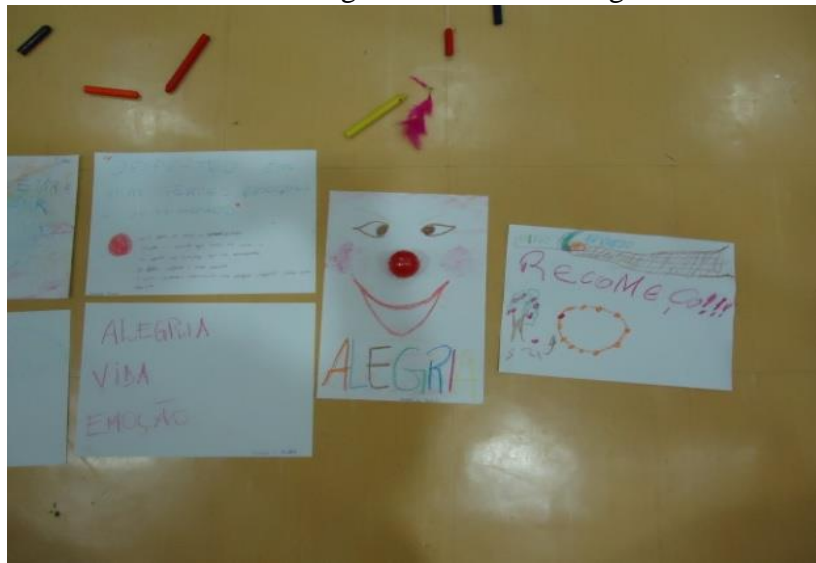
Figura 27 - O figurino oficina de Clown na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Augusto: Nós vamos mudar os figurinos uns dos outros daqui para frente tu não tem autonomia para tu modificar o teu, tu podes modificar sempre o dos outros e nunca o teu, essa é a regra básica.

Figura 28 - Manifestações espontâneas dos participantes após oficina de Clown na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Claudio: “[...] tem muitas regras...a gente tá comprando briga, tá!, mas por isso eu falei da escolha ontem é quando a gente bate de frente com o sistema e as vezes é necessário o radicalismo e dizer eu penso assim....

Figura 29 - Clowns das acadêmicas de Enfermagem Bianca Freitas e Luísa Mattos, respectivamente.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Eu- mesma: o clown que cada um demonstrou, o espaço que construímos e essa maravilha que é o sentir...então eu acredito que cada um de nós, quando formos para dentro de nossas enfermarias vamos ter um outro olhar.

4.2.3 Análise e Discussão da Microintervenção

Refletindo na temática da mesa redonda, “*Ética e Cuidado de Si: A Percepção Sensível do Ambiente Hospitalar*”, percebe-se que o fazer de cada profissional da saúde, seus corpos, seus pensamentos, angústias, anseios e necessidades estão relacionados com o processo saúde-doença⁴⁵. Uma das grandes fragilidades das escolas formadoras de medicina e enfermagem é justamente transpor o paradigma de um conhecimento técnico- científico arraigado em um discurso instituído.

O paradigma cartesiano tem influenciado a área da saúde é isso se reflete no modelo biomédico, onde é imperativa a priorização das questões biológicas, deixando de considerar a influência de outros fatores psicoemocionais e socioambientais no processo saúde-doença. Este pensamento reducionista levou à fragmentação, tanto da ciência como do homem em si, se seus sentimentos, emoções e valores. Como a pessoa hospitalizada sente, percebe e recebe o cuidado, não é interessante ao modelo vigente e, desse modo, permanece irrelevante em relação às práticas assistenciais (CAMILLO; MAIORINO, 2012).

A singularidade de cada pessoa, a capacidade humana de inventar, criar soluções e produzir novas possibilidades de existência parecem não ser levadas suficientemente a sério. A enfermagem organiza seu processo ensino-aprendizagem e suas práticas assistenciais em torno do modelo biomédico, o que leva, muitas vezes, a priorizar a doença e não a pessoa em si. Os profissionais de enfermagem, enquanto restritos a esse modelo, parecem que se encontram “impossibilitados” de considerar a experiência do sofrimento como integrante as sua relação profissional.

[...] As produções culturais, especialmente as dos grupos sociais considerados subalternizados, geralmente são vistas como comportamentos irracionais e condutas de risco que representam obstáculos na adoção correta de cuidados biomédicos e os profissionais de saúde, quando se interessam em conhecer a sua cultura e seus sistemas de doenças e cura, o fazem com a finalidade de aplicar receitas para moldar comportamentos, baseado no modelo médico-científico. Além disso, esse poder e autoridade exercidos sobre essas culturas representam uma busca de adequação do modelo de

⁴⁵ Pode-se destacar uma grande mudança de ótica proveniente dos resultados obtidos em estudos realizados na região dos Grandes Lagos, situados na divisa entre Canadá e Estados Unidos, que culminou com a publicação do Relatório Lalonde, em 1974, que aponta a importância do viés ecossistêmico para a avaliação e criação de ambientes saudáveis. A partir de então, iniciou-se a formação, entre os profissionais de saúde, de uma nova mentalidade, integrando uma abordagem mais holística e a consciência ecológica no trato das questões afeitas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da população. A Declaração de Alma-Ata para os cuidados Primários em Saúde, de 1978, realçou esse novo pensamento de caracterização de processo saúde-doença, incorporando as dimensões sociais, políticas, culturais, ambientais e econômicas como componentes indispensáveis às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2007, p. 14).

assistência às necessidades do desenvolvimento capitalista. Dessa forma, para muitos profissionais da saúde, essas ideias podem representar avanços para os problemas de não adesão dos usuários aos programas de saúde [...] (BACKES et. al. 2009, p.115).

Deixamos escapar o fio condutor que dá um sentido às nossas vidas além da doença e da morte. Precisamos enfrentar a lógica doentia que procura nos escravizar através do consumo imposto pela mídia, estimulando-nos a um estilo de vida de como “devemos ser”. Apesar de a enfermagem ter como princípio, o cuidado do indivíduo sob a perspectiva integral, suas ações ficam aquém das expectativas, uma vez que, parece ser mais priorizado o aspecto tecnicista (CAMILLO; MAIORINO, 2012).

Historicamente a enfermagem esteve vinculada às políticas sociais determinadas pelo estado. Até meados da década de 80, com o crescimento econômico privilegiando as indústrias nacionais e multinacionais, imprimem-se políticas de educação e saúde repressivas, privatizantes e tecnocráticas, mostrando a necessidade do enfermeiro dominar cada vez mais as “habilidades técnicas”. A “execução mecânica e acrítica” dos procedimentos, o cumprimento da “prescrição médica” e o desenvolvimento da competência administrativa voltada para o gerenciamento e interesses da instituição e dos profissionais que nela atuam parece ter sido os fatores predominantes nesse período e não as necessidades da população (GEOVANINI, 2010; GERMANO, 1993).

Com isso, o movimento midiático das grandes corporações dos meios de comunicação procura cercear nosso jeito de ser e estar em detrimento de experimentarmos outros devires, da aventura de vir a ser o que ainda não somos. Um exemplo disso é que gravitamos incessantemente em torno da doença.

*Nas Enfermarias de minha vida
Em meio a tantos ruídos
De um mundo
Tão conhecido
E desconhecido por nós
Descortina-se o humano
Em sua essência mais sublime
Em seu estado mais sensível
De um tempo de cuidados
Cuidados que requerem
Olhos para enxergar
Além do aparente estímulo
Pois só a alma
É capaz de alcançar
Uma nova consciência
De amor ativo*

ACCO

Estamos a serviço da patologia quando nossa função primordial é preveni-la. Contentamo-nos em tratar as consequências dos males humanos e transformar nosso dia-a-dia no ambiente hospitalar em uma saga interminável de queixas e reclamações. Talvez não percebamos que estamos tão ou até mesmo mais doentes do que as pessoas enfermas que cuidamos. Utilizamos nosso conhecimento para impregná-las com um discurso de que não podemos continuar assim, embora dia após dia fechemos os olhos para não enxergar as causas e sim o diagnóstico atual e seus efeitos. Assim nos colocamos como engrenagens substituíveis num sistema que lucra com a doença, onde cada pessoa é um cliente, um número, bem como nós mesmos.

[...] A organização do trabalho que fragmenta as tarefas e os trabalhadores, reafirma as características da subjetividade moderna, individualista (ou corporativa) e competitiva que atravessam a rede de relações no hospital. Produzir mudanças nesse cenário é algo difícil, mas necessário, a fim de permitir, que o trabalho aí realizado possa ser desenvolvido, ampliando suas possibilidades de trabalho em equipe e seu sentido de cuidado do outro [...] (OSORIO, 2006, p. 30).

Está mais do que na hora de explorarmos nossas percepções ambientais e voltarmos nossas lentes para os detalhes dos locais em que transitamos, os quais, neste momento de reflexão, foi o hospitalar. Precisamos ser agentes concretos de transformações, além da lógica intrínseca de qualquer sistema. A qualidade das relações humanas, suas implicações e subjetivações devem ser levadas em consideração como de suma importância na construção de um sistema para a saúde:

[...] Se me preocupo com uma criança com câncer, por que não me preocupo com a poluição? Hoje, em cada sete mulheres, uma tem câncer de mama. Quando nos preocupamos com a indústria dos organoclorados? A indústria dos organoclorados gasta US\$ 160 milhões por ano para não sabermos nada da indústria dos organoclorados. Assim, não acho que se deva ir para longe da medicina. Olho o câncer. Sim, quero ajudar o câncer, mas quero saber o porquê o câncer? Por quê? Por que a pessoa tem câncer? [...] (Trecho da Entrevista de Patch Adams ao Programa Roda Viva, novembro de 2007-SP).

A ferramenta indispensável para a concretização de tal obra é o próprio humano. Nossa matéria prima são os sentimentos e sensações que nos tornam vivos e conscientes dessa existência, integrados com um cosmos moldado por nossas atitudes, afetos e pensamentos. A referência que temos é o próprio cuidado, verdadeiro nó sinusal capaz de levar energia e saúde aos confins da imbricada teia que nos une.

Atitudes e mudanças de concepções de mundo são tão viáveis como qualquer pílula para aliviar a dor. A todo momento vivemos o “vir a ser”, o novo, o espaço para o CsO. Neste curto espaço de tempo em que transcorre a nossa existência, podemos vislumbrar um despertar para a ética do respeito mútuo a toda manifestação de vida. Para isso é preciso aflorar em nós um devir múltiplo. Para compreender, “um indivíduo, etiquetado antropologicamente como masculino, pode ser atravessado por devires múltiplos e, aparentemente, contraditórios: devir- feminino que coexiste com um devir-criança, um devir-animal, um devir invisível etc” (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 382).

Este foi o devir que vivenciei com o grupo pesquisador, ou seja, uma enfermeira, um sociólogo e um arte-educador pensando na saúde, no cuidado, a partir de uma perspectiva ambiental. Mais do que isso, usarmos dispositivos e agenciamentos de sensibilização, como a filmagem, a câmera, o Toque Terapêutico foi uma experiência que me instigou muito, também me desacomodou, tirou-me daquela zona de conforto que buscamos sem percebermos.

Esta “desacomodação” também foi referida por outras pessoas, profissionais da saúde que participaram da oficina de Clown, conforme destaque no depoimento do colega Augusto Amaral, analisando a atividade da oficina de Clown:

“[...] já vi pessoas que não se envolvem...ficam todo tempo contornando o processo sem se envolver...Aqui não houve nenhum caso...[...]”.

Estamos, portanto, em constante devir, o que significa que estamos em permanente transformação. Precisamos nos permitir viver essas transformações, esses movimentos. E assim descongestionar as veias e artérias de nosso corpo, para que circule a mágica de uma percepção sensível capaz de difundir a compreensão mútua dentro de nossas enfermarias, conforme depoimento do colega Cláudio Tarouco:

Claudio: o clown está em nós a todo momento, a gente é que não saca isso!

Claudio: o que tem mais que o registro da filmagem, para mim a câmera é o nariz do clown.

Cláudio: eu estava preocupado com algumas regras e hoje eu estou vendo que a vida é isso aqui e as regras vão ser aquelas que irão acontecer...

Desta forma, conseguiremos ressignificar sofrimentos e tensões na busca de relações mais saudáveis e de um cuidado mais sensível do corpo. É um constante maquinar novas

sensibilidades, novas inteligências da existência, uma nova doçura, como assevera Guattari (1981).

4.2.3.1 O hospital enquanto ambiente pedagógico

Antigamente, o hospital era um lugar de reclusão e morte, destinado àqueles que, por serem pobres, não tinham outro lugar para morrer e assim eram “encaminhados para que sua alma fosse resgatada”. A partir do século XIX até os dias de hoje, com o avanço científico e tecnológico, o hospital constitui-se em um espaço de formação e produção de saberes que, numa linguagem científica, chamamos de conhecimento em saúde (FOUCAULT, 2007).

Quer seja nas grandes enfermarias dos hospitais europeus do século XIX ou nos modernos centros de tratamento intensivo de hoje, os corpos quando hospitalizados são objetos de um olhar que tem um direcionamento, que esquadrinha e quadricula:

[...] Com as inovações tecnológicas este corpo hospitalizado é mais e mais isolado e, além de ser objeto do olhar, é objeto das mãos, é constantemente manipulado. Na qualidade de corpo doente, as pessoas tornadas pacientes perdem a sua individualidade e permanece a maior parte do tempo com roupas de dormir. Para facilitar o acesso da equipe de enfermagem a seus corpos são despojadas de seus pertences e roupas, devendo usar as roupas do hospital que são feitas de modo a eliminar as barreiras que dificultam o acesso rápido e eficaz a seus corpos doentes [...] (KRUSE, 2003, p. 15).

Diferentemente “deste olhar”, o hospital enquanto ambiente pedagógico é um espaço oportuno para a construção de novos conhecimentos e maneiras de cuidar. É possível pensar numa escuta como experimentação, como reinvenção de si e do mundo, se colocamos em análise os processos de formação em que os modos de escuta são engendrados. O que é escutado e como se escuta está atravessado por um campo de práticas sempre em movimento entre formas e forças (CAMILLO; MAIORINO, 2012).

Baptista (2000) chama de “escuta surda” as de práticas de formação intimidadoras, pautadas nos preceitos cientificistas de neutralidade que, no lugar de se contaminar pelos movimentos da vida, os afasta em nome da rigorosidade e objetividade e contribui para a repetição dos modos de existência instituídos:

[...] Intimizar a vida significa colocá-la para dentro, destituí-la da história das práticas humanas, esvaziando sua multiplicidade de formas e de conexões. A partir daí, o público e o privado se dicotomizam em antagônicos espaços, reificam-se. Fechada, a vida perde movimento, força política, e o capital se multiplica, obscurecendo a visibilidade da produção dos modos de vida. Sem movimento, desmaterializa-se, tornando-se dádiva ou estorvo, diluindo do

cotidiano a emergência e o espaço da produção – do assujeitamento e da transgressão [...] (BAPTISTA, 1999, p. 34).

Considera-se “escuta surda” aquelas práticas que ouvem sem escutar. Ocorre quando no lugar de indagar as “evidências” que nos constituem como sujeitos, nos deixamos conduzir por estas, ratificando-as. Produz-se aí uma medicina das evidências, uma psicologia das evidências, uma enfermagem das evidências que, tendo seus procedimentos dirigidos por naturalizações, pouco consegue captar as singularidades que permeiam o humano, a variabilidade e imprevisibilidade que constitui o vivo. A escuta acaba sendo reduzida a um ato protocolar, a uma técnica de coleta de evidências, de sinais, ou ainda, a um jogo interpretativo. A escuta surda produz como efeito a tutela e a culpabilização dos sujeitos, uma vez que fala por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro (BAPTISTA, 1999).

No lugar de “regras prescritivas”, de “fortalecimento dos especialismos”, a partir dessa microintervenção, pode-se acionar um dispositivo de abertura a outras sensibilidades, colocando em cena a análise das instituições que atravessam os processos de formação de modo a ampliar os graus de transversalidade⁴⁶. Precisa-se esvaziar o corpo cheio do hospital, com suas rotinas, hierarquias e foco na doença, fatores que segregam o paciente de seu meio:

[...] O indivíduo, ao ser hospitalizado, se afasta de sua casa, abandona seu cotidiano e é introduzido no “mundo do hospital”, com seus códigos e ritos. O corpo é então colocado em repouso, conduzido ao quarto, ao leito. Seu contato com a natureza é restringido, e ele se afasta do que é público. Assim, o corpo é isolado na doença, tornando-se objeto de enclausuramento, o que possibilita a vigilância constante e o registro permanente [...] (KRUSE, 2003, p. 15).

É preciso que repensem o respeito do “discurso competente”, o qual, de acordo com a ótica do especialismo, é aquele que, permeado pela separação entre técnica e política, se outorga como portador de uma verdade sobre o sujeito, sobre o corpo, sobre a saúde. Detentor de um suposto saber (técnico e neutro), ao profissional caberia a análise e compreensão sobre o sujeito, captando suas dificuldades, problemas, necessidades. Ou ainda, permeado por

⁴⁶ Transversalidade: Guattari em 1964 propõe o conceito de transversalidade para problematizar os limites do setting clínico, definindo este conceito como um aumento dos quantos comunicacionais intra e intergrupos em uma instituição, colocar em análise, é, seguindo as pistas de Guattari, o trabalho da desestabilização do que se apresenta tendo a unidade de uma forma dada: o instituído, o indivíduo, o social, a realidade naturalizada. Seguindo suas pistas, dizemos que na pesquisa a operação de transversalizar se realiza na intensificação/aposta no devires que estão sempre presentes nos chamados “objetos da pesquisa”, indicando que neles há de diferentes graus de abertura e potências de criação. Transversalizar é considerar este plano em que a realidade toda se comunica. A tecedura deste plano não se faz, portanto, só de maneira vertical e horizontal (maioria x minoria); (molar x molecular), mas também transversalmente. A operação de transversalizar produz um desarranjo no sistema binário de definição/categorização do objeto da pesquisa permitindo conectar devires minoritários que estão adjacentes ao objeto (PASSOS; BARROS apud PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA 2010, p. 241).

intenções participativas e democratizadoras, caberiam aos profissionais “conscientizar” os sujeitos acerca dos processos que permeiam suas próprias vidas, indicando caminhos.

Trata-se de práticas que falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com os sujeitos escutando e problematizando necessidades e projetos de vida. O especialismo produz uma escuta surda, por erigir o cuidado como tarefa exclusiva do profissional de saúde, deixando ao usuário o lugar de objeto de sua ação.

Talvez essa escuta permaneça no campo de uma escuta moral, prescritora de modos de vida, julgadora de práticas, deixando-se conduzir por valores instituídos sem a correspondente indagação destes mesmos valores. Mantém-se, portanto, capturada no plano das formas constituídas. A escuta surda seria, então, aquela que reduz o sujeito a uma suposta identidade, não percebendo que a subjetividade não se reduz a um “eu”, não porta uma essência, pois quando nos conduzimos por essas noções tomamos os desvios, as variações, o que difere, como erros e perturbações a serem corrigidos e controlados, como desequilíbrio a ser contido.

A escuta surda, como nos alerta Baptista (1999), não se lembra do rosto e dos nomes dos usuários e dos profissionais, da cor dos olhos e da pele, dos cheiros, das rugas e cicatrizes (marcas do vivido), dos saberes e histórias. Araújo, Silva e Puggina (2007) identificam como fator iatrogênico a imprudência do profissional da saúde relacionada à percepção inadequada ou má utilização da comunicação não-verbal⁴⁷ na interação com o paciente.

Sabe-se que decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia para estabelecer um plano de cuidados adequado às necessidades individuais do mesmo é tarefa dos profissionais de saúde. Mas, para que esse processo seja eficaz, não basta ao profissional utilizar somente a comunicação verbal; é preciso estar atento aos sinais não-verbais emitidos durante a interação com o paciente (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007). “[...] No geral as enfermeiras não se apercebem do cuidado de enfermagem com sua significação mais plena, no que me concerne penso que a maioria das enfermeiras tratam o cuidado de enfermagem como peça de rotina [...]” (FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999, p. 43)

⁴⁷ A comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente. A qualificação da linguagem verbal é dada pelo tom de voz e jeito com que as palavras são ditas, por olhares e expressões faciais, por gestos que acompanham o discurso, pela postura corporal, pelo tamanho da distância física que as pessoas mantêm umas das outras e até mesmo por suas roupas, acessórios e características físicas. Mesmo o silêncio, em determinado contexto, é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

Por outro lado, um cuidado que leve em consideração aspectos mais sutis do ser humano, como o TT, requer um preparo diferenciando daquele meramente técnico abordado nas disciplinas curriculares da enfermagem:

[...] À medida que o terapeuta aprimora novas habilidades e as põe em ação na prática de cura, sua antiga submissão à fortuidade e ao caos do mundo cotidiano vai perdendo força. [...] Alicerçada nessa experiência, sua visão de mundo se transforma, conjuntamente com seu estilo de vida até então desregrado. Ao mesmo tempo, o ego pessoal do terapeuta reformula a sua imagem, tornando-se agora consciente de sua paixão por ajudar os necessitados e do poder da compaixão de mover o imóvel e de mudar o imutável (KRIEGER, 1997, p. 47).

Esse processo de experimentação vem indicando que a verdade não está fixada de uma vez por todas, não é definitiva e nem universal. As intervenções socioambientais no ambiente hospitalar colocam em crise formas instituídas, ou seja, tudo aquilo que é tomado como algo que “sempre foi assim e sempre será assim”- inclusive o próprio corpo:

[...] O corpo é do sujeito, um cidadão que tem direito e deveres, que pode e deve exigir cuidados qualificados ou recusá-los quando se sentir pressionado ou em risco. O corpo-emoção participa dos cuidados prestados pela enfermagem ou os aceita quando não é capaz de fazê-los ou quando sua família autoriza. É o corpo que se encontra sob a responsabilidade do enfermeiro. Esse corpo é entendido como unidade psicossomática e espiritual que se expressa, que repete em cada célula a função criadora do ser total, cada neurônio- o ser humano, o sujeito do cuidado. O corpo revela-se através de cor, tom e som, postura, proposições, movimentos, tensões, pulsões e vitalidade, entendidos como expansões do interior de cada ser, que é inércia pessoal e cósmica em movimento, que é massa, onda e partícula [...] (FIGUEIREDO; SANTOS; MACHADO, 1999, p. 16).

O corpo como unidade psicossomática e espiritual é portanto, indissociável das condições histórico-geográficas que o constituem. O corpo pode ser ensinado a modificar sua postura, a sentir, agir e reagir, amar, lutar, criar soluções, expressar-se, produzir outros mundos, novas possibilidades de existência. O humano, diferentemente de outras espécies, possui a capacidade de intervir racionalmente sobre si mesmo, de configurar (e reconfigurar) a si próprio, e essa ação só pode ser compreendida do ponto de vista da relação corpo-ambiente e seus mútuos engendramentos.

Tudo leva a crer que é necessário perseverar, colocar a dinâmica dos corpos no fluxo dos acontecimentos, transitar no limiar do inumano, experimentar as intensidades do processo, deslocar-se de um ponto singular a outro. Isso tem nos feito pensar que o extraordinário da vida está contido no ordinário e vice-versa, que o sobrenatural contém e está contido no natural:

[...] O corpo ocupa um lugar no espaço. E ele mesmo é um espaço que possui seus desdobramentos: a pele, as ondas sonoras de sua voz, a aura de sua perspiração. Esse corpo físico, material, pode ser tocado, sentido, contemplado. Ele é esta coisa que os outros veem, sondam em seu desejo. Desgasta-se como tempo. É objeto da ciência. Os cientistas o manuseiam e o dissecam. Medem sua massa, sua densidade, seu volume, sua temperatura. Analisam seu movimento. Transformam-no. Mas este corpo dos anatomistas ou dos fisiologistas é radicalmente diferente do corpo do prazer ou da dor [...] (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009, p.19-20).

É fundamental um exercício constante de ressignificar o ambiente hospitalar como um lugar de vida e saúde. Por isso a oficina “*Experimentações estéticas: clownificando o ambiente hospitalar*” buscou, através da arte, um potencial para que os participantes pudessem expressar suas pulsões através do clown. Essa ressignificação está conectada com a necessidade de ressingularização dos corpos e na transformação de relações instituídas em instituintes.

Referindo-se a subjetividade da ressingularização, Guattari (2011, p. 54) menciona a capacidade de “receber cara-a-cara o encontro com a finitude sob a forma de desejo, da dor, da morte”. Através dessa produção subjetiva é possível enfrentar os movimentos da vida de maneira a ressingularizá-los e ressignificá-los. Ou seja, como o próprio. Guattari (2011, p. 54) afirma, “os indivíduos devem se tornar a um só tempo solidários e cada vez mais diferentes”.

Isso foi o que aconteceu durante essa atividade. Cada participante criou seu próprio clown, conforme Figura 30 numa reflexão sobre si, sobre as situações de trabalho.

Figura 30 - Encenação do Clown da acadêmica de Enfermagem Luísa Mattos.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

A subjetividade da cartógrafa nesse contexto foi afetada pelo mundo em sua dimensão de matéria- força e não na dimensão de matéria- forma. A subjetividade da cartógrafa é tocada nesse nível, havendo um acionamento das sensações perceptivas. O toque pode levar tempo

para acontecer e pode ter diferentes graus de intensidade. Sua importância no decorrer de uma pesquisa de campo aponta para um caminho de múltiplas entradas. A partir da atenção ao toque, o cartógrafo procura assegurar o rigor do método sem abrir mão da imprevisibilidade do processo de produção do conhecimento (KASTRUP, 2010).

Esse passo foi dado numa oficina durante a 35ª Semana Riograndina de Enfermagem, onde se abordou o Clown como estratégia de proteção afetiva- emocional para os profissionais da saúde e os pacientes.

Um dos benefícios da reflexão dessa oficina foi justamente a perspectiva de entender cuidado também como uma prática que pode promover um equilíbrio emocional. Durante minicurso apresentado da 35ª Semana Riograndina de Enfermagem, a partir da representação do clown dos participantes, colocamos o corpo como objeto de análise. É preciso liberar as tensões, as quais são expostos os profissionais da saúde e avançar com relação a uma abordagem mais ampla, multiprofissional e transdisciplinar.

Tanto os instrumentos metodológicos quanto os dispositivos cênico e audiovisual utilizados nessa microintervenção de EA no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande- FURG revelaram limites e possibilidades no que diz respeito ao corpo humano: corpos-mutantes com extraordinária capacidade de adaptação ao meio e, concomitantemente, de transformação de si e do ambiente em que está inserido.

Entendendo como no segundo foco da atenção da cartógrafa, ou seja, o toque para o desenvolvimento de uma pesquisa revela suas “múltiplas entradas e não segue um caminho unidirecional para chegar a um fim determinado” (KASTRUP, 2010, p. 43). De acordo com Botsaris (2010), quando pensamos a questão ética do ponto de vista ecológico, uma nova perspectiva passa a ser foco na análise da conduta médica: além de considerar o bem estar e o direito dos pacientes, o médico vai ter de observar as consequências de sua ação profissional para a vida em geral e o meio ambiente.

As pessoas vão ao hospital por problemas de saúde e lá precisam encontrar a pulsão da vida. Mas o que é vida? Vida são as relações, as emoções, os pensamentos, os afetos, os sentimentos, as forças de vida e de morte e as forças que perpassam esses extremos. E como lidar com essas forças? Uma possibilidade é atuar a partir da percepção ambiental, da solidariedade e do cuidado que podem emanar nos estreitos abismos existentes entre a vida e a morte. Para essa percepção, solidariedade e práticas de cuidado, propomos um exercício de

perspectivismo. Ou seja, coloquem-se no lugar da pessoa hospitalizada. Como é estar no lugar do outro?

Na tentativa de romper com a barreira dos nossos corpos podemos projetar sensações que nos sensibilizem ao cuidado. Nesse momento parece ser importante pensar na escolha profissional que fizemos. Guattari (2011) atenta, em seu livro “As três Ecologias”, para o cuidado com as responsabilidades assumidas. A neutralidade não existe e precisamos reconhecer em nossas escolhas os nossos compromissos éticos. Essas escolhas estão implicadas com os fazeres profissionais que desenvolvemos durante nossa existência. Isso tem conexão com o cuidado de nós mesmos, do outro, e do ambiente que estamos inseridos, pois os movimentos resultantes dessas escolhas, sejam elas quais forem, irão reverberar no mundo.

Outra questão é: que sentimentos produzimos com essa escolha? Essa produção estética precisa ser fomentada de tal forma a ressignificar sentimentos de opressão, morte, ódio e transformá-los na produção de mais vida, mais liberdade, mais amor. Isto acontece quando damos um sorriso e percebemos que esse gesto foi capaz de mudar a reação do outro, muitas vezes transformando temor e ameaça em sentimentos de acolhimento e confiança. São coisas absolutamente simples como esta que uma educação sensível pode promover.

Precisamos cuidar das nossas escolhas e observar como estas estão repercutindo nas outras formas de vida e existência humana e não- humana. Importante entender que esse outro a que estamos nos referindo pode ser nosso próprio planeta. Assim estamos cuidando de nossas vidas, podem cuidar do outro pode nos ajudar a cuidar de nós mesmos.

O médico, filósofo e Prêmio Nobel da Paz, Albert Schweitzer nos deixou a seguinte reflexão: “Lentamente vai emergindo no pensamento humano a ideia de que a ética não se estende somente a espécie humana, como abarca também o mundo animal. Dessa forma, podemos chegar a dizer que a ética é o respeito a toda vida” (VILARÓ, 1996, p. 88).

Essa vida a que se refere Schweitzer é o outro também, em suas mais variadas formas de existência. Nós somos o outro. Somos o outro na dor, na morte, mas na vida também e em todas as situações em que as forças da vida nos atravessam. O fato é que somos uma espécie dotada de potencial transformador capaz de produzir outras formas de relações, desenvolvendo novos sentimentos e afetos para com os demais seres vivos. Assim pode-se romper com sentimentos, relações, afetos, pensamentos, enfim, com os valores produzidos e reproduzidos pelo grande capital.

Precisamos sentir a vida com nossa percepção sensível, mais aguda e refinada pelas experimentações, e para isso é necessário um exercício constante do olhar. Um olhar do cuidado, para o cuidado, um olhar para o meio ambiente que permita que, de alguma maneira nos transformemos no ambiente em que estamos inseridos, acessando devires-animal, devires-criança, entre outros. Isto permitirá que atualizemos virtualidades, reinventando o próprio ambiente, e que transcendamos o visível para que possamos desenvolver outros canais receptivos. Sentir o outro pode auxiliar a compreender melhor um estado de existência específico, ainda que patológico, mas que este sentir também seja capaz de nos fazer sonhar e transmutar a dor.

Figura 31 - Atividade denominada ‘Escuta Sensível’ durante oficina na 35ª Semana Riograndina de Enfermagem.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Além disso, é preciso colocar em movimento as relações, tanto no interior da própria equipe de saúde quanto entre esta e as pessoas que buscam cuidados no ambiente hospitalar. Isto significa irmos ao encontro de relações mais saudáveis e solidárias, relações de afeto que proporcionem a compreensão de que a escolha de atuar naquele ambiente implica necessidade constante de produzir mais vida.

É necessária uma escuta sensível, a qual contemple em sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder compreender “de dentro” suas atitudes, comportamentos e sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos. Para tanto, é preciso que se reflita o que é “ouvir” e o que é “escutar”:

Ouvir- [Do latim *audire*]. Perceber, entender sons pelo sentido da audição, dar atenção, atender (MICHELIS, 2000, p.1519).

Escutar- [Do latim *auscultare*]. Tornar-se ou estar atento para ouvir, dar ouvidos a, aplicar o ouvido com atenção para perceber ou ouvir; atender aos conselhos de espiar; espionar; prestar atenção para ouvir alguma coisa, exercer ou aplicar o sentido da audição (MICHELIS, 2000, p. 858).

Assim, o escutar, conforme elucidado por Cardoso (2004) não se limita apenas ao ato de ouvir enquanto captação de sons (sensações), mas também à busca de apreensão do sentido do dizer. Sugere aproximação (*auscultare*), ouvir de perto, ouvir o que está dentro do outro; também é compreendido como atender e recolher o que foi dito. Para escutar é necessário haver uma doação, no sentido de se dispor inteiramente da escuta do que está sendo dito:

[...] O escutar pode ser definido como a sensibilidade de estar atento ao que é dito, ao que é expresso através de gestos e palavras, ações e emoções. O conceito encontra-se relacionado ao ouvir com atenção, o que infelizmente está um pouco distanciado da prática que é exercida na atualidade (CERQUEIRA; SOUSA, 2011, p. 17).

Pode-se inferir que escuta é um grande desafio, pois nossos pressupostos que acabam surgindo nos diálogos, que são nossas crenças e aparentes certezas, teorias de como o mundo deve ser, incluindo também, nossos preconceitos, hábitos de pensamentos a que nos apegamos é que, muitas vezes, dificultam-nos a execução de uma escuta mais sensível. Quando nos habituamos a escuta o outro, construímos a habilidade de compreendê-lo, pois este ato exige de quem ouve associar-se a quem fala, e vice-versa. E, aprender a escutar até o final sem concordar ou discordar de imediato, é uma postura de respeito ao outro (CAMILLO; MAIORINO, 2012).

Como se pode perceber, trata-se de uma saúde voltada para o cuidado com as relações. Um afeto colaborativo pela vida, assumindo o papel ético da responsabilidade de fazer brotar essa vida no lugar da morte e a solidariedade no lugar dos individualismos. Vivemos a todo instante e morremos a todo instante. O que fazemos com isto? Como ressignificar e ressingularizar esse dualismo para além dele mesmo, num rizoma de possibilidades para restabelecer novos modos de vida?

Abordar a escuta num plano de abertura à alteridade implica desviar do campo da escuta como técnica para transitar no plano da escuta como experimentação, como perturbação dos modos de vida instituídos. Neste caso, poderíamos dizer que não se trata de ensinar a escutar, mas de entrar em contato, atíçar este plano do coletivo do qual todos emergimos, onde há saberes-experimentações, e não saberes como fôrmas previamente definidas a serem aplicados (BENEVIDES, 2007).

A Figura 31 demonstra justamente esse “escutar”. Não é simplesmente utilizar um estetoscópio ou outro instrumento qualquer para realizar um cuidado específico de forma automatizada no ambiente hospitalar, por exemplo. Então é utilizar o estetoscópio, mas não fechar os ouvidos para o contexto daquela pessoa, para sua vida, para quem ela é: “é auscultar e escutá-la”.

[...] Percebe-se então que para escutar é de extrema relevância aprender a suspender nossos pressupostos, tentando atenuar os nossos condicionamentos, para que não deixemos nos levar por uma visão de mundo estreitada e obscurecida. Sempre que nos defrontamos com uma ideia ou situação nova, nossa tendência é compará-la de imediato com nossos referenciais. Logo, acreditamos que a fixação em determinadas ideias constitui o principal motivo de nossa resistência para escutar o outro [...] (CAMILLO; MAIORINO, 2012, p. 550).

Por isso, em depoimento durante a 35ª Semana Riograndina de Enfermagem realizado na Oficina de Clown, e que posteriormente resultou em um Vídeo de Experimentação Estética intitulado: “Clownificando o ambiente hospitalar”, coloquei:

[...] nas situações que a gente faz que eu penso que podemos fazer diferente, a primeira coisa que a gente faz quando chega na enfermaria é ir na pasta, no prontuário do cliente pra ver o que ele tem e depois nós vamos lá...talvez o movimento que tenhamos que fazer seja o inverso, primeiro nós vamos ver ele pois senão já vamos com aquele olhar clínico, a...ele tem um edema agudo de pulmão, assim, muitas vezes não dou liberdade para a pessoa expressar o que precisa...

O Hospital enquanto ambiente pedagógico é um ensinar, cuidar e escutar constantes, práticas essas que criam mundos, produzem realidades e, portanto, convocam a uma análise permanente das implicações⁴⁸ com as instituições que as atravessam. As práticas de cuidado, os modos de escuta, são engendrados num campo de relações de saber e poder que precisamos colocar em análise permanentemente.

⁴⁸ Implicação: Está dentro campo da Análise Institucional e busca confrontar-se ao cientificismo objetivista e neutro que postula a possibilidade de separação e distanciamento entre pesquisador e objeto. Ao contrário dessa neutralidade, a Análise Institucional afirma que sempre estamos implicados naquilo em que intervimos. Contudo, a implicação não deve ser uma espécie de verificação, constatação, tampouco deveria significar a compreensão do envolvimento pessoal e individual do pesquisador, dos trabalhadores sociais, com o campo de intervenção. É desse modo que será afirmada a importância não de constatar implicações, mas de operar a análise das implicações com as instituições (práticas sociais) que atravessam um dado campo, uma dada prática. A análise de implicação nos permite incluir os efeitos analisadores dos processos de intervenção, analisando a posição do profissional (pesquisador) nas relações sociais, na trama institucional. A implicação é um “nó de relações” (LOURAU, 2004, p. 190).

Não se trataria, então, de evitar preconceitos, naturalizações, mas de colocá-los em discussão. O que é privilegiado no processo de escuta, o que é desprezado, silenciado ou acolhido, diz respeito às implicações e aos encontros que se efetuam entre os sujeitos em questão. Portanto diz respeito não a um campo intersubjetivo, mas às linhas macro e micropolíticas que constituem esses sujeitos.

O exercício de um novo olhar e de uma nova forma de cuidado precisa estar presente não só nos hospitais como também nos diversos espaços de convívio, no dia a dia das pessoas, rompendo com as rígidas fronteiras do instituído, com papéis e representações sociais. Para isso, precisamos reinventar nossas relações e descobrir a vida que flui por trás de máscaras e rótulos, estabelecendo novas relações com as pessoas e não com “os clientes”, com as pessoas e não com “os pacientes”. Precisamos dar um sentido para “o cuidar” que não seja apenas a mera reprodução de procedimentos técnicos visando ao bem-estar do corpo físico.

O ensinar não está dissociado dos processos de intervenção na formação, pois como hoje são colocados, parece serem entendidos apenas como um ato de transmissão de conhecimentos, como técnicas a serem aplicadas, produzem sujeitos e modos de existência; produzem escutas surdas. Formatam o escutar como técnica a ser transmitida por meio de um ato pedagógico em que se têm como efeito a repetição do mesmo.

Parece relevante promover ações que impliquem a capacidade de sonhar e criar com outrem, independentemente do ambiente em que estejamos inseridos. Nesse rol, encontram-se empreendimentos que objetivem a qualidade de vida global, mas também que busquem a saúde por meio de estudos, diagnósticos e tratamentos da área médica, e que a utilizem em favor da manutenção da saúde e dos diversos tipos de conhecimentos produzidos pelo humano: artístico, mitológico, filosófico etc.

Para isso, talvez necessitemos pensar a aprendizagem como um conjunto de práticas e conhecimentos capazes de prevenir e/ou minimizar a doença. Um diagnóstico médico bem elaborado pode ser capaz de definir, com precisão, onde está localizado o foco da doença e sua provável causa. Em outros termos, é possível dizer que as ciências médicas desenvolveram métodos, técnicas e substâncias capazes, em diversos casos, de restituir a saúde.

Pensar na saúde não só como um conceito, mas fruto de uma produção cultural, passível de transformações conforme a época histórica humana é importante. Essa ideia se aproxima do que Carvalho (2012) denomina visão socioambiental, ou seja, ela não nega as

leis físicas e processos biológicos que a natureza enquanto ambiente natural está submetida. Mas, em contrapartida, chama a atenção para os limites de sua apreensão como mundo e a complexidade do meio ambiente. Dentro da problemática ambiental, a natureza integra uma rede de relações naturais, mas também sociais e culturais.

Relações essas, que devem passar por uma escuta sensível e estar integradas aos processos de produção de saúde, dos movimentos da vida, buscando captar o que estamos em vias de diferir (FOUCAULT, 2000), ou seja, a produção de novos possíveis que se forjam em meio aos processos de naturalização das práticas.

A convocação que têm permeado algumas apostas no campo da formação é o deslocamento da escuta do plano de um “eu” que ouve outro “eu”, para colocá-la no plano dos encontros entre práticas, forças, movimentos. Ou seja, tomar a escuta como produção da diferença, como estranhamento dos modos de existência instituídos e banalizados. Esse deslocamento só é possível com a afirmação de princípios ético-políticos, e que dizem respeito à afirmação da vida e a responsabilidade coletiva com aquilo que criamos.

Esta sutil arte da escuta, não se forja com práticas de formação piedosas e tecnicistas, que compreendam os sujeitos como entes abstratos e destituídos de experiência. O desafio é criar modos de operar os processos de formação de maneira a experimentar a desestabilização das nossas certezas, a provocar a formulação de novos problemas, e não apenas a solução para problemas já formulados. Ou seja, processos de formação-intervenção como dispositivo de abertura a outras sensibilidades (escuta). É na escuta-cuidado que (re)criamos as relações, o mundo e, desse modo, torna-se fundamental criar estratégias que nos permitam escutar as diferenças que nos desassossegam (ROLNIK, 2011). Escutar torna-se assim, uma verdadeira arte:

[...] Quando escutais alguma coisa, vossa mente reage prontamente, com seus conhecimentos, suas conclusões, suas opiniões, suas velhas lembranças. Ela só escuta e investiga, para futura compreensão. Observai a vós mesmos, a maneira como estais escutando, e vereis que é isso que está sucedendo. Ou estais escutando com uma conclusão, com vosso saber, com certas lembranças, experiências, ou desejais, com impaciência, uma resposta. Desejais saber a significação das coisas, a significação da vida, conhecer a extraordinária complexidade da vida. Não estais escutando verdadeiramente. Só podeis escutar quando vossa mente está quieta, quando não “reage” imediatamente, quando há um intervalo entre a reação e o que se ouve dizer. Então, nesse intervalo, há quietude, silêncio. Só nesse silêncio há a compreensão que não é compreensão intelectual [...] (KRISHNAMURTI, 1993, p. 10).

A escuta-experimentação não visa a apreender uma realidade, uma verdade do sujeito, e sim abrir espaço para criação de modos de existência compatíveis com uma vida solidária e generosa, acompanhar os movimentos que criam paisagens por vezes suaves, por vezes endurecidas, por vezes mortificadoras. Afirmar a escuta como experimentação significa indicar que as necessidades do outro, com o qual lidamos, precisam ser incluídas, não por uma operação humanista e piedosa, mas como elemento perturbador e analisador dos modos de vida naturalizados, das práticas de saúde instituídas (ROLNIK, 2011).

Esse trabalho de experimentação cumpriu, assim, suas metas fundamentais quando atuou em regiões fronteiriças, quando instigou o pensamento colocando em movimento saberes que instrumentalizam ações necessárias. A criação conceitual tem que ser impulsionada pela necessidade materializada, pulsante, experimentada, como pode ser exemplificado pela Figura 32. Filosofar é pensar, agir, transformar, desterritorializar, criar novas fronteiras, outros mundos.

Figura 32 - Confraternização dos Clowns durante 35ª Semana Riograndina de Enfermagem.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

4.3 HIPÓTESE III- O HOSPITAL ENQUANTO ESPAÇO CLÍNICO PODE IR ALÉM DA PATOLOGIA, VALORIZANDO O SER HUMANO DE FORMA INTEGRAL.

Quem dá conselhos a um homem doente adquire uma sensação de superioridade sobre ele, não importando se eles são acolhidos ou rejeitados. Por isso há doentes suscetíveis e orgulhosos que odeiam os conselheiros mais que a doença (NIETZSCHE, 2005, p. 181)

4.3.1 Trabalho de Campo

Para enxergar o ser humano além de sua patologia fez-se necessário adotar uma outra abordagem de se fazer e entender cuidado, principalmente dentro de um contexto hospitalar, em que temos rotinas e comportamentos viciados em relação às práticas dentro das enfermarias. Inspirei-me no gesto de pouso, uma das variedades da atenção da cartógrafa, para aplicar o TT em duas pessoas internadas na clínica médica do HU⁴⁹. O gesto de pouso faz com que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, sofra uma parada e o campo se fecha numa espécie de zoom (KASTRUP, 2007).

Romper com a rotina do instituído e propor uma nova forma de olhar o ser humano enfermo foi uma forma de reconfigurar o território de observação. Um ambiente que era percebido de forma iatrogênica, passou a ser palco de outras perspectivas de se fazer o cuidado de enfermagem.

Minha janela atencional nesse momento se concentrou em entender o nível de interação que se formava a partir da imposição de mãos. A noção de janela atencional no âmbito dos estudos da atenção serve para marcar que existe sempre um certo quadro de apreensão (KASTRUP, 2007).

Esse foi um momento extremamente significativo da jornada cartográfica a que se propôs essa tese. Aplicar o Toque Terapêutico no ambiente hospitalar foi uma experiência única em minha trajetória acadêmica e de vida. Nesse contexto pude me perceber mais que uma enfermeira prestando um cuidado específico de saúde. A dimensão desse cuidado assumiu uma responsabilidade diferente no tocante a prevenção da iatrogenia.

Ao utilizar a terceira variedade da atenção da cartógrafa, ou seja, o gesto de pouso houve a necessidade de experimentar no campo prático o cuidar a partir do TT. Formou-se um novo território, uma nova perspectiva, cuja janela foi passagem para os fluxos até então construídos nas oficinas anteriores (KASTRUP, 2010). Essa nova perspectiva de cuidado de enfermagem trouxe o seguinte questionamento: Como é chegar na pessoa hospitalizada com a abordagem do TT?

Para responder tal assertiva, essa microintervenção se propôs:

Objetivo geral: Analisar a aplicação do Toque Terapêutico em duas pacientes da Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da FURG;

⁴⁹ A unidade de Clínica Médica do HU- FURG possui 49 leitos e atende pacientes clínicos portadores, na maioria das vezes, de doenças crônicas.

Objetivos específicos:

- Acompanhar duas pacientes durante os meses de maio a junho de 2012;
- Registrar no prontuário das mesmas os cuidados prestados através da Taxonomia de Nanda;
- Observar possíveis alterações no quadro clínico dos pacientes.

É importante considerar que após o reconhecimento do Toque Terapêutico (TT) como terapia complementar pelas ciências da saúde, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) incluiu, em seus diagnósticos uma avaliação de distúrbio do campo energético, o que preconiza o TT como tratamento, conforme Anexo I (SÁ, 2008, p. 67).

4.3.1.1 Realizando uma Escuta Sensível: a escolha das pessoas internadas para a aplicação do TT

Procurei fazer essa escuta começando pela forma de escolha das pessoas internadas para a aplicação do TT. Embora naquele momento estivesse atuando na clínica médica com um grupo de alunos do sétimo semestre de Administração e conhecesse a maioria dos enfermos, deixei com que durante esse atendimento algumas pistas cartográficas, dentre elas mais especificamente o gesto de pouso, me indicassem que “aquela pessoa” estaria predisposta a tal. O gesto de pouso, de acordo com Kastrup (2009): “[...] indica que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realiza uma parada de campo e se fecha, numa espécie de zoom. Um novo território se forma, o campo de observação se reconfigura” [...] (KASTRUP, 2009, p. 43).

Assim, o que notei foi que a primeira paciente, que aqui denominarei “Sempre Viva”, “é que me escolheu”. Quando chegava próximo a ela com os alunos para realizar um procedimento corriqueiro, como a ronda matinal, ela me olhava e pegava minha mão e levava até o joelho, que estava dolorido. Essa foi uma das pistas que segui para perguntar-lhe se havia interesse em que aplicasse o TT, o que foi aceito de imediato. A outra pista foi seu olhar, “aquele olhar profundo que dizia tudo sem que precisasse proferir uma palavra”.

A escolha da segunda pessoa hospitalizada, que aqui será denominada de “Esperança”, foi completamente diferente, pois não a conhecia previamente. O único detalhe que sabia foi o fato da mesma apresentar uma patologia crônica pelo leito que havia sido internada. Normalmente, é rotina na Clínica Médica internar os pacientes crônicos com HIV em

enfermarias separadas pelo risco de adquirirem outra doença infecciosa oportunista, em virtude de sua baixa imunidade.

Mas, de acordo com o depoimento que dei no vídeo experimentação na oficina durante a 35ª Semana Riograndina de Enfermagem em 2011, estrategicamente não fui ao prontuário dessa paciente, para saber os detalhes e motivos reais de sua internação hospitalar. Primeiramente fui conversar com ela e ouvir o que ela tinha a me dizer e saber de seu interesse em participar da pesquisa. Ela também aceitou em participar.

Desse modo, começava uma riquíssima vivência, onde pude sair um pouco da rotina pré-estabelecida dos cuidados de enfermagem com base somente em normas institucionais e aproximar-me de um verdadeiro clinamen.

4.3.2 Resultados e considerações

Para a proposta desta microintervenção, foi apresentado primeiramente um resumo dos dados do prontuário de cada paciente, aqui identificadas como “Sempre Viva” e “Esperança”, os quais contemplam: nota de internação, exames laboratoriais e fármacos administrados.

Também foram construídas duas tabelas de parâmetros (4 e 8), as quais tiveram embasamento nos seguintes parâmetros: dor (conforme Escala Visual Analógica), Pressão Arterial, Exames laboratoriais (leucograma, leucócitos, hemoglobina e hematócrito), diurese, fezes, campo bionérgico da paciente, diagnósticos e evoluções de enfermagem (NANDA, 2010). Essas informações foram obtidas a partir da aplicação do TT pela pesquisadora e serviram de referência para posterior análise. Como os dados contidos nos prontuários foram transcritos e apresentam uma terminologia específica da área da saúde, tais termos então contemplados no Apêndice.

4.3.2.1 Dados do prontuário de SEMPRE VIVA

Nota de Internação- dia 19 de abril de 2012

Unidade de Clínica Médica do HU

Paciente refere que há quatro dias vem apresentando dor em hemitórax posterior direito, em pontada contínua com crises mais intensas ao longo do dia que melhora com analgésico e compressão da região dolorosa. Ontem (18/04/12) a dor foi muito intensa e que

não melhorava em casa, por esse motivo procurou o HU. Negou febre. Os sintomas respiratórios que acompanham são dispneia aos pequenos esforços e tosse seca sem expectoração que já está presente há algum tempo. Nega hemoptise.

Paciente com história de Neoplasia de pulmão direito em 2010 com radioterapia. Internada em janeiro de 2012 por pneumonia da comunidade. História de queda com trauma torácico há um mês. Refere dor em membro superior direito sem conseguir erguer muito o membro. Apresenta astenia e anorexia. Ex- tabagista há 3 anos (1 carteira por dia por 40 anos), etilismo, HAS diagnosticada há 27 anos, não tem alergias, mas refere náusea com dipirona. Fez três cesáreas, apendicite e colocou 2 stands cardíacos. Co- morbididades: IRC há 2 anos, aneurisma de aorta há dez anos, hérnia de hiato há 20 anos, anti- HCV positivo e neoplasia de pulmão direito com radioterapia em 2010.

Paciente deu alta hospitalar: dia 16 de maio.

Plano médico até dia 11/5:

- Aguardar até radioterapia ou dar alta antes
- Controle da função renal e eletrólitos
- Urocultura
- Controle da dor.

Fonte: Prontuário do Cliente.

Principais exames laboratoriais realizados no período de 27/04/12 à 13/05/12, conforme dados do Prontuário. Os valores de referência para Hemograma e Carga Viral encontram-se no Anexo J.

Tabela 2 - Principais exames laboratoriais em Sempre Viva

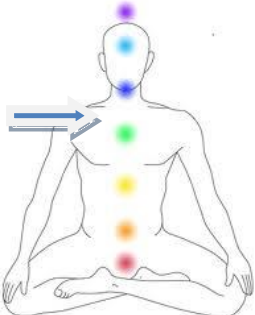
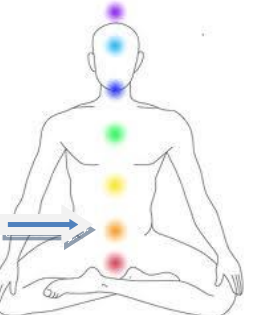
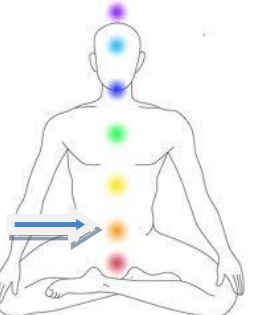
DIA	27/04/12	30/04/12	02/05/12	06/05/12	08/05/12	11/05/12	13/05/12
HEMATÓCRITO	32%	30%	31%	28%	32%	31%	32%
HEMOGLOBINA	10,5 g/dl	9,7 g/dl	10,1 g/dl	9,2 g/dl	10,2 g/dl	9,9 g/dl	10,4g/dl
ERITRÓCITOS	3,7 milhões	3,47	3,64	3,24	3,60	3,54	3,68 milhões/mm ³
LEUCÓCITOS	6,500 mm ³	5,900 mm ³	8.000 mm ³	5,800 mm ³	7,300 mm ³	5,300 mm ³	6,300 mm ³
PLAQUETAS	92,000 mm ³	87,000 mm ³	100,00	107.000	133000	141000	127,000

Tabela 3 - Principais fármacos administrados em Sempre Viva

Sinvastatina - 110 mg- 1 X ao dia	Redutor de colesterol
Anlodipina 05mg- 2X dia	Bloqueador do canal de cálcio
Furosemida (diurético) 40 mg - 1X dia	Diurético
Sustrate 10mg - 2X dia	Vasodilatador coronariano
Enalapril 10mg - 2X dia	Anti – Hipertensivo
Hidroclorotiazida - 25 mg - 1X dia pela manhã	Diurético e anti-hipertensivo
Omeprazol	Indicado para úlceras do sistema gastrointestinal
Tylox	Analgésico e antitérmico
Paracetamol	Analgésico e antitérmico
Cloridrato de amitriptilina	Antidepressivo
Diazepan	Ansiolítico
Lactulona	Laxante
Tartarato de metoprolol	Antianginoso

Tabela 4 - Principais Parâmetros observados concomitantemente a aplicação do Toque Terapêutico em Sempre Viva

Dias de aplicação do TT- Manhã	10/05/12	11/05/12	15/05/12
DOR Utilização da Escala Visual Analógica	Antes da aplicação do TT: 5 Depois da aplicação do TT: 2	Antes da aplicação do TT: 1 Depois da aplicação do TT: 0	Antes da aplicação do TT: 3 Depois da aplicação do TT: 1
PA- antes/depois da aplicação do TT	130x80mmHg / 110x60 mmHg	Manteve-se 110x60mmHg	Manteve-se 110x60mmHg
Dias de aplicação do TT- Tarde	10/05/12	11/05/12	15/05/12
DOR Utilização da Escala Visual Analógica	Antes da aplicação do TT: 5 Depois da aplicação do TT: 2	Antes da aplicação do TT: 1 Depois da aplicação do TT: 0	Antes da aplicação do TT: 3 Depois da aplicação do TT: 1
PA- antes/depois da aplicação do TT	130x80mmHg / 110x60 mmHg	Manteve-se 110x60mmHg	Manteve-se 110x60mmHg
LEUCOGRAMA/ LEUCÓCITOS	DIA 8/05 7,300mm ³	5,300 mm ³	DIA 13/05-6,300 mm ³
HEMOGLOBINA/ HEMATÓCRITO	10,2 g/dl /32%	9,9 g/dl /31%	10,4 g/dl /32%
DIURESE	Presente, mas referiu dor no ato miccional, melhorando após aplicação do TT	Presente com diminuição da disúria	Presente com diminuição da disúria
FEZES	Presente	Presente	Presente

CAMPO BIONERGÉTICO DO PACIENTE			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM NANDA	Distúrbio do fluxo de energia evidenciado por mudança de temperatura (calor) na altura do chakra cardíaco relacionado à neoplasia, a dor e ansiedade pelo período de internação hospitalar.	Distúrbio do fluxo de energia evidenciado por mudança no campo de energia a altura do chakra umbilical (movimento de onda morna nas mãos do terapeuta) relacionado a ansiedade pelo período de internação hospitalar.	Distúrbio do fluxo de energia evidenciado por mudança no campo de energia a altura do chakra umbilical (movimento de onda morna nas mãos do terapeuta) relacionado a ansiedade pelo período de internação hospitalar.
EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM	10/05/12- às 9:30h- Ministrado Toque Terapêutico como cuidado de enfermagem (Técnica desenvolvida pela enfermeira Dolores Krieger na década de 70, a qual visa reequilíbrio do campo energético do paciente). Durante o TT percebeu-se uma sensibilização no chakra do plexo solar da cliente, ocorrendo uma mudança de temperatura da palma da mão em forma de calor. Após esse curto período, paciente referiu alívio da dor e houve uma pequena alteração na Pressão Arterial, a qual foi registrada em 110X60 mmHg	11/05/12- às 12:20h- Paciente referiu alívio da dor e ter dormido bem a noite. Durante aplicação de Toque Terapêutico houve uma sensação de calor morno em região do hipocôndrio direito. De acordo com a Taxonomia de Nanda foi percebido um movimento em onda no momento do TT em relação à percepção de mudança no fluxo de energia. Sinais vitais mantiveram-se estáveis.	15/05/12 às 16h- Aplicado Toque Terapêutico (TT) antes das medicações das 16:00h. Paciente referiu se sentir melhor e pediu que juntamente com o TT pudesse ouvir melodia por fone de ouvido. Apresenta-se disposta, deambulante e sem queixas álgicas. Mantém quadro. Sinais Vitais estáveis. Tem previsão de alta para amanhã pela manhã.

SEMPRE VIVA

Minha aproximação com “*Sempre Viva*”, 68 anos para a aplicação do TT fez com que eu atentasse para detalhes até então despercebidos por mim, mas que se tornaram fundamentais para o decorrer dos dias. Ela internou no dia 19 de abril de 2012 na Unidade de Clínica Médica do HU com os seguintes diagnósticos médicos:

- Neoplasia escamocelular diferenciado infiltrativo de Pulmão em 2010 (19 sessões de radioterapia);
- IRC (Insuficiência Renal Crônica)- há dois anos- rim direito atrofico
- HCV (Vírus da Hepatite C)- positivo
- Aneurisma de aorta abdominal e tórax
- HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)- há 30 anos
- ICC (Insuficiência cardíaca congestiva)
- Hernia hiatal

(Fonte: Prontuário do Cliente)

Sua principal queixa era dor na panturrilha da perna direita, de forma que quando passávamos por seu leito ela estava sempre gemente. Normalmente acompanhada de uma filha e recebia também muitas amigas no horário de visita. Minha aproximação com ela ocorreu inicialmente por estar acompanhando uma turma de estágio do sétimo semestre da graduação. Desde esses momentos já começaram a surgir pistas cartográficas importantes, que ficaram “em processo” entre nós: *“era seu olhar, seu sorriso, suas mãos que seguravam as minhas de forma diferente”*.

Na escuta dos profissionais de saúde, normalmente a resposta a sua queixa de dor era: *“já vamos levar o remédio, está quase na hora*. Quando se aproximavam era somente para lhe fazer perguntas do gênero: *“Ainda está com dor? Tomou o remedinho? E a pressão arterial? Foi aos pés, urinou hoje?”*

Em virtude de ter submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Universidade, pude começar a aplicação do TT no setor hospitalar apenas a partir de 10 de maio. Sempre Viva, nome que a própria paciente escolheu, foi a primeira pessoa hospitalizada que apliquei o TT. Tinha contato com ela há pelo menos um mês e ela instintivamente buscava essa interação, pois levava minha mão ao seu joelho e *“dizia que aliviava a dor.”*

Como estava internada numa enfermaria conjunta, onde havia ruídos e todo tipo de barulho, propus uma melodia suave com fones de ouvido. Assim, ela poderia se deitar e relaxar antes que começasse a aplicação do TT. Anotei algumas percepções desses momentos, as quais transcrevo a seguir na íntegra:

Dia 10/05/12- Turno manhã 9:30h

Foi aplicado Toque Terapêutico à beira do leito, a cliente encontrava-se sentada e preferiu deitar-se. Pedi para que a mesma relaxasse, coloquei uma melodia em mp4 com fone de ouvidos (já que a enfermaria era conjunta), a música Oração das orações. Pedi a mesma para que se concentrasse nas flores que havia nos pés da cama, as quais foram lhes dadas pelo Dia das Mães. A filha da paciente acompanhou todos os momentos. Assim, fiquei em pé e comecei a aplicar o TT. Inicialmente senti um calor mais intenso na altura dos chacras cardíaco e plexo solar da paciente. A mesma referiu alívio da dor e sentir um calor. Embora com o barulho da enfermaria, a paciente conseguiu relaxar.

Dia 11/05/12- Turno da manhã 8:15h

Durante a aplicação do Toque Terapêutico a paciente referiu se sentir muito bem, um calor que alivia a tensão hospitalar. Uma das alunas que estava em estágio acompanhou a aplicação que durou aproximadamente 10 minutos e relatou sentir algo agradável. É importante considerar que a paciente não sentiu mais dor desde o dia anterior.

Dia 14/05/12- Tarde

Nesse dia foi mantido uma conversa terapêutica em que a paciente referiu ter passado bem o final de semana e que aguardava exames e por isso ainda estava internada.

Dia 15/05/2012

A senhora Sempre Viva, como sempre, muito receptiva já ia se deitando quando eu chegava, fechando os olhos, sem se preocupar que estava numa enfermaria conjunta e tampouco que estava a filha e outra familiar ali junto. Enfim, ela se concentra e realmente sente o “calorzinho”. Hoje, diferentemente da última aplicação, senti a necessidade de aplicar o TT nos joelhos, pés e na região renal direita. Demais, segui nas posições dos chacras cardíaco, plexo solar e frontal. Apliquei também na face. No momento deixei minha intuição fluir e passei a aplicar de acordo com ela. Senti-me confortável com essa paciente. Sinais Vitais estáveis.

Embora o propósito maior com essa atividade não tenha sido comprovar a eficácia do TT, também realizei um estudo no sentido de acompanhar possíveis alterações laboratoriais,

nos sinais vitais, bem como no quadro clínico da dor. Também registrei o cuidado prestado no prontuário da paciente, escrevendo evoluções de enfermagem, conforme tabela 3.

4.3.2.2 Algumas percepções do momento de Aplicação do TT em “Sempre Viva”

Foi minha primeira experiência aplicando o Método Krieger-Kunz de Toque Terapêutico. Para centrar-me, antes de aplicar o TT, costumo ouvir uma melodia agradável, fechar os olhos durante um ou dois minutos e inspirar e expirar umas três vezes, imaginando estar próxima a natureza. Posteriormente, faço o diagnóstico do campo energético do paciente: “É obtido por meio do uso das mãos, quando o terapeuta percorre o campo de energia humano do receptor no sentido céfalo- podálico para detectar forças emanadas do paciente” (SÁ, 2008, p. 55).

Quando chegava ao leito de “Sempre Viva” ela já ia abrindo “aquele sorriso”, pedindo licença para quem estava na volta, deitava-se e solicitava o fone de ouvido para em seguida receber o “calorzinho”, como chamava o Toque. O ruído que estava a sua volta, pois se tratava de uma enfermaria conjunta com mais cinco pessoas internadas e seus familiares, parecia não interferir no seu relaxamento.

Foi aplicado o Toque Terapêutico nos dias 10,11 e 15 de maio e dentre os parâmetros observados, obteve-se alívio da dor de forma muito significativa, conforme Tabelas I e II. Outros parâmetros laboratoriais, como hemoglobina, hematócrito, leucócitos e plaquetas tiveram ligeiras alterações, mas insuficientes para correlacionar com esse estudo. Também é importante considerar que ela estava fazendo uso de dois analgésicos, mas sua queixa de dor era permanente. Contudo, o objetivo maior desse processo cartográfico, foi a partir de uma leitura esquizoanalítica da realidade, experimentar um cuidado através do uso imposição de mãos do TT. Ou seja, o que sentimos com essa interação? Quais fluxos energéticos nos percorriam nesse momento? Talvez para uma metodologia tradicional, bastasse fazer a relação da aplicação do TT e dos parâmetros laboratoriais. Mas a cartografia aproxima a pesquisa com a vida:

[...] a cartografia, acontece como um dispositivo, pois, no encontro do pesquisador com seu ‘objeto’, diversas forças estão presentes, fazendo com que ambos não sejam mais aquilo que eram. Nesse sentido, o método cartográfico ‘desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência, para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do autor, artista, pesquisador, cartógrafo (KASTRUP; BARROS, 2010, p. 77)

Nesse momento havia uma disposição estética muito importante, ou seja, tanto Sempre Viva quanto eu nos sentíamos “cuidadas”. Refiro-me a uma disposição estética não só no sentido da posição dos corpos que é de interação, e não de hierarquia, mas sobretudo pelo fato das etapas para a aplicação do TT requererem uma conexão com o campo de energia a nossa volta. Voltamo-nos para aspectos mais simples e fluídicos da vida, os quais se aproximam do devir-natureza:

*Portais para a Cura
As flores ao pé do leito
Eram de um colorido único
Contrastavam com o nu
Das paredes ao redor
Eram a representação da vida
Naquele ambiente tão hostil
Emanavam luz, amor
E sabedoria
Na perenidade de seus saís
Convidavam a trilharmos
O caminho da beleza
A entendermos a doença
A dor, a morte e o sofrimento
Como crisálidas encantadas
Tão intensas em seus devires
Tão efêmeras em suas jornadas
ACCO*

Sempre Viva ganhou flores no Dia das Mães, as quais foram dispostas ao pé do leito. Algumas vezes pedi para que ela se concentrasse nas flores e na música para receber o TT. O que me chamou a atenção nesses encontros com ela foi sua disposição para interagir comigo e com seu entorno depois da aplicação do calorzinho, como ela chamava o TT. Não conversávamos sobre sua patologia, porque ela dava prioridade em referir suas atividades em casa, o que já estava programando para depois da alta hospitalar. Outro aspecto a considerar, foi a maneira que ela me recebia, diferente das vezes em que fui com os alunos e tinha uma abordagem mais tradicional. Nesses momentos ela comportava-se como “coitadinha de mim”, mostrando-se prostrada e com aspecto cansado.

4.3.2.3 Dados do prontuário de ESPERANÇA:

Diagnósticos médicos:

HIV/ SIDA (2001)

CD4: 130

Disfagia/ odinofagia

Ex- usuária de droga

Febre/tosse/sudorese noturna

Zóster (2006- 2011).

“Queixa- principal: disfagia e odinofagia há um mês agravada há uma semana.”

Nota de Internação- dia 19 de abril de 2012- Unidade de Clínica Médica do HU

Paciente relata que há um mês vem sentindo dificuldade para se alimentar, referindo disfagia alta para comidas inicialmente sólidas e também pastosas. Relata junto odinofagia que também ocorre para líquidos, principalmente se quentes. Refere dor torácica a direita e é nessa região que sente a comida “trancar”. Essa dor se irradia para a parte posterior do tórax na mesma altura. Dor forte em caráter de opressão que alivia quando está se alimentando. Sente que tem uma “bola” nessa região que vem crescendo ao longo desse mês. Sente dor ao toque nessa região.

Refere tosse úmida produtiva com escarro amarelo há cinco dias. Refere sudorese noturna e febre vespertina. Relata dispneia a médios esforços há aproximadamente duas semanas (nega ortopneia). Emagrecimento de 5-6 Kg em um mês. Procurou o SPA há duas semanas, quando foi receitado fluconazol por 15 dias. Fez uso correto mas não houve melhora do quadro. Contato com tuberculose (filha terminou tratamento há dois meses).

Alta: dia 15 de junho de 2012.

Fonte: Prontuário

Tabela 5 - Sinais vitais

DIA	11/05/12	13/05/12	29/05/12	04/06/12	05/06/12	06/06/12	08/06/12	12/06/12	13/06/12
Temperatura	___	36,2°C	36,5°C- 36,6°C	36,6°C	36,0°C	36,0°C	36,4°C	36,0°C	36,0°C
Frequência Cardíaca	___	80	80-86	84	86	92	86	93	86
Frequência Respiratória	___	20-22	19-20	18	21	18	19	19	20
Pressão Arterial	130x90 mmHg	140X80 mmHg	110x70 mmHg	110x70 mmHg	120x70 MmHg	100x60 mmHg	100x60 mmHg	120x70 mmHg	120x70 mmHg

Tabela 6 - De valores laboratoriais

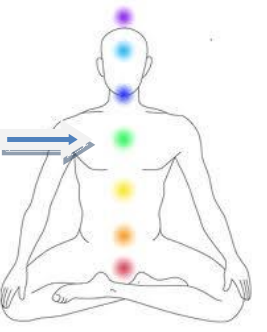
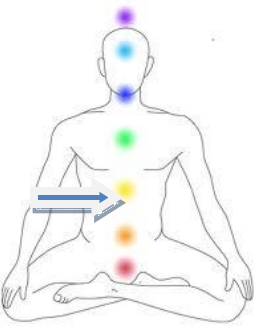
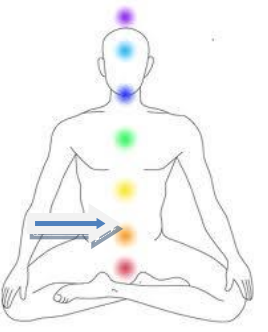
DIA	HEMATÓCRITO	HEMOGLOBINA	ERITRÓCITOS	LEUCÓCITOS	PLAQUETAS Valores de referência: 180.000 a 420.000 mm ³
7/05/12	35%	11,6g/dl	3,76 milhões	5.500 mm ³	216.000 mm ³
8/05/12	34%	11,3g/dl	3,65 milhões	4.800 mm ³	212.000 mm ³
12/05/12	35%	11,7 g/dl	3,70 milhões	4.000 mm ³	238.000 mm ³
15/05/12	35%	11,5g/dl	3,72 milhões	4.200 mm ³	277.000 mm ³
18/05/12	35%	11,6g/dl	3,70 milhões	3.400mm ³	261.000 mm ³
21/05/12	32%	10,6g/dl	3,40 milhões	4.200 mm ³	334.000 mm ³
28/05/12	29%	9,9g/dl	3,25 milhões/mm ³	2.800 mm ³	265.000 mm ³
31/05/12	31%	10,4g/dl	3,28 milhões	3.600 mm ³	452.000 mm ³
4/6/12	30%	10,4 g/dl	3,28 milhões	3.600 mm ³	452.000 mm ³
7/6/12	31%	10,0g	3,13 milhões	3.300 mm ³	426.000mm ³
11/6/12	31%	10,5	3,18 milhões	3200 mm ³	302.000 mm ³

Tabela 7 - Fármacos administrados no período

Nistatina solução oral	Antifúngico
Bactrim profilático	Antibiótico
Ganciclovir- uso durante 35 dias	Antibiótico
Tenofovir+Lamivudina+Kaletra	Tratamento antiretroviral
Claritromicina fez 10 dias	Antibiótico
Amoxicilina fez 10 dias	Antibiótico
Cetoconazol 2% creme pés	Antimicótico
Plasil fixo	Diurético
Omeprazol	Antiulceroso
Nitrofurantoina 100mg 6/6h - em média usou 5 dias	Antibiótico
Tamiflu 75mg 12/12hs- usou dois dias	Antiviral

Tabela 8 - Principais Parâmetros observados concomitantemente a aplicação do Toque Terapêutico em Esperança

Dias de aplicação do TT	10/05/12	17/05/12	21/05/12
DOR Utilização da Escala Visual Analógica	Se dor significativa	Sem dor significativa	sem dor significativa
PA- Manteve-se em média	120x70mmHg	120x70mmHg	120x70mmHg
LEUCOGRAMA LEUCÓCITOS	4000 mm ³	3400 mm ³	4200mm ³
HEMOGLOBINA/ HEMATÓCRITO	11,7 g/dl/35%	11,6g/dl/35%	10,6g/dl/32%
DIURESE	Presente, com disúria, melhorando após aplicação do TT	Presente com diminuição da disúria	Presente com diminuição da disúria
FEZES	Presente	Presente	Presente

CAMPO BIONERGÉTICO DO PACIENTE			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM NANDA	Distúrbio do fluxo de energia evidenciado por sensação de formigamento na altura do chacra cardíaco relacionado a expectativa da paciente pela alta hospitalar após resultado de exames laboratoriais.	Distúrbio do fluxo de energia evidenciado por sensação de esfriamento na altura do chacra umbilical relacionado a ansiedade apresentada pela paciente.	Distúrbio do fluxo de energia evidenciado por sensação de esfriamento na altura do chacra umbilical relacionado a ansiedade apresentada pela paciente.
EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM	10/5/12 às 15:15h- Aplicado Toque Terapêutico como cuidado de enfermagem (técnica desenvolvida pela enfermeira Dolores Krieger na década de 70, a qual visa reequilíbrio do campo energético do paciente). Durante a aplicação do TT houve uma reação de relaxamento por parte da cliente, a qual referiu uma sensação de paz. De acordo com a taxonomia de Nanda, houve uma sensação de formigamento e calor nas mãos, durante a terapia, com posterior alívio de estresse. Sinais vitais se mantiveram estáveis.	17/05/12 às 10:30h- Aplicado toque terapêutico. Paciente referiu sensação de relaxamento e bem-estar. Durante a aplicação senti calor em minhas mãos, havendo a necessidade de trabalhar novamente o chacra cardíaco e plexo solar. Houve pequena sudorese e sono no momento do TT. Paciente com sinais vitais estáveis.	21/05/12 Aplicado TT no turno da manhã. Paciente referiu um profundo relaxamento, diminuindo a ansiedade e estabilizando os sinais vitais, sobretudo a pressão arterial. 6/6/12- Aplicado TT no turno da manhã durante quinze minutos. Paciente referiu ansiedade e ainda aguarda laudo de EDA (Endoscopia Digestiva Alta). Ainda apresenta disúria Apresenta-se hipertensa no turno devido a ansiedade. Após aplicação do TT cliente referiu alívio, melhorando a fisionomia. Durante aplicação apresentou relaxamento (evidenciado por expressão fisionômica e respiração profunda), além de sudorese. PA após aplicação apresentava-se 140x80mmHg. Demais sinais vitais estáveis.

ESPERANÇA

Minha aproximação com Esperança, 53 anos, nascida e residente em Rio Grande, aposentada por doença teve um delineamento completamente diferente. Antes de ir em seu

prontuário, fui primeiramente conversar com ela. O único detalhe que presumia de seu quadro clínico é que ela possivelmente era soropositivo, a julgar pelo leito da Clínica Médica em que ela internou. Ela ficou sozinha no quarto, após ter internado na unidade em 19/04/12.

Fui ao seu encontro no dia seguinte para conversarmos. Procurei ouvi-la primeiramente. Apresentei-me como professora que acompanhava um grupo de alunos naquele setor e que naquele dia especificamente, como não era o de estágio, eles não estavam. Ela ficou aguardando minhas perguntas, de modo que seu olhar era inquisidor. Naquela circunstância não saberia precisar que ela seria uma das pessoas que aplicaria o TT, pois não tinha ainda a obtenção da aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital.

Assim, aguardei alguns minutos até que ela proferisse algumas palavras. No momento ela ficou em silêncio e depois de algum tempo sorriu e me perguntou se não faria nenhuma pergunta a ela. Respondi que não, que estava ali para lhe ser útil e ouvir o que ela tinha a dizer, caso quisesse falar. Ela meneou a cabeça e olhou para o chão, dizendo que se não fosse pelo marido (faleceu pelo HIV) ela não estaria ali.

Depois que pegou “aquela doença” nunca mais foi a mesma. Trabalhava como cozinheira e tinha duas filhas, uma de 23 e outra de 33 anos e netas (colocou a foto das mesmas em sua mesinha de cabeceira). No momento, estava com muita dificuldade para se alimentar, quando comia sentia uma queimação no estômago. Perguntou-me, posteriormente, se essa dor quando se alimentava era do HIV. Percebi que ela tinha um sentimento de “raiva” por ter adquirido o HIV por intermédio do esposo, não só em virtude da doença, mas principalmente pela traição.

Despedimo-nos nesse dia e fiquei imaginando como nossa abordagem de atendimento clínico hospitalar é “despersonalizada” e parece seguir uma lógica de mercado, parecendo se referir muito mais a algum objeto do que propriamente a uma pessoa com seu grau de subjetividade. Depois de ter conversado com Esperança, foi muito desagradável chegar no prontuário e me deparar com informações que soavam tão frias.

Mesmo não podendo precisar se poderia aplicar o TT nessa pessoa hospitalizada, comecei a olhá-la de uma outra maneira, só pelo fato de meu primeiro contato com ela não ter sido o prontuário. Vi-a como uma pessoa e não apenas como uma “cliente”, “paciente”. É interessante como a vivência na tentativa de me aproximar da Esquizoanálise mudou minha percepção da vida e de mim mesma.

De fato, muitos fluxos nos atravessavam naquele momento, dependendo da abordagem que tivesse com ela, um abismo poderia nos separar ainda mais. Estávamos no mesmo quarto hospitalar, mas o “recorte da vida” que nos aproximava aparentemente era sua doença crônica (o HIV), o estigma da doença que ela mesma expressava por ficar separada das demais pessoas. Mesmo que o último aspecto seja justificável, em virtude de sua imunidade estar comprometida, não deixa de gerar um desconforto e sensação de menos valia pela pessoa que está internada.

[...] os fluxos, em estado de imanência, estão presentes em todos os planos, e o que se altera é sua composição: segmentar, estratificada, no plano de organização, e fluida, conectiva, no plano de consistência. Segundo Deleuze e Guattari (1996), a forma segmentar estanca a circulação da vida e opera cortes e recortes que produzem o modo estabelecido de nos colocarmos no mundo, tendo como objetivo estabelecer métodos de hierarquização e de organização (ROMAGNOLI, 2009, p. 170).

Embora tivesse acompanhando-a desde a internação, só propus a aplicação de TT para ela depois de ter recebido a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da FURG. Assim, a partir do dia 10 de maio comecei a aplicação das sessões de terapia, as quais foram em número de quatro. É importante considerar que gravei o depoimento de Esperança em duas delas.

Inicialmente ela foi muito resistente, pois minha simples presença colocava-a numa situação defensiva. Depois que ela percebeu que eu não estava ali para prejudicá-la, ela relaxou mais e conseguimos juntas, inaugurarmos um novo sentido de “cuidar”. Comprometeu-se, por exemplo, em aderir ao tratamento para o HIV.

Costuma-se olhar a pessoa do ponto de vista clínico na abordagem da biomedicina, o que talvez, da maneira que a exerçamos, não seja tão respeitosa, pois foca-se predominantemente a doença. Como a aplicação do TT em Esperança não levou em consideração sua patologia e a forma que me aproximei dela não foi a adotada rotineiramente pelo hospital, entendi como oportuno gravar duas falas dela, após cada sessão de aplicação de TT. Pude perceber que o entendimento da mesma em relação ao cuidado que estava sendo prestado foi diferente daquele de praxe que exercemos ao administrarmos fármacos e procedermos com os cuidados de enfermagem de acordo com a prescrição médica. A seguir as duas transcrições:

Transcrição 1:

Aline: E aí, querida suou um pouquinho?

Esperança:

Ahhhh, que bom, chegou a dar um calor

Em todo o corpo

Parece que vai lá dentro do corpo

Parece que eu to num lugar bonito caminhando

Pô, muito bom

Faz toda diferença, suei.....

Se todo mundo fizesse, seria muito bom....

Parece que a mão entra lá dentro da gente....

Muito bom, é mesmo

Que outras pessoas façam para ver como é bom

As vezes, a gente assim, não tem tempo de parar para relaxar

É muito bom....

Gostei de ti muito

É uma boa enfermeira

As pessoas estão aqui, sozinhas, debilitadas

Se não tiver ninguém para ver elas assim

O que me chamou a atenção dessa primeira fala foram os seguintes trechos: “*parece estar num lugar bonito caminhando*”, “*parece que a mão entra lá dentro da gente*” e “*as pessoas estão aqui sozinhas, debilitadas, se não tiver ninguém por elas assi..*”. Ao que tudo indica, a aplicação do TT foi capaz de propiciar um relaxamento e uma postura da paciente diferente da adotada antes da terapia. Mesmo ela estando dentro de uma enfermaria com os barulhos do dia-a-dia, com o auxílio da Melodia Oração das Orações e a aplicação do TT ela imaginou um local bem diferente, bonito e seu semblante assumiu essa característica, assim como seu corpo.

Houve um “esvaziamento do corpo cheio”, mesmo que temporário, pois ela esqueceu nesse período que estava no ambiente hospitalar. Por outro lado, reportando-me às microintervenções já realizadas anteriormente, com certeza, a qualidade do encontro entre o cuidador e a pessoa hospitalizada faz toda a diferença. Ela não precisou sair do ambiente hospitalar para se sentir bem e confortável. Um espaço até então iatrogênico, assumiu outras características devido à abordagem que estava sendo dada.

Também gostaria de destacar que não senti “pena dessa paciente”, como normalmente temos de nossos enfermos em situação semelhante. Como meu primeiro contato foi diretamente com ela, o enfoque foi na pessoa dela, sem me preocupar com sua patologia. Minha expectativa naquele momento era ditada por ela, no sentido que as necessidades quem estabelecia era a mesma. Se tivesse lido o prontuário primeiramente, teria desenhado seu perfil, antes mesmo de conhecê-la e consultá-la e iria prestar um cuidado a uma desconhecida, por que não a ouviria adequadamente. Essa impessoalidade acontece a toda hora, a partir do momento em que automatizamos nosso comportamento em relação ao planejamento do cuidado.

Transcrição 2

Aline: Melhorou um pouco a tensão?

Esperança:

Ahhhhh!

Passou um pouco aquela tensão...

Ahhhhhhh!

Muito obrigada, valeu...

Pô, parece até que saiu um peso de cima

Chegou a suar as mãos

Estou me sentindo mais forte

Ah, coisa boa passou aquela tensão

Eu to me sentindo mais forte

Ahhh, coisa boa.....

Dessa segunda fala, o que me chamou a atenção foi o alívio da tensão e a sudorese que a paciente apresentou. Conforme ia aplicando o TT, ela começou a suar copiosamente, mas referia sentir-se confortável, de modo que continuei tranquilamente a aplicação. Por outro lado, percebi que com essa prática, ela se sentia mais forte para o enfrentamento da situação que estava apresentando. Na última semana de internação, ela estava com suspeita de ter contraído H1N1 e por isso ficou em isolamento respiratório durante dois dias e fez tratamento preventivo com “Tamiflu”, conforme Tabela 7. Contudo, foi descartada a suspeita de H1N1.

Como foi a segunda vez que apliquei o TT em ambiente hospitalar, também me surpreendi com alguns aspectos, como a sudorese e o efeito de bem estar que a terapia proporcionava à paciente e também a mim de maneira tão instantânea. Saía muito bem de sua enfermaria.

É oportuno observar que o maior objetivo da aplicação desse método é colaborar efetivamente para alcançar a melhor qualidade de vida possível do ser humano. Em uma época com a que estamos vivenciando, com crises existenciais, injustiças sociais e desarmonia entre os grupos humanos, em que nos mostramos cada vez mais distantes da natureza, em um mundo frio e materialista, as terapias complementares parecem ser um caminho de resgate da igualdade e da dignidade humana. Aplicá-las torna-se um exercício bioético em prol da vida (SÁ, 2008, p. 78-9).

O cientista sabe que é preciso ousar e ser arrojado na busca do novo para que a ciência progrida. O TT, há mais de trinta anos, é um dos métodos mais ousados do ponto de vista da exploração do potencial energético humano de cura pela imposição de mãos, aliando princípios da física e resgatando a compaixão pelas criaturas terrenas. Botsaris (2001) em seu livro “Sem anestesia, o desabafo de um médico” faz uma referência ao uso das mãos de forma terapêutica e entende que embora o conhecimento científico ainda seja limitado, essas práticas devem ser tratadas com respeito, para que possam, um dia, ser compreendidas aos olhos da ciência. Os médicos não devem negar os fenômenos simplesmente por não saber explicá-los.

4.3.2.4 Algumas percepções do momento de Aplicação do TT em “Esperança”:

A seguir serão apresentadas algumas considerações sobre a aplicação do Toque Terapêutico em Esperança em relação aos parâmetros clínicos e laboratoriais, bem como os registros de enfermagem que fiz, em formato de evoluções e anotações no diário de campo:

Apliquei o TT em três momentos distintos em Esperança, dias 10, 17 e 21 de maio de 2012, conforme Tabelas 6. Em relação ao parâmetro dor, nesses dias a mesma não referiu senti-la, nem antes e nem depois da aplicação do Toque Terapêutico. Apresentava apenas um desconforto no ato miccional, disúria, a qual aliviava após a aplicação do TT. Não se encontrava fazendo uso de medicação analgésica, somente antibióticos, diurético, tamiflu, antimicóticos, antiulcerosos e antiretrovirais, conforme Tabela 5. Dos dias 7/05/12 ao 11/05/12 houve uma pequena queda de seu hematócrito e dos valores de hemoglobina e eritrócitos, conforme Tabela 4. Os leucócitos se mantiveram sempre próximos aos limites mínimos da normalidade, de acordo com os valores de referência para a idade e sexo da paciente. As plaquetas mantiveram-se a maior parte dos dias dentro dos valores considerados

adequados. É importante considerar ainda os valores do CD4⁵⁰, os quais se mantiveram em torno de 130⁵¹, o que é considerado muito baixo de acordo com os valores de referência para carga viral conforme Anexo J. Essa paciente não fazia uso adequado dos antirretrovirais antes da interação, embora já tivesse sido diagnosticado o HIV desde 2001. É importante considerar ainda que a mesma é ex-usuária de drogas, fato que contribuiu para a não-adesão ao tratamento anteriormente. Em relação aos sinais vitais, os mesmos mantiveram-se estáveis no período de 11/05/12 à 13/06/12, conforme dados do prontuário, sendo que inicialmente a pressão arterial teve um pequeno aumento (no dia 13/05 foi a 140x80 mmHg) devido a ansiedade, mas não voltou a se repetir nos demais dias aferidos.

Em relação ao campo de energia ou campo bioenergético de Esperança, parâmetro também registrado na Tabela 6, houve sensibilidade na altura dos chacras cardíacos e umbilical. Quando passava a palma das mãos na altura desses locais (cerca de 3 cm acima da pele) notei uma sensação diferente, primeiro de formigamento e posteriormente de esfriamento. É importante considerar que os diagnósticos foram feitos de acordo com a Taxonomia de Nanda, conforme Anexo K a anotados dia-a-dia, tanto em formato de evolução como registrado no diário de campo:

Registro da aplicação do toque terapêutico

Aplicação do Toque Terapêutico:

Dia 10/05/12 às 09h30minhr Paciente encontrava-se sozinha e em leito separado por ser HIV +. Muito receptiva à aplicação do TT, foi colocada melodia oração das orações em radio cd player e a mesma se deitou, fechou os olhos e minhas mãos foram automaticamente para o plexo solar da paciente e depois para o chacra frontal. A mesma apresentou sudorese e referiu sentir que “saiu do corpo” e foi uma experiência ótima. Concomitantemente chegou

⁵⁰ As células CD4 ou células T-auxiliares são leucócitos (conhecidos também como glóbulos brancos e tem função de proteger nosso organismo produzindo anticorpos) que organizam a resposta do sistema imunológico a alguns microrganismos, incluindo infecções por fungos, bactérias e vírus. A contagem de CD4 é a medida da quantidade de células CD4 em um milímetro cúbico de sangue (LEVINSON; JAWETZ, 2005, p. 369).

⁵¹ A Contagem de CD4 de uma pessoa não-infectada por HIV pode situar-se entre 500 e 1200. O HIV pode infectar as células CD4 e usá-las para produzir mais cópias de HIV. Mesmo que uma pessoa com HIV sintase bem e não apresente nenhum sintoma, milhões de células CD4 são infectadas pelo HIV e destruídas a cada dia. Assim, milhares de células CD4 a mais são produzidas para substituí-las. Uma contagem de CD4 entre 500 - 200 indica que o sistema imunológico foi danificado. Se a sua contagem de CD4 baixar para menos de 350 ou a começar a cair rapidamente já se preconiza o tratamento anti- HIV. CD4 abaixo de 250-200 aumenta os riscos de doenças relacionadas a Aids (doenças oportunistas) (LEVINSON; JAWETZ, 2005, p. 377).

uma mulher que referiu ser “amiga da paciente” e começou a interagir conosco, sem que nada falássemos verbalmente e sem que nos conhecêssemos previamente. Ela entoou um cântico desconhecido por mim. Foi uma experiência muito interessante, pois ela não conhecia a paciente previamente e disse que estava em casa lavando a louça e alguma coisa a chamava no hospital e era para isso. “Quando chegou ali entendeu tudo”.

Dia 14/05/12 Foi mantido uma conversa terapêutica com a paciente, a qual se encontrava deitada e referiu se alimentar adequadamente.

Dia 15/05/12- 16h Conversa terapêutica: paciente referiu sentir náuseas e vômitos em função do uso de medicamentos antirretrovirais. Continua se alimentando e hoje conversou um pouco mais de si mesmo, falou da internação hospitalar como um “momento de reflexão”, uma parada estratégica. Referiu ter orgulho das três netas. Também comentou que a médica perguntou a ela sobre o nosso tratamento, se ela está gostando, se quer continuar....enfim...a paciente demonstrou uma certa resistência hoje e por isso não apliquei o TT. Deixei um Cd de melodia agradável.

Dia 17/05/12 Conversa e aplicação do TT. Paciente apresentou sudorese em abundância e referiu se sentir aliviada depois da terapia.

Dia 21/05/12 Às 10:30h- Aplicado TT no turno da manhã. Paciente referiu um profundo relaxamento, diminuindo a ansiedade e estabilizando os sinais vitais, sobretudo a PA.

Fonte: Prontuário da Cliente

4.3.3 Análise geral da Microintervenção

4.3.3.1 Desconstruindo as certezas que havia em mim: aplicando o TT dentro de duas enfermarias da Clínica Médica do Hospital Universitário

Chegar em duas pessoas hospitalizadas para aplicar o TT não foi nada fácil. Desde que me graduei na enfermagem esperava por essa oportunidade dentro do contexto hospitalar. Já havia realizado a imposição de mãos em outras circunstâncias para fins de promover o bem estar, mas em ambientes desvinculados do hospital.

Outra dificuldade que enfrentei foi em relação à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Universidade. Como parte integrante de um trabalho de extensão que

tenho junto a Escola de Enfermagem, intitulado: *Ressignificando o cuidado de enfermagem como arte: em busca do ser sensível*, o mesmo previa a aplicação do Toque Terapêutico utilizando a cartografia. Isso gerou muita estranheza por parte do Comitê de Ética, antes de ser “aprovado”.

Dessa maneira, adaptei a proposta para que a “produção de dados”, fosse o mais próximo possível de uma pesquisa convencional. Posteriormente, esse momento também entrou como atividade de intervenção da presente tese. De acordo com Amador, Fonseca, (2009):

[...] a cartografia apresenta-se como procedimento de pesquisa que exige do pesquisador posturas específicas. Convoca-o para um exercício cognitivo peculiar, uma vez que, estando voltado para o traçado de um campo problemático, requer uma cognição muito mais capaz de inventar o mundo. Trata-se de uma invenção que somente se torna viável pelo encontro fecundo entre pesquisador e campo de pesquisa, pelo qual o material a pesquisar passa a ser produzido e não coletado (AMADOR; FONSECA, 2009, p. 31).

É interessante considerar como as microintervensões realizadas anteriormente, tanto no Sítio Santa Isabel em São José do Norte como no Anfiteatro na área acadêmica do Hospital Universitário do HU, ajudaram-me nesse momento. A cartografia nesse processo de construção da tese assumiu seu papel de processualidade, pois fui percebendo as interconexões, os rizomas somente no decorrer da pesquisa.

Na verdade, não escolhi propositalmente a cartografia, mas a partir do que havia vivenciado com os colegas de doutorado que aqui são denominados de ‘comunidade pesquisadora’, bem como com os enfermos, não poderia buscar um referencial teórico metodológico tradicional. Para traduzir com fidedignidade o que transcorreu ao longo de tais atividades, necessitava de algo que fosse mais próximo à espontaneidade da vida e a fragilidade do ser humano.

Por outro lado, via-me também tão inserida no contexto hospitalar, cercada de dor, mortes e sofrimentos que não me avaliava em condições, pelo menos naquele momento, em prestar um cuidado de enfermagem mais humano. Durante o ano de 2011 acompanhei alunos da graduação de enfermagem de oitavo e nono semestres na Unidade de Terapia Intensiva Geral e Unidade de Clínica Médica. Éramos então recebidos pelas equipes dessas unidades onde ficávamos convivendo muito tempo com as mesmas, expostos aos mesmos fatores iatrogênicos.

Sentia-me muito desconfortável em acompanhar e “ensinar” a esses alunos procedimentos e técnicas de enfermagem para aplicar aos enfermos que estavam “sedados”.

Ou seja, na Unidade de Terapia Intensiva, muito pouco falávamos e interagíamos com as pessoas hospitalizadas, pois na maior parte do tempo e como parte do tratamento preconizado elas ficavam sob efeito de sedativos potentes.

Principalmente nesses setores hospitalares, a iatrogenia se faz presente. Como denuncia o médico Alex Botsaris em seu livro “Sem Anestesia”, com o surgimento de especialidades e superespecialidades, a introdução de técnicas sofisticadas nas novas áreas da medicina, o aumento de procedimentos invasivos, o aparecimento de muitas drogas no mercado, houve um aumento significativo dos casos de iatrogenia. Tais aspectos são reflexos de fatores negativos como o tecnicismo, a falta de humanidade e o privilégio do capital que também provocaram o “adoecimento da medicina”.

Em contrapartida, de acordo com Botsaris (2001), a falta de parâmetros para lidar com a iatrogenia transforma-a num mito, pois não existem instrumentos adequados para avaliá-la e assim evitá-la. Ouso dizer que há formas sim de minimizá-la, senão evita-la, pelo menos minimizá-la. Talvez não tenhamos um instrumento para mensurá-la, pois ela decorre principalmente das relações humanas no ambiente de trabalho, na forma que nos entendemos enquanto seres humanos na face desse planeta.

Com a abordagem do TT pude buscar o “outro lado do estetoscópio” (BOTSARIS, 2001), ou seja, aproximar-me do enfermo levando em consideração o cuidado de enfermagem também como uma atividade ecológica. Nessa interrelação, no espaço entre o cuidador e o enfermo existe uma gama de agenciamentos maquínicos, os quais nos permitem pensar numa maneira mais saudável e feliz de ser e estar no mundo.

As microintervenções realizadas anteriormente permitiram agenciamentos múltiplos, um pensar e agir implicados na construção de diversos saberes, dentre eles os *saberes populares*, os quais privilegiam a escuta dos pacientes. Mas diria que estamos tão atravessados por territórios de regramentos excessivos, de condicionamentos e sujeições que não nos permitimos mais sermos espontâneos em nossas relações diárias de trabalho e por isso não conseguimos ouvir a nós mesmos e muito menos aos nossos enfermos.

4.3.3.2 Como é chegar num enfermo sem um protocolo específico de condutas profissionais elaboradas com base somente em sua patologia?

Com o TT senti-me completamente livre, pude me perceber inteira cuidando daquela pessoa doente. Chegar nela inicialmente sem os aparatos de uma medicina tradicional foi extremamente libertador. Não estou afirmando que não seja importante tais procedimentos, mas não podemos incorrer no erro de nos limitarmos somente a eles. Talvez *a síndrome do jaleco branco* não atinja apenas as pessoas que precisam diretamente do cuidado do profissional da saúde (sentindo medo e até um certo distanciamento), mas atinja em outro viés, o próprio profissional que por ostentar a posição de cuidador limite seu fazer aos procedimentos que são peculiares para as atividades clínicas. Tais posturas contribuem para transformar o hospital num lugar iatrogênico, propenso a gerar espaços para novas doenças:

[...] Hospitais são lugares frios, sem colorido, sem graça, que cheira a éter, têm uma comida detestável, e onde vemos pessoas com expressões de sofrimento conduzidas em macas ou cadeiras de rodas, e profissionais de branco, circulando nos corredores. Resumindo, hospital tem cara de doença. Quando o paciente entra num, sente-se ainda pior (BOTSARIS, 2001, p. 232-3).

Assim, uma das maneiras de superar o instituído que aprisiona nossos corpos, mentes e corações, talvez seja agregar às rotinas diárias dispositivos protetores, que tornem mais felizes as pessoas que cuidam e as que são cuidadas.

O Hospital pode ser uma lua?

*O Hospital
Com suas paredes nuas
Pode muito bem
Se transformar em quadros
Abrindo dimensões novas
Para um tratamento com arte
E o branco pode ser paisagem
E a paisagem pode ser uma lua
E sua luz pode refletir
A face da alva saúde
Tudo isso, tudo isso pode!
Mas suspeito
Que as pessoas querem
Obras- primas vivas
Tridimensionais
Que façam esculturas ativas
Com o movimento*

*Com o calor de seus corpos
 E seus coloridos mudem a tela
 Das dores e sofrimentos
 Por que a beleza está nas relações
 No amor de quem cuida
 Na receptividade de quem é cuidado
 E se essa interrelação for profunda
 A morte terá outro significado
 Será um longínquo pano de fundo
 Lembrando-nos da eternidade
 Pois se estamos agora aqui:
 O que nos resta?
 A não ser incorporarmos
 Em cada segundo da existência
 A alegria e a felicidade.*

ACCO

4.3.3.3 Uma Educação Ambiental da pele para dentro

A experiência de aplicar o TT em uma unidade de internação clínica levou-me a refletir sobre um cuidado de enfermagem que está além da patologia. Como a maior parte da prática clínica hospitalar orbita em torno da doença, muito pouco aprendemos a partir do encontro com o paciente, ou seja, seguimos uma rotina pré- estabelecida de abordagem terapêutica. Não que a última não seja importante, mas não deve ser utilizada como única diretriz para o planejamento do cuidado.

Concordo com Sá (2010), quando assevera que muitas vezes deixamos de perceber aquilo que foge à rotina e aos procedimentos técnicos que envolvem a assistência ao ser humano. É como se suas necessidades emocionais não fizessem parte do planejamento da assistência e a promoção do conforto a esse indivíduo. Nesse momento, é importante refletir o que significou administrar o TT em duas pacientes internadas em uma unidade clínica com patologias como o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida) e neoplasia escamocelular diferenciado infiltrativo de pulmão. Um dos primeiros aspectos que entendo oportuno salientar é que embora essa técnica terapêutica tenha promovido alívio da dor e do desconforto imediato dessas mulheres, estabelecemos uma relação diferente de cuidado, cujo foco deslocou-se da doença para a pessoa delas.

Dentro da perspectiva esquizoanalítica houve um aprendizado mútuo a partir desses encontros. A sensação de bem-estar que usufruíamos fazia com que as pacientes esquecessem

a doença e que não me vissem como aquela enfermeira que ia ao pé de seu leito para fazer um procedimento de rotina. O TT permitiu-nos um novo olhar, a criação de uma singularidade, um espaço de agenciamento, de afeto em meio a tantos ruídos, paredes nuas e dores.

Esse espaço de agenciamento é de construção e remete-nos a um processo de criação, de singularização, entendido aqui, como novas possibilidades de subjetividade capitalística. Não se vai a campo e tampouco se constrói o diário dele sem que o corpo do investigador torne-se inteiramente implicado na tarefa, a ponto de, na conexão com outros corpos, perder todas as suas referências pontuais de organicidade. (SOUZA, 2012).

Assim, essa vivência, propiciou-me experimentar um CsO, ou seja, naquele momento de interação com as pacientes existiu um toque sem toque. O TT é energético, mas toca tanto como se fosse diretamente aplicado na pele da pessoa. Dessa circunstancia, emergiram incontáveis fluxos, oportunidades de encarar a doença e o instituído como fontes de fortalecimento, como dispositivos que são referências contraditórias, aos quais não queremos seguir, mas a partir deles podemos buscar o caminho do meio e fazer diferente.

Aspectos relevantes a considerar é que reproduzimos no dia a dia a mesma relação de opressão pela qual originalmente se constituiu o hospital. Uma EA pele a dentro vem questionar, sob o ponto de vista da Esquizoanálise, a instituição médica como um todo. A empresa médica é comparada por Illich (1975) a uma estrutura social e política destruidora que apresenta como alibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar. Dentre essas terapias, destaca-se a medicalização da vida. A última, ainda destaca o autor, é malsã por três motivos:

A intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde;

A organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva;

O aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano.

O doente é de todos e não é de ninguém, é de um ser abstrato chamado instituição ou hospital. Quando falamos de hospital público, hoje, vem à nossa mente, a imagem negativa de um serviço no qual impera a prática profissional impessoal, fragmentada, o não envolvimento

com os pacientes e familiares, a combinação excesso de demanda com ociosidade, o sucateamento material e humano, a não integração como o sistema loco-regional de atenção a saúde, o descaso, o desrespeito, o não-cumprimento de contratos e normas técnicas, a não motivação dos trabalhadores, tudo isto permeado pelo desespero dos que necessitam de cuidados hospitalares.

Entendo que esse momento de microintervenção rompeu com a dureza com a qual a equipe de saúde interage com os pacientes, em observância ao senso comum, que prega que o profissional de saúde deve ser frio e objetivo, procurando castrar o que há de mais importante em nossa profissão, que é a interação humana, o contato interpessoal e a emoção que normalmente aparece entre as pessoas.

4.3.3.4 Da clínica ao clinamen: uma aproximação com a Esquizoanálise

Dentro da perspectiva da Esquizoanálise, cada momento de interação com essas pessoas proporcionou um ressignificar do que é “clínica”. A clínica torna-se inseparável da arte, pois permitimos o experimentar, o devir, uma dimensão bem diferente das “fórmulas clínicas que estamos habituados”. A imposição de mãos através do TT permite se abrir fissuras, rupturas nas certezas instituídas em nós. E isso gera medo, angústia, porque se precisa sair da zona de conforto de um conhecimento que se aplica de forma geral, como se todas as pessoas fossem iguais (Reflexão da própria autora).

Foi levado em consideração a abordagem do cuidado de enfermagem através da utilização do TT, mais especificamente suas “*linhas esquizo*”, ou seja, o que acontece nos preâmbulos e preparo para aplicação do TT, tanto antes, durante como após esses momentos. Esses momentos podem ser aqui designados como “espaços de clinamens”. Chegar numa pessoa hospitalizada e oferecer a ela suas mãos como forma de tratamento, ou seja, amor, é muito mais complexo.

Embora tenha utilizado instrumentos clássicos para registrar o cuidado a partir do TT, como questionários semiestruturados e construção de diagnósticos de enfermagem com base em Nanda (já que o Comitê de Ética me exige esse formato), não me ative somente a isso.

A maioria das pessoas espera uma pílula milagrosa, que possa oferecer uma cura instantânea. E aí você chega com as mãos, oferecendo não um milagre de cura, mas uma interação profunda num nível em que ela não está acostumada a ter e ainda começa a refletir sobre sua vida pode ser inicialmente muito assustador. Escolhi o TT por que esse faz parte de “meu plano de amor”, instigado por Patch Adams no Programa Roda Viva e aqui abordado na

tese na segunda oficina. Não é pelo Toque Terapêutico, mas pela maneira de manifestação para com o mundo:

[...] Das aproximadamente quatro mil pessoas da área da saúde às quais ensinei o Toque Terapêutico, em cursos realizados tanto nos Estados Unidos como em outros países, muitos médicos e psiquiatras participaram do curso especificamente por esta razão- ele facultava-lhes o acesso aos pacientes de uma maneira direta e plenamente humana [...] (KRIEGER, 1979, p. 120).

É importante considerar que um dos pensamentos que deram historicamente sustentação para o desenvolvimento do TT foi a referência teórica a Ciência do Ser Humano Unitário, de Martha Elizabeth Rogers. De acordo com esse modelo, cujos alicerces são a dinâmica da física quântica não-linear e a teoria geral dos sistemas, o ser humano faz parte de um processo de vida caracterizado por abertura, organização, sensibilidade e pensamento. O pensamento criativo da ciência Rogeriana propõe uma transformação da prática da enfermagem, alavancando-se num sistema terapêutico independente que promova a saúde, cujas premissas sejam baseadas na utilização da energia e em processos não-invasivos, como é o caso do TT (PACHECO; VIEGAS; ROSA, 2007).

*A energia é onipresente
 Viva, ativa, pulsante
 Entra pelos poros
 Sensibiliza a retina
 Como um feixe de luz
 No cérebro pensante
 Sua manifestação
 É a amalgama do tempo
 Num quadro mutante
 Vinda do passado
 Glorificada no presente
 De um futuro promissor
 Fala de todas as coisas
 Sem se deixar prender
 Pois quando menos se espera
 Ela adorna, transforma, contorna
 Seduz infinitas formas
 Imprimindo-lhes o infinito
 Num cenário multicolorido
 Onde a criatividade é o matiz
 Na tela da criação
 Cujo universo é o limite
 Manifestação do sublime Amor
 O gênese primitivo
 O existir da libertação
 ACCO*

É muito fácil chegar numa pessoa hospitalizada com um “*discurso pronto*”, no pedestal do conhecimento acadêmico e lá “despejar uma série de recomendações pertinentes àquela patologia”. Mas realmente parar e ouvi-la requer mais tempo, mais cuidado. A partir do momento em que faço a imposição de mãos para gerar conforto nessa pessoa, estou dizendo a ela, entre outras coisas: sou um ser humano como você, passível de erro, que também precisa ser amado e respeitado. És uma pessoa especial.

O TT visa harmonizar o campo energético como um todo, sem se preocupar com uma patologia específica. Não há cura pelo TT, pois o terapeuta age apenas como um sistema de apoio energético humano que repadroniza o campo de energia do paciente até que seu sistema imunológico, enzimático, dentre outros, estejam autossuficientes (SÁ, 2008). Esse tratamento não dispensa a medicina convencional, pois age paralelamente à mesma, não tendo caráter alternativo e sim complementar.

No entanto, a perspectiva é completamente diferente, pois abrimos precedentes para o novo, para uma clínica construída com os saberes científicos e populares “[...] a vida passa a ser pensada como obra e produção e, assim, racha-se a centralidade do eu e seu ideal de protagonismo” (FONSECA; NASCIMENTO; MARASCHIN, 2012, p. 49).

Fica evidente que nos construímos desses clinamens que geram pequenos desvios nas certezas instituídas. Faz-se uma prática clínica muito mais pela dúvida, pelas incertezas, do que por modelos prontos do que é o ser humano. Fonseca e Farina (2012, p. 49) abordam o deslocamento da palavra clínica de sua raiz etimológica grega *Klinikos*, que tem o sentido de ‘debruçar-se sobre o leito’ de um indivíduo moribundo para restituir-lhe um estado perdido, para o de clinamen, propiciando um estado diferente:

[...] situam a clínica numa etimologia potencial do conceito epicurista de clinamen, que designa o desvio que permite que os átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se choquem e se articulem na composição das coisas. Esses pequenos movimentos de desvio teriam a potência de geração do mundo (FONSECA; NASCIMENTO; MARASCHIN, 2012).

Com as microintervenção realizadas anteriormente pude pensar em me potencializar para aproximar a “arte da clínica” e com isso ir no sentido de minimizar a iatrogenia. A arte é aqui elucidada como toda manifestação de devir nos agenciamentos coletivos, capaz de provocar fissuras no instituído. De acordo com Botsaris (2001, p. 55):

[...] a medicina em seu gigantismo atual, me parecia mesmo um dinossauro branco. Desejando evitar que mortais indefesos continuem a ser pisoteados por ele, acreditei ser um bom começo observar suas patas e tentar torna-las menos perigosas. As patas do dinossauro da medicina são a base conceitual

da ciência- que sustenta todas as ações terapêuticas. Se há erros aí, é certo que toda a estrutura médica será afetada.

Repensar nossa prática dentro das enfermarias é indispensável. É preciso que passemos para *o outro lado do estetoscópio*. Normalmente isso ocorre somente quando o próprio profissional da saúde adoece e passa a conviver com toda a gama de sentimentos contraditórios vividos por seus clientes “[...] A medicina esta tão impregnada de verdades e dogmas que deixa de se preocupar com o que se passa na cabeça e no coração dos pacientes. Torna-se excessivamente técnica e cartesiana, negando seus aspectos irracionais e mágicos” (BOTSARIS, 2001, p. 52-3).

Por outro lado, estar “do outro lado do estetoscópio” também simboliza “saber ouvir o enfermo”, deixar um pouco de lado as certezas instituídas e improvisá-las, relativizá-las de acordo com as necessidades de cada ser humano. Relações mais afetivas e amorosas entre os profissionais de saúde e os enfermos também contribui para o planeta, diminuindo a iatrogenia, promovendo agenciamentos de reinvenção com a vida.

A crise ecológica que atravessamos é fruto de uma visão míope, regulada de maneira unívoca por uma economia de lucro e por relações de poder, comportamentos geradores de desemprego, marginalização opressiva, solidão, ociosidade, angústia e neurose. Mas que também, de acordo com Guattari (2011), pode ser pensada como reinvenção do meio ambiente e de enriquecimento dos modos de vida e de sensibilidade:

*Quando imponho a mão
 Numa pessoa hospitalizada
 Entro nos fluxos desejantes
 No espaço do corpo sem órgão
 Nesse tempo virtual
 Entre lugares experimentado
 Há devires múltiplos
 Platôs a serem cartografados
 Nessas intervenções
 Somos singularidades
 Afetando-se de forma mútua
 Agenciando e sendo agenciados
 Pulsando ao ritmo da vida
 Rizomatizando o cuidado
 ACCO*

Um dos aspectos que gostaria de salientar com essa prática é que enquanto em outros procedimentos inerentes ao aprendizado e prática da enfermagem, presta-se um serviço específico o qual tem grande probabilidade de encerrar-se ali, no TT a necessidade de um envolvimento humano mais complexo se faz necessário. Por exemplo, quando se administra

uma medicação endovenosa, há um cuidado minucioso no preparo e orientações que são pertinentes a serem dadas à pessoa hospitalizada nessa circunstância. Embora seja um momento oportuno para demonstração de afeto e segurança, na grande maioria das vezes, o profissional de saúde se limita em administrar o medicamento simplesmente.

Já para a aplicação do TT, é necessário que haja uma centralização, uma busca interior de equilíbrio consigo mesmo antes de se preparar para atender ao enfermo. Essa nuance até chegar à pessoa hospitalizada requer uma conexão consciente com tudo que nos cerca. Essa “percepção consciente” é um ato e um espaço de EA, pois o foco desse cuidado não é na doença da pessoa e sim nela como um todo (KRIEGER, 1997).

Dessa maneira, a abordagem do cuidado com a utilização do TT é capaz de minimizar a iatrogenia, pois entende a saúde como um fator de construção mútua, que não ocorre somente na circunstância e em virtude da internação hospitalar. Faz dela um ponto de encontro, um novo recomeço, capaz de gerar um espaço de clinamen, o qual de acordo com Fonseca e Farina:

[...] Como espaço de clinamen, um acontecimento se faz clínico quando é capaz de produzir rupturas, catalisar fluxos e decompor-se em diversos outros, carregando a potência de ser um analisador do mundo por vir. A clínica se torna uma forma de crítica e não de compreensão, pois o espaço do clinamen é aquele onde modos cansados e adoecidos de viver são colocados em processo de destruição ao mesmo tempo em que se criam novos territórios existenciais” (FONSECA; NASCIMENTO; MARASCHIN, 2012, p. 49-50).

O TT por si só não tem um poder de mudança, um poder mágico; contudo, nossa predisposição para aplicá-lo e nossa mudança de atitude para com a vida são o que geram as transformações, os clinamens, a criação de novos espaços de cuidado. Para administrar uma medicação posso com o tempo automatizar tal ato, e no momento de alcançá-lo ao enfermo nem olhar para ele de fato. Já com o TT é necessário que paremos, ouvimos e realmente nos disponhamos a entender as necessidades daquele ser humano, bem como as nossas próprias necessidades. Do contrário, não obteremos êxito em aplicar o TT.

Assim, muito mais do que seguir uma prescrição médica e determinadas rotinas nas enfermarias onde atuamos, teremos que literalmente pensar que cada atitude e ato nosso faz diferença e reflete no entorno:

[...] Na centralização ficamos quietos e ‘escutamos’ uma outra linguagem. Nossa atenção vai para a região do coração, onde encontramos nosso próprio centro de paz e o percebemos como um atributo de nosso ser verdadeiro. Constatamos que essa sensação de profunda serenidade é um indício da paz absoluta que encontramos na natureza livre e, com a emoção de uma

descoberta pessoal, compreendemos que é através dessas profundas experiências naturais que podemos estar unidos com o universo [...] (KRIEGER, 1997, p.46).

A centralização é um momento indispensável para a prática do Toque Terapêutico, por que necessariamente você busca interiormente um sentido de pertencimento para com todas as pulsões de vida que tiverem ao seu alcance. Em vez de focar na doença, na morte, no sofrimento, fatores geradores da iatrogenia hospitalar, você vai buscar no contexto que estiver inserido uma verdadeira escuta:

[...] Escutar é uma alegria, é se deixar afetar pelos ruídos e barulhos do mundo, pelo estalar dos dedos em noite fria ao redor da fogueira e pelos sentidos que se aguçam à proximidade dos corpos com suas cores, cheiros, texturas, rugosidades e asperezas, adivinhando, no avermelhado da cor, no zumbido das abelhas e no perfume que exala a madurez da fruta, ainda no pé [...] (FONSECA; NASCIMENTO; MARASCHIN, 2012, p. 93).

Com a centralização é possível atentarmos para análise bionérgica da vida. Estudos realizados por Gonçalves (1997), apontam a necessidade de atentarmos os nossos corpos, nossas relações humanas e sociais como pulsações energéticas geradoras de uma expressão emocional, a qual tem um potencial para a saúde, mas seu bloqueio pode ocasionar doenças.

Já Bazilli (2010), faz referência às formulações iniciais do psicanalista e psiquiatra Wilhelm Reich, o qual pesquisou e escreveu sobre bioenergia durante décadas. A essa energia deu o nome de Orgone (de organismo). Observou que quando esta energia fluía livremente pelo corpo trazia sensações de prazer a amorosidade, propiciando um estado de saúde vibrante e uma espontaneidade legítima. Por outro lado, notou também que as ameaças e interdições eram capazes de bloquear este livre curso energético. Os sentimentos de medo, angústia, ansiedade, tristeza, etc, provocam tensões musculares que dificultam o trânsito energético. A repetição contínua destes estados provoca contrações crônicas, chamadas por ele de “courage musculares”. Uma escuta sensível é capaz de amolecer essas couraças musculares.

Pude verificar tal aspecto com Esperança, pois a partir do TT aproximei-me de um estado emocional da paciente sem o estigma do HIV. Ela relaxou quando viu que eu não estava ali para perguntar nada sobre tal fato, ou de sintomas, dores etc. E nesse contexto, ela pôde falar quem ela era, suas perspectivas, inclusive, como se enxergava nessa nova fase de sua vida. Paradoxalmente, afirmou que nunca havia se preocupado tanto com sua saúde e prestava a atenção em si mesma como agora:

[...] A doença remete à saúde. Toda cura deve reintegrar as dimensões da vida sã, no nível pessoal, social e no fundamental que diz respeito ao sentido supremo da existência. [...] Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente,

mas é a vida que adoece em suas várias dimensões: em relação a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente? [...]) (BOFF, 2008, p. 143).

Desse modo, as premissas do TT podem ajudar a pessoa a refletir “o porquê ficou doente?” e pensar sua atitude frente a tal fato. Essa perspectiva vai ao encontro de uma EA, pois quando “impomos a mão no indivíduo”, interagimos com sua história e na verdade estamos abraçando, indiretamente, o próprio planeta:

[...] Assim como a célula constitui parte de um órgão e cada órgão parte do corpo, assim cada ser vivo é parte de um ecossistema como cada ecossistema é parte do sistema global- Terra, que é parte do sistema- Sol, que é parte do sistema- Via láctea, que é parte do sistema- Cosmos (BOFF, 2004, p. 35).

De acordo com as investigações do médico e biólogo inglês James E. Lovelock, o qual formulou a hipótese Gaia, o planeta Terra manifesta robustez como microrganismo em face das agressões de seu sistema imunológico. Ela suportou ao largo de sua biografia vários assaltos terríficos. Pode-se perceber que o planeta Terra e os seres humanos são indissociáveis e, da mesma forma que o planeta sofre injúrias provocadas ora pelo ser humano, ora por catástrofes naturais, o próprio ser humano como parte integrante desse sistema também reflete o que se passa com Gaia (BOFF, 2004).

Pesquisas realizadas em grandes centros metropolitanos europeus e norte-americanos constataram que um aumento de conhecimentos acerca da crise ecológica e das feridas da Terra não leva necessariamente a uma transformação nas atitudes de mais respeito e de mais veneração para com ela. O que é imprescindível não é o saber, afirmam, mas o sentir. Quanto mais uma pessoa sofre com a degradação do meio ambiente, se indigna com o sofrimento dos animais e se revolta contra a destruição da mancha verde da Terra, mais desenvolve novas atitudes de compaixão, de enternecimento, de proteção da natureza e uma espiritualidade (BOFF, 2008).

O TT é uma experiência de interioridade, a qual propicia, caso saibamos aproveitar a oportunidade, um conhecimento cada vez maior de nós mesmos. O papel de agente de cura, com suas muitas ocasiões de contato direto com a fragilidade da condição humana, oferece-nos um rico veio de circunstâncias que nos permitem sondar e enfrentar as regiões mais profundas da psique (KRIEGER, 1979). Entendo que precisamos investir em práticas que nos ajudem a sentir esta “indissociabilidade para com vida” e nos conduzam a uma escuta cada vez mais sensível.

5 RECONHECIMENTO ATENTO- O QUE PODEMOS REFLETIR POR ORA?

*A Grande Saúde
Proposta por Nietzsche
Não está em fugir
Constantemente da finitude
Mas fazer dela
A própria vida
Com seus “nojos” e “compaixões”
Descortinando-se o humano
Onde não há anestesia
Onde não há medo da dor
Somente...
Uma predisposição ferrenha
Coragem e enfrentamento
Uma sede de expansão
ACCO*

Esta tese refletiu, tanto através da revisão de literatura como a partir das microintervenções socioambientais, sobre o cuidar do enfermeiro no ambiente hospitalar e se deixou impregnar pelos devires do CsO e por isso assumiu múltiplas perspectivas no intuito de minimizar a iatrogenia, que é a problemática norteadora deste trabalho. Esvaziar o corpo cheio do hospital também significou sair da rotina, entender o cuidado a partir de um devir-natureza (oficina do sítio), de um devir-arte (oficina do HU) e de um devir- TT (oficina da unidade de clínica médica do HU).

Lembrando o referencial metodológico utilizado, a cartografia, de acordo com Passos e Barros apud (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010) pressupõe uma orientação não prescrita por regras prontas no sentido tradicional, embora não se trate de uma ação sem direção, sem um percurso. Além disso, a diretriz cartográfica considera os efeitos do processo de pesquisa através de pistas, quer do objeto, do pesquisador e de seus resultados.

Estas pistas levaram-me a um questionamento: O que esse trabalho repercutiu até aqui, em mim, enquanto pesquisadora, docente, profissional da área da saúde e no ambiente em que ele foi proposto? O “vôo do pássaro”, que está intrínseco no movimento da cartografia, de acordo com Kastrup (2010), permitiu-me um reconhecimento atento e depois de todo esse processo, sinto-me como uma naufraga de um ambiente o qual pensava conhecer. Não foi por acaso que os hospitais e as prisões foram construídos inicialmente com os mesmos moldes.

Mas, longe dos “grilhões do instituído”, volto à questão norteadora e aos objetivos deste trabalho acadêmico no sentido de perceber no que resultaram as microintervenções. Um

dos primeiros aspectos é a própria escrita da tese poder ser considerada como uma verdadeira “máquina de guerra”, no sentido em que criou um território existencial como princípio comum das três ecologias:

[...] O princípio comum às três ecologias consiste, pois, em que os territórios existenciais com os quais elas nos põem em confronto não se dão como um em-si, fechado sobre si mesmo, mas como um para-si precário, finito, finitizado, singular, singularizado, capaz de bifurcar em reiteraões estratificadas e mortíferas ou em abertura processual a partir da práxis que permitam torná-lo “habitável” por um projeto humano (GUATTARI, 2011, p. 37).

A proposta caminhou para a construção de um território habitável por todos aqueles que têm interesse nessa “nova práxis processual de um projeto humano”. O TT e a Esquizoanálise por si só não detêm o “poder” de minimizar a iatrogenia, como qualquer sistema isolado não o teria. Porém, eles formam rizomas, criando um espaço propício para a reflexão, para o diálogo, abrindo-se para o novo:

*Essa tese
É um recorte
Na janela do tempo
É uma potencia
De múltiplas perspectivas
Não se encerra em si
Pois reverbera devires
Pode-se olhá-la:
Com a liberdade de um sonhador
Com a sagacidade de um douto
Com a ingenuidade de uma criança
Com a sabedoria de um idoso
Com a curiosidade de um leigo
Com a sensibilidade do outro
E todos esses espaços
Ecoam interrelações
Onde há infinitos encontros
A gerarem amor
A inspirarem cuidados
A constituírem vida!
ACCO*

Não se trata de firmar a ideia que a prática do TT por si só leva necessariamente a uma nova perspectiva de cuidado de enfermagem. Até porque, se ela for utilizada de maneira limitada, semelhante ao que ocorre na medicina alopática, também pode gerar dependência e ser iatrogênica, diferenciando-se talvez pelo fato de não ocasionar tantos efeitos colaterais. Mas, da mesma forma que as pessoas podem se viciar na “pílula mágica”, também podem se “viciar no calorzinho” que alivia a dor.

O que está em perspectiva aqui é o desdobramento de tais práticas no sentido de gerar uma maneira de ser além da subjetividade capitalística e mais próximo a processualidade da vida:

[...]A subjetividade capitalística, tal como é engendrada por operadores de qualquer natureza ou tamanho, está manufaturada de modo a premunir a existência contra toda intrusão de acontecimentos suscetíveis de atrapalhar e perturbar a opinião. Para esse tipo de subjetividade, toda singularidade deveria ou ser evitada, ou passar pelo crivo de aparelhos e quadros de referência especializados. Assim, a subjetividade capitalística se esforça por gerar o mundo da infância, do amor, da arte, bem como tudo o que é da ordem da angústia, da loucura, da dor, da morte, do sentimento de estar perdido no cosmos...É a partir de dados existenciais mais pessoais-deveríamos dizer mesmo infrapessoais- que o CMI constitui seus agregados subjetivos maciços, agarrados à raça, à nação, ao corpo profissional, à competição esportiva, à virilidade dominadora, à star da mídia...Assegurando-se do poder sobre o máximo de ritornos existenciais para controlá-los e neutralizá-los, a subjetividade capitalística se enebria, se anestesia a si mesma, num sentimento coletivo de pseudoeternidade [...] (GUATTARI, 2011, p. 34).

Antes das microintervensões, pensei em aproximar o cuidado de enfermagem a construção de uma saúde que pudesse ser respaldada nas premissas de uma visão socioambiental⁵². Por isso, busquei o TT e a Esquizoanálise como dispositivos que me potencializariam para essa prática. E potencializaram-me! Porém, eles foram apenas o primeiro degrau, o fator propulsor para pensar numa verdadeira “práxis processual de um projeto humano”. Esse projeto humano consiste em repensarmos nossos conceitos e paradigmas de vida, do que consideramos ter saúde frente aos novos desafios que a convivência social sobre o planeta nos instiga daqui para frente. Também significa mudarmos nossos valores.

De acordo com Capra (1982), a mudança para um sistema social e econômico equilibrado exigirá uma correspondente mudança de valores- da autoafirmação e da competição para a cooperação e a justiça social, da expansão para a conservação, da aquisição material para o crescimento interior. Entendo que esse “crescimento interior” passa pela busca

⁵² A visão socioambiental orienta-se por uma racionalidade complexa e interdisciplinar e pensa o meio ambiente não como sinônimo de natureza intocada, mas como um campo de interações entre a cultura, a sociedade e a base física e biológica dos processos vitais, no qual todos os termos dessa relação se modificam dinamicamente e mutuamente. Tal perspectiva considera o meio ambiente como espaço relacional, em que a presença humana, longe de ser concebida como extemporânea, intrusa ou desagregadora (câncer do planeta), aparece como um agente que pertence a teia de relações da vida social, natural e cultural e interage com ela (CARVALHO, 2012, p. 37).

de uma espiritualidade⁵³. Espiritualidade que construí ao longo das vivências dessa tese, também no sentido de transformação de mim mesma como o exemplificado na hermenêutica do sujeito em Foucault:

O conceito de espiritualidade diz respeito às condições da constituição da subjetividade do sujeito por si mesmo, e como tal, implica no conjunto de buscas, práticas e experiências tais como as modificações de existência para se chegar a uma iluminação, a uma beatitude (FOUCAULT, 2004, p. 19).

Essas transformações permitiram-me pensar em minhas próprias atitudes e comportamentos iatrogênicos, pois ao responder “o que está acontecendo?”, pergunto-me: será que esvaziei suficientemente meu corpo cheio? Como ao CsO “[...] não se chega, não se pode chegar, nunca se acaba de chegar [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 9), o processo de produção a ser investigada tomou um direcionamento múltiplo, não sendo suficiente uma coleta de dados tradicional.

Esses processos cartográficos que constituíram a razão desta tese giraram em torno do cuidado de si e do outro. Mas não foi “qualquer cuidado”, ou seja, um cuidado profissional estereotipado em busca de uma determinada cura externa ao organismo, não raro reduzindo-o a patologia que apresenta. Mais do que isso, instigou um “aperceber-se de si mesmo” em constante construção e interação, de modo a entender a saúde como uma “superconsciência” da vida:

[...] A melhor definição do homem seria, creio, a de um ser insaciável, isto é, que ultrapassa sempre suas necessidades. Eis uma boa definição de saúde, que nos prepara para compreender sua relação com a doença [...] (CANGUILHEM, 2009, p. 123).

Entendo que esse cuidado não está fora dos indivíduos, não é decorrente somente de conhecimentos técnico-científicos que se aprende nos “bancos da faculdade”. Olhando a caminhada investigativa até aqui, pergunto-me por que foi necessário afastar-me do ambiente hospitalar inicialmente para refletir sobre a iatrogenia?

[...] Num ambiente povoado de perfis altamente definidos e rotulados, as pessoas penam para ser reconhecidas no seu mistério mais profundo, e a empresa pode transformar-se num ambiente povoado de fantasmas, pouco propício ao desenvolvimento de verdadeiros talentos [...] (BARTOLI, 2007, p. 75).

A Esquizoanálise permitiu-me e “exigiu-me” a fazer isso, ou seja, esvaziar o Corpo Cheio que estava imerso. Para que se possa olhar de um outro agenciamento, de uma outra

⁵³ Espiritualidade aqui compreendida como uma experiência do conhecimento. Também similarmente a ideia de Nietzsche, o qual defende a contemplação filosófica e espiritual como forma de vencer a superficialidade do mundo moderno. Para os gregos, espiritualidade referia-se a uma experiência contemplativa pela qual se alcançava o conhecimento verdadeiro das coisas (BARTOLI, 2007, p. 74).

perspectiva é preciso que se mude o pano de fundo de nossos pensamentos, começar a construir um CsO. Olhar esse que apreende e repensa a saúde para além da doença e a aproxima-a de uma espiritualidade:

[...] Os tomadores de decisão sentem na pele esse ambiente de conflitos e de tensões, não por sobrecarga de trabalho (isto é, cansaço), mas por causa das solicitações intelectualmente confusas e eticamente contraditórias que povoam seu dia a dia. Buscar reconhecer os fatos, discernir as intenções e procurar a integridade pode representar uma verdadeira provação. Esse é o desafio espiritual e “contemplativo” descrito e experimentado por Nietzsche! [...] (BARTOLI, 2007, p.78).

Repensar as relações e formas de cuidado dentro do contexto hospitalar torna-se nevrálgico, pois a mudança que se propõe são das pessoas que compõem a instituição hospitalar. A poesia nessa tese é uma maneira de resistência⁵⁴ e libertação. “Resistência e Libertação” por que ao mesmo tempo em que me lança num campo de análise e interrogação perante o estado de coisas instituídas (as formas) também me propicia ao imponderável e ao imprevisível campo dos movimentos de criação. Ela surge num caráter intervencionista do conhecimento, fugindo de uma linearidade dicotômica da vida.

A oficina do sítio potencializou-me acessar um agenciamento adormecido em mim, talvez anestesiado pela rotina de trabalho e do estresse do dia a dia. Nesse agenciamento estava a aproximação com a imposição de mãos utilizada para fins de cura e bem-estar. Embora pensar nas questões para diminuir a iatrogenia hospitalar pareça simples, na prática sua busca requer grandes mudanças de comportamento. Essas mudanças vieram a partir de um devir-arte através dos encontros no Hospital Universitário, onde coletivamente falamos sobre nossos sentimentos, através da música, através do clown, através de movimentos de dança, bem como me oportunizaram a aplicação do TT dentro do contexto hospitalar.

⁵⁴ Resistir aqui não está empregado no sentido de resistência, oposição, recusa, negação e sim a novas formas de pesquisar/perguntar/conhecer/escrever, outras práticas de resistência. Resistir que se distancia das disputas, dos atritos ou do enfrentamento entre os mesmos sistemas de pensamento, afirmando contrários para não ceder às certezas; resistir que se afirma como reinvenção das práticas a partir de uma realidade que mobiliza em cada pesquisador um universo de incertezas. Nestes novos tempos, pois, o verbo resistir, que remete tradicionalmente à “oposição entre partes”, “a não ceder”, ganha outra acepção semântica, configurando-se como invenção. Resistir na pesquisa é (im)preciso, afirmação esta inspirada na ambivalência que o poema de Fernando Pessoa “Navegar é preciso, viver não é preciso” apresenta. Resistir é (im)preciso, seja para provocar o diálogo entre universos e localidades, sujeitos e espaços, subjetividades e transitoriedades discursivas; seja para afirmar a ciência do ponto de vista inventivo, que se (auto)conhece, para abrir-se ao campo da experiência ou permitir a enunciação das diferenças; resistir e pesquisar amalgamando-se em movimentos de transformação dos modos, ainda modernos e persistentes, de produzir saberes e perguntar sobre a vida (ZANELLA; FURTADO, 2012, p. 207).

Precisamos disso em nossas rotinas, ou seja, de leveza e de proteção nas relações humanas. Conceber as paredes nuas do hospital para além de seus gritos de morte e doença é uma verdadeira arte:

*A partir da parede nua
 Descortina-se o humano
 Em matizes de cores benditas
 Nas nuances e movimentos
 Dos gestos tênues dos artistas
 O palco da criatividade
 Está finalmente formado
 Ora aqui, ora lá, ora acolá
 Dentro das infinitas possibilidades
 Que o nosso olho
 Consegue enxergar
 Mas para viver esse sentimento
 É melhor esquecer o tempo
 E não coagular nenhuma imagem
 Em nossa retina
 Deixar-se levar
 Pelos fluxos de amor intenso
 Onde a flor é bem-me-quer
 E também é catavento
 Beleza intempestiva
 Encantos e alentos
 ACCO*

Cada profissional de saúde pode ser um “verdadeiro artista” e seus gestos, por mais tênues que sejam, são capazes de fazer toda a diferença para o paciente. Contudo, se ele quiser e puder fazê-lo, do contrário continuará a reproduzir a iatrogenia. A prática de imposição de mãos na clínica médica, levou-me a esse fluxo de cuidado diferenciado. Esse pequeno gesto não só aliviou as dores físicas originadas pelas doenças, mas abriu novas possibilidades de interação enquanto seres humanos. Essa instância aproxima o “sermos humanos” do “sermos profissionais”.

Precisamos criar mecanismos protetores em nossas rotinas de trabalho, e pude constatar que o TT é um dos caminhos que podem ser trilhados. O convívio com os colegas de doutorado, pacientes e alunos inaugurados a partir de uma interação esquizoanalítica foi muito mais saudável e fluida, por que ela lida de forma respeitosa com a complexidade das relações humanas.

Dentro dos “mecanismos protetores”, está, por exemplo, uma educação não voltada para a iatrogenia. Mas o que nos deparamos no dia a dia das universidades é bem diferente.

Alguns estudos já apontam grande tendência de estudantes universitários da área da saúde desenvolverem Síndrome de Burnout⁵⁵.

As análises mostraram que quanto maior o número de atividades extracurriculares, maior a exaustão emocional e menor a realização profissional. Se Burnout entre os profissionais da área da saúde é uma questão já consolidada em diferentes pesquisas, pode-se pensar que em acadêmicos da área da saúde também se mostre uma questão relevante (CARLOTTO; NAKAMURA; CÂMARA, 2006; JÚNIOR; COUTINHO, 2012).

Trilhar caminhos que nos tornem mais cômicos de nossas escolhas é um bom começo para driblarmos o “estresse acadêmico”. O TT, dentro do contexto da medicina vibracional, pode funcionar como antídoto para essa “exaustão emocional” de uma forma simples e ao alcance de todos que queiram agregá-lo em suas rotinas. A medicina vibracional se aproxima de uma forma mais respeitosa e não utilitarista da vida ao seu redor.

Reconheço que o cenário itinerante que percorreu essa tese aponta para uma concepção de saúde bem diferente dos pressupostos epistemológicos positivistas⁵⁶ em que se ancoram hoje, as bases curriculares dos cursos voltados para a área da saúde. Também aponta para o desenvolvimento de uma nova prática, voltada para um cuidado mais humanizado. Por isso, essa trajetória leva-me à reflexão do conceito de saúde e do que seria essa nova prática, a qual entendo passar pela construção de uma espiritualidade.

5.1 AS MÚLTIPLAS FACETAS DA SAÚDE

O cenário político e econômico em que escrevo o presente trabalho acadêmico é um bom exemplo de como a saúde perpassa sempre pela intervenção do Estado. Essa tese preocupa-se em trazer alternativas para repensarmos as relações iatrogênicas dentro do

⁵⁵ A Síndrome de Burnout, ou síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico descrito em 1974 por Freudenger, um médico americano. O transtorno está registrado no Grupo V da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Sua principal característica é o estado de tensão emocional e estresse crônico provocado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes. A síndrome se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso (VARELLA, s.d.). Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/corpo-humano/sindrome-de-burnout/>> Acesso em: 24 set. 2012.

⁵⁶ Conceito positivista da saúde: Apesar de configurar avanço inquestionável tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, a conceituação positiva de saúde traz novo problema. Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações no âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas (CZERESNIA, 2003, p. 45).

contexto de um Hospital Universitário (HU)⁵⁷, que hoje ainda é 100% SUS. A estrutura dos HUs é diferente de um hospital comum. Por serem hospitais escolas, as unidades ensinam e formam novos profissionais de saúde; é onde os alunos exercem suas práticas, fazem seus estágios, e onde são realizadas pesquisas de ponta.

As Universidades Públicas Brasileiras têm passado por um processo de intensa privatização, que atinge também os HUs. Em dezembro de 2011, a presidente da República sancionou a Lei nº 12.550, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma estatal de caráter privado, vinculada ao Ministério da Educação. Embora não seja o foco da presente tese, justifica-se mencioná-la, pois, nesse cenário de incertezas, em que há uma tendência nacional de privatização, ao que tudo indica, expõe os serviços hospitalares a lógica do mercado e deixa os trabalhadores inseguros, interferindo diretamente nas relações pessoais e de trabalho.

A implantação dessa empresa significa quebrar a autonomia universitária e o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão “[...] os HUs serão limitados, sob os ditames e gerenciamento da nova Empresa, a prestar serviços de assistência à saúde, conforme pactos e metas de contratualização, acabando com sua vinculação às Universidades” (CORREIA; DANTAS, 2012, p. 6).

Tratar saúde e educação “como mercadorias” vai de encontro ao assegurado legalmente na Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 195, 196, 205 e 206 (BRASIL, 1988). É importante considerar o que assevera Capra (1982, p. 299) a esse respeito:

[...] qualquer sistema de assistência à saúde, incluindo a medicina ocidental moderna, é um produto de sua história e existe dentro de um certo contexto ambiental e cultural. Como esse contexto muda continuamente, o sistema de assistência à saúde também muda, adaptando-se às sucessivas situações e sendo modificado por novas influências econômicas, filosóficas e religiosas [...].

Temos várias vertentes que abordam uma concepção de saúde, desde modelos mais tradicionais até aqueles que abordam as relações sociais como integrantes do meio ambiente. No Brasil, a Constituição de 1988- Seção II traz o conceito de saúde no seu artigo 196, o qual diz:

⁵⁷ Em todo Território Nacional, as Universidades Federais Brasileiras são responsáveis por 46 HUS que compõem o mais importante e maior conjunto de instituições de saúde responsáveis por procedimentos de alta complexidade na Rede Pública. Esses hospitais também estão implicados como o processo de pesquisa inovadora e no desenvolvimento da ciência brasileira nessa área. Dessa forma respondem à Política de Saúde assentada no SUS, e portanto possibilitam aos trabalhadores pobres de todo país o acesso aos procedimentos que empregam tecnologias mais avançadas, de forma universal e gratuita. De outro modo tais pessoas não teriam acesso a esses procedimentos (CORREIA; DANTAS, 2012).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL,1988).

Como se pode perceber, de acordo com tais concepções a saúde tornou-se um bem social, trazendo conseqüentemente a afirmação do dever do Estado de tutelá-la e promovê-la. Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define-a como um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doenças, conceito esse que evoluiu, pois saúde, em sua concepção ampliada é o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho, renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Contudo, se formos analisar a saúde dentro de uma perspectiva Esquizoanalítica, teremos que abandonar o caráter positivista, hierarquizado e pensar nela não apenas como uma intervenção do Estado ou mesmo acesso aos serviços especializados, mas como uma elaboração do vivenciar e experienciar saúde tanto individualmente como dentro da sociedade. E ela está muito mais associada à esfera comportamental e ao estilo de vida. Capra (1982) corrobora essa idéia quando aborda as características da medicina chinesa, a qual, diferentemente de uma visão mais curativa, tem por finalidade realizar a melhor adaptação possível do indivíduo ao meio ambiente como um todo:

[...] Na medicina chinesa, o médico ideal é um sábio, que entende que todos os modelos do universo funcionam em conjunto; que trata dos pacientes individualmente; cujo diagnóstico não classifica o paciente como portador de uma doença específica, mais que registra o mais completamente possível o estado total da mente e do corpo do indivíduo e sua relação com o meio ambiente natural e social [...] (CAPRA, 1982, p. 309).

Concordo com Illich (1975), quando aborda a excessiva medicalização como responsável por causar danos na ordem social, pois essa é a visão predominante que se tem sobre saúde, pelo menos no modelo ocidental. A esse processo ele chama de iatrogênese social, ou seja, o impacto social não desejado e danoso da medicina mais do que o de sua ação técnica direta. Em essência ela é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico que tende a ser organizar sem ele e contra ele. A saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização excessiva produzir uma sociedade mórbida:

[...] Administrar remédios para doenças que já se desenvolveram é comparável ao comportamento daquelas pessoas que começaram a cava um poço muito depois de terem ficado com sede, e daquelas que começam a fundir armas depois de já terem entrado na batalha. Não seriam essas providências excessivamente tardias? (CAPRA, 1982, p. 309).

Essa sociedade mórbida é capaz de matar, torturar e envenenar, desde que tudo isso gere lucro. Não só prejudica a vida que a circunda, mas a si mesmo, pois a saúde aqui é uma busca desenfreada pelo consumismo.

[...] A medicina ocidental, ao adotar um modo industrial de produção de conhecimento e de poder, regra a vida das pessoas e condiciona-as a padrões, segundo a ideologia de mercado. Essa prática promove a medicalização da vida, das emoções, dos comportamentos, da aprendizagem e das questões sociais. Estabelece regras sobre alimentação, higiene, sexo, exercícios físicos, vestuário, habitação e, inclusive, relações sociais. O discurso genérico aplicado pela medicina a qualquer pessoa baseia-se tanto na invariância das relações sociais que presume existir e estabelecer com cada paciente [...] (TUNES; RAAD, 2006, p. 2).

A saúde, numa concepção mais ampla e moderna, mais do que a ausência de doença é um estado que permite os indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades. À ideia de assistência, de cura, é, então, incorporado o aspecto da promoção da saúde.⁵⁸ Mas quem dita as regras dessas “aspirações” e “necessidades” não são as pessoas e sim “empresas a serviço do acúmulo de riquezas”, financiadas na vitrine por uma mídia manipuladora.

A saúde é considerada, como um produto social, isto é, resultado das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que acontecem em determinada sociedade e que geram as condições de vida das populações (MENDES, 1994). Colocados dessa forma, esse sistema parece incólume, completo e perfeito. No entanto, poucos se questionam que os conceitos abordados são focados num padrão para somente um tipo de convívio social, mais aos moldes capitalistas:

[...] Uma certa psicologia e psiquiatria rasteiras consideram a saúde como um mero estado de adaptação ao meio ambiente social. Cabe perguntar: que tipo de meio ambiente? Se constatamos que em nosso contexto prevalecem as mais diversas contradições, como injustiça, violência, pobreza, guerras, milhões de crianças abandonadas nas ruas, minorias oprimidas, desonestidade crônica; será realmente saudável uma pessoa adaptada a tanta insanidade? [...] (CREMA, 1995, p. 133).

Esta saúde é construída para um “ser humano pronto”, fadado a ser um “eterno consumista” como se o fato de ter essas condições fosse o suficiente para se “ter saúde”:

[...] As pessoas passam a ser vistas como corpos e as questões sociais e humanas são transformadas em biológicas. O fato de se considerar tudo o que foge à norma como patológico tem sua origem na medicina, com o advento da clínica, que concebe a pessoa como um corpo, uma máquina com um padrão de funcionamento estipulado por ela e que precisa ser corrigido

⁵⁸ Promoção da Saúde: é um processo através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar físico, mental e social (WHO, 1986).

para se adequar ao esperado e valorizado socialmente. Os problemas da vida passam a ser vistos como distúrbios, perturbações, disfunções e doenças. O que foge ao comum, ao conhecido e ao valorizado, o “diferente”, provoca estranheza, desconfiança e medo [...] (TUNES; RAAD, 2006, p. 2).

Segundo Herrero (2013), uma semana de trabalho menor pode ajudar todos nós a prosperar no século XXI, pois uma carga horária de 21 horas semanais “ajudaria a quebrar o ciclo de viver para trabalhar, trabalhar para ganhar e ganhar para consumir”. As pessoas poderiam se tornar menos apegadas ao consumo intensivo em carbono e mais disponíveis para relacionamentos, hobbies e locais que absorvem menos dinheiro e mais tempo. Isso ajudaria a sociedade a sobreviver sem um crescimento econômico mandatório e com menos emissões de gases de efeito estufa:

[...] Quem é você e o que faz da vida? De frente com a questão, nosso impulso é falar sobre nosso emprego, o que estamos estudando. Trabalho é quase reflexo da vida, afinal, há quem passe mais horas dentro da empresa do que em casa. Com isso, a conversa recorrente no elevador não poderia ser outra a não ser um monotemático “Como está a vida? Muito Trabalho”! Será que precisamos trabalhar tanto para ganhar tanto e consumir tanto? E se você passasse menos horas dentro da sala do escritório e mais tempo com a família e amigos ou em locais de lazer, como o cinema? (HERRERO, 2013, p. 25).

Tudo isso reflete o conceito de saúde na conjuntura social, econômica, política e cultural de nossa época. A saúde tem diferentes interpretações e representações para as pessoas. Seu conceito é interpretado conforme a época histórica, lugar, classe social, crenças, valores individuais, concepções científicas, religiosas, culturais e filosóficas da sociedade. Dessa forma, para compreender a situação de saúde de um indivíduo e ou de uma coletividade é necessário considerar as suas relações com o meio físico, social e cultural, político e espiritual. Entretanto, diversas tentativas são realizadas no intuito de conceituar a saúde, que recebe interpretações conforme o período histórico em que é vivenciado. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças (SCLIAR, 2007).

Alguns autores como Kübler- Ross, (1991) e Leloup, (1996) apontam a saúde como um equilíbrio capaz de ressignificar a morte e o sofrimento, ou seja, a capacidade da pessoa carregar um certo grau de sofrimento. Illich (1975) aborda a concepção de saúde como uma forma consciente de busca e de equilíbrio:

[...] Saúde tem a ver, de um lado, com os ajustes que qualquer animal opera em relação a seu meio, e, de outro, com a criatividade espontânea do ser humano socializado, que é sempre capaz de inventar formas de viver melhor. Então o ser saudável significa não só ser capaz de criar e dominar os riscos como também controlar as angústias que despertam em nós- a saúde inclui a

angústia assim como recursos internos para conviver com ela [...] (ILLICH, 1975, p. 182).

Mas parece que em nossa época, como aponta Botsaris (2001), ainda prevalece a concepção de saúde focada numa compartimentalização excessiva, tanto da fisiologia⁵⁹ bem como da etiologia⁶⁰ das doenças, cujo foco são em causas únicas e relacionadas a fatores externos (vírus, bactérias, fungos, protozoários). Por outro lado, chama-se a atenção para um conceito ecológico de etiologia, ou seja, ver a doença não como única causa, mas decorrente de um desequilíbrio do organismo no seu meio ambiente.

Desconsiderar os diversos fatores que participam da etiologia das doenças é uma forma de prejudicar o enfoque estratégico para uma abordagem terapêutica, a qual seja realmente mais próxima as reais necessidades do ser humano. Capra (1988), já havia chamado à atenção nesse sentido, no diálogo de Big Sur⁶¹, no final da década de 70.

Nesse encontro, foi aviltado que saúde é uma experiência de bem-estar, a qual não se pode descrever objetivamente esse funcionamento saudável do organismo. Outro aspecto a considerar é a ideia que a assistência à saúde se dá num nível intuitivo, em que a classificação é impossível, sendo necessário lidar com cada pessoa em termos de suas próprias expectativas passadas e das queixas que apresenta. Nenhum terapeuta pode guiar-se por um conjunto de regras pré-estabelecidas. Ele deve ser flexível (CAPRA, 1988).

Durante aplicação de TT em Esperança e Sempre Viva pude constatar que as regras tornam-se obsoletas. Enquanto a primeira foi extremamente resistente e desconfiada inicialmente, a segunda procurou-me intuitivamente. A abordagem terapêutica com Esperança foi bem diferente, pois a ouvi para que pudesse ter sua confiança. Como o nosso tratamento clínico tradicional é de certa forma fria e arrogante, pouco “ouvimos” as pessoas e já vamos estabelecendo uma série de condutas somente de acordo com sua patologia.

A partir da doença estabelecemos todos os passos para o tratamento. Entretanto, numa situação “cuidador- paciente”, é importante que se estabeleça um conhecimento partilhado:

⁵⁹ Fisiologia: *s.f.* Parte da biologia que estuda as funções dos órgãos nos seres vivos, animais ou vegetais; tratado de fisiologia (BUENO; 1996, p.297).

⁶⁰ Etiologia: *s.f.* Ciência que estuda as causas, as origens das coisas (BUENO; 1996, p.276).

⁶¹ Encontro promovido por Capra (1988) com grandes cientistas no final da década de 70 em simpósio de três dias numa propriedade fechada na costa de Big Sur, perto de Esalen, quando se discorreu sobre a temática de saúde e suas miríades. Participaram do encontro Gregory Bateson, Antonio Dilamanta (Terapeuta Familiar), Stanislav Grof (Psicólogo e Psicoterapeuta), Hazel Henderson (Conselheiro em economia, tecnologia e política), Margaret Lock (Médica), Leonard Shlain (Cirurgião), Carl Simonton (Médico), dentre outros. Essas reflexões levaram a publicação com seu Best-seller “O Ponto de Mutação”. Embora escritas há mais de 30 anos, elas são muito atuais e vem ao encontro com a problemática dessa tese.

[...] Isso é o que os curadores das culturas tradicionais sempre conseguiram fazer, e que os médicos trabalhando no chamado idioma científico perderam. O conhecimento não é mais adequadamente partilhado entre pacientes e médicos (CAPRA, 1988, p. 244).

Tais aspectos e assertivas levam-me a compreensão do quanto estamos afastados de um tratamento mais próximo às reais necessidades das pessoas. A maneira que fui educada no curso de enfermagem e que hoje educo precisa ser revista. Sinto-me apenas, em algumas circunstâncias, tangenciando os problemas que chegam até nós. Quando chamo os alunos para uma reflexão mais profunda do que é vida, morte, adoecimento, os mesmos me questionam: por que na prática a maioria dos profissionais agem como se tais aspectos não fossem relevantes e mais do que isso, exigem que eles também se comportem assim?

Entendo que tais respostas não estão simplesmente disponíveis em livros, são muito mais do campo da experimentação e da troca de experiências:

Para mim, uma das coisas mais intrigantes da medicina é o fato de os livros de ensino absterem-se de dizer que as respostas às perguntas mais fundamentais são desconhecidas. Há três palavras para as quais não sabemos as definições. Uma é vida, a outra é morte e a terceira é saúde. Todos nós sabemos o que é saúde da mesma forma como sabemos o que é vida e o que é morte, mas ninguém consegue defini-las. Está além do alcance da linguagem definir esses três estados (CAPRA, 1988, p. 217).

Se não podemos defini-los, podemos senti-los e esses fluxos que surgem a partir de tais perspectivas não podem ser cerceados, tolhidos, principalmente numa educação voltada para um cuidado mais integral à saúde. Os pressupostos da filosofia esquizoanalítica justamente propiciam não pararmos no instituído, ao invés disso, criarmos agenciamentos pelos quais esses fluxos possam criar devires, novas formas de abordagens para as necessidades que irão surgindo.

Propus o TT como forma de tratamento para pensar e exemplificar como podemos ressignificarmos essa lógica competitiva do mercado e apelarmos para um cuidado mais cooperativo. As tecnologias de hoje estimulam a valorização de atividades competitivas em detrimento das atividades cooperativas:

[...]Todos os meus modelos são modelos ecológicos e sei que em todo ecossistema a competição e a cooperação estão sempre em equilíbrio dinâmico. O darwinismo social errou ao observar a natureza com olhos muito toscos, enxergando apenas o vermelho nos dentes e nas garras. Viu apenas a competição. Não percebeu o nível molecular de cooperação pois esse nível é, simplesmente sutil demais (CAPRA, 1988, p. 219).

O ambiente competitivo que se estabelece no próprio período acadêmico também predispõe a iatrogenia. Concordo com o diálogo estabelecido há 30 anos atrás, em Big Sur,

em que o futuro da medicina foi abordado de forma dramática, tomando uma direção muito pouco saudável para si e não satisfazendo as necessidades da sociedade. Hoje já estamos colhendo alguns frutos bem amargos desse processo, o qual parece ter se transformado numa “verdadeira bola de neve”:

[...] Entretanto, o motivo de a medicina ter mudado relaciona-se com outras mudanças ocorridas na sociedade, e todos esses aspectos tornaram-se tão interdependentes que é impossível separá-los. Sempre que alguém quer assumir todo o crédito por uma coisa boa, isso reflete uma atitude extremamente possessiva, que se torna uma desculpa para canalizar mais verbas para determinadas iniciativas ou atividades. E essa faceta parece pouquíssimo saudável (CAPRA, 1988, p. 227).

Outro aspecto que contribui para acirrar esse processo competitivo está no que Capra (1988) aponta em relação ao uso exacerbado de fármacos, o que Patch (2007) já havia chamado a atenção em uma marcante entrevista à TV E no Programa Roda Viva em 2007: “[...] O uso de drogas na terapêutica médica é incentivado e perpetuado pela indústria farmacêutica que exerce uma enorme influencia sobre médicos e pacientes [...]” (CAPRA, 1988, p. 229).

Sem querer desvalorizar o uso de medicamentos da medicina alopática no sentido de combate às principais doenças infecciosas de nosso tempo, é importante que se diga que as mesmas são fruto de nosso próprio comportamento, egoísta e afastado da natureza:

[...] Mckeown é um epidemiologista britânico que analisou todas as quedas dos índices de mortalidade na Inglaterra e na Suécia desde o final do século passado. E mostrou que, nos casos de todas as principais doenças infecciosas, os índices de mortalidade haviam despencado antes de surgirem vacinas ou drogas contra qualquer uma delas (CAPRA, 1988, p. 228).

O Children’s Hospital de Montreal, por exemplo, incentiva toda a sua equipe a se restringir a cerca de quarenta medicamentos. Com essas quarenta drogas, eles acham que podem lidar com todos os problemas possíveis e estão incluídas aí a aspirina e a penicilina, entre outras. Percebe-se que a provocação feita por Capra (1988) nesse encontro está no realce que se costuma dar aos sintomas, e não às causas subjacentes das doenças, o que se comprova pelo uso exacerbado de drogas na terapêutica médica atual.

O Prêmio Nobel de Medicina, Richard J. Roberts, em entrevista ao Jornal La Vanguardia em julho de 2011, revela que as grandes farmacêuticas dos Estados Unidos gastam centenas de milhões de dólares por ano em pagamentos a médicos que promovam os seus medicamentos: “[...] A investigação sobre a saúde humana não pode depender apenas de sua rentabilidade. O que é bom para os dividendos das empresas nem sempre é bom para as

pessoas. A indústria farmacêutica quer servir os mercados de capitais [...]” (ROBERTS, 2011).

Salienta ainda que os medicamentos que curam não são rentáveis e, portanto, não são desenvolvidos por empresas farmacêuticas que, em troca, desenvolvem medicamentos cronificadores que sejam consumidos de forma serializada. Isso faz com que alguns medicamentos que poderiam curar uma doença não sejam investigados. Pergunta-se: até que ponto é válido e ético que a indústria da saúde se pautе pelos mesmos valores e princípios que o mercado capitalista, o qual chega a “assemelhar-se ao da máfia”?

[...] Eu verifiquei a forma como, em alguns casos, os investigadores dependentes de fundos privados descobriram medicamentos muito eficazes que teriam acabado completamente com uma doença [...] porque muitas vezes não estão tão interessadas em curar as pessoas como em sacar-lhes dinheiro e, por isso, a investigação, de repetente, é desviada para a descoberta de medicamentos que não curam totalmente, mas que tornam crônica a doença e fazem sentir uma melhoria que desaparece que se deixa de tomar a medicação. [...] Mas é habitual que as farmacêuticas estejam interessadas em linhas de investigação não para curar, mas sim para tornar crônicas as doenças com medicamentos cronificadores muito mais rentáveis que os que curam de uma vez por todas. E não tem de fazer mais que seguir a análise financeira da indústria farmacêutica para comprovar o que eu digo. Exemplificando, deixou-se de se investigar antibióticos por serem demasiado eficazes e curarem completamente. Como não se têm desenvolvido novos antibióticos, os microrganismos infecciosos tornaram-se resistentes e hoje a tuberculose, que foi derrotada na minha infância, está a surgir novamente e, no ano passado, matou um milhão de pessoas. Ao capital só interessa multiplicar-se. Quase todos os políticos, e eu sei do que falo, dependem descaradamente dessas multinacionais farmacêuticas que financiam as campanhas deles. O resto são palavras (ROBERTS, 2011).

Gostaria de discutir a filosofia básica que justifica a prescrição excessiva de medicamentos. Parece haver dois pontos de vista. Um deles sustenta que os sintomas físicos das doenças são provocados por bactérias, e que para eliminar os sintomas é preciso destruí-las. O outro afirma que as bactérias são fatores sintomáticos presentes numa doença, mas que não são as causadoras da mesma. Portanto, não se deve dar muita importância a elas e sim às causas subjacentes.

A partir das evidências que obtive com a pesquisa da tese, bem como pela minha experiência enquanto enfermeira, diria que a doença se manifesta a partir de fatores estressantes que desequilibram o indivíduo ou mesmo uma dada comunidade. Esses fatores estressantes estão dentro das causas subjacentes das doenças, as quais não se dá a devida atenção, por serem muito sutis. Dentre elas, entendo que está o individualismo, uma organização social voltada para o acúmulo de riquezas em detrimento da boa saúde e que faz

de tudo para obter lucro, inclusive gerar mais doenças, desde que as últimas sejam rentáveis. Paradoxalmente, enquanto a “cultura do corpo” é consumida predominantemente pela classe média e alta, as classes populares encontram-se a mercê da fome e do desemprego, onde o alto consumo de álcool e drogas parecem ser maiores.

O corpo é massacrado nos dois extremos, pois quando a vida é colocada no patamar de produto, tanto a saúde como a doença “são lucrativas”:

[...] Illich chama esse processo de iatrogênese cultural, ou seja, a busca patogênica da saúde. Seria um quarto tipo de iatrogenia que havia lhe escapado por completo quando escreveu sua obra famosa. A mania com sua própria condição de saúde corporal ou higiomania é algo que passou a fazer parte definitivamente do estilo de vida altamente tecnificado da contemporaneidade. Tal estilo de vida, que se funda na idolatria do corpo e da saúde do corpo, não é criado por uma simples expropriação profissional: é alimentado pela mídia, pelas academias de cultura física, pela indústria da “dieta” e pela indústria em geral, e, enfim pelos que estão sempre interessados em vender este novo produto [...] (NOGUEIRA, 2003, p. 187).

Em 1985, na Universidade Estadual da Pensilvânia, Illich expõe de maneira autocrítica:

[...] Há doze anos escrevi a *Nêmesis da Medicina*. O livro começa com a afirmação: “A Medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde”. Ouvindo isto hoje, eu responderia: “e daí? O maior agente patógeno de hoje, acho eu, é a busca de um corpo sadio. E, de uma maneira importante, isto tem uma história (NOGUEIRA, 2003, p. 186).

Parece-me importante trazer alguns aspectos da “iatrogênese do corpo”, a qual consiste numa espécie de “obsessão pela saúde”, tratando-se de um novo consumismo do corpo saudável, que é alimentado de forma difusa em toda a sociedade, por diversos tipos de agentes, especialmente pela mídia. Esse “modelo” é imposto como ideal, também é uma forma de controle capitalista e um mercado promissor para o consumo de medicamentos, a exemplo dos anabolizantes:

[...] O Capitalismo é obrigado a construir e impor seus próprios modelos de desejo, e é essencial para sua sobrevivência que consiga fazer com que as massas que ele explora os interiorizem. Convém atribuir a cada um: uma infância, uma posição sexual, uma relação com o corpo, com o saber, uma representação do amor, da honestidade, da morte, etc. As relações de produção capitalistas não se estabelecem só na escala dos grandes conjuntos sociais; é desde o berço que modelam um certo tipo de indivíduo produtor-consumidor [...] (GUATTARI, 1981, p. 188).

A norma⁶² é ter saúde. Saúde adquire um status clínico que é o de não ter doença. Assim, a boa saúde toma por base os “padrões de normalidade”. Entretanto, a saúde não deve ser normatizada e considerada “normal” já que ela é fundamentalmente múltipla:

[...] não há saúde em si e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. Existem inúmeras saúdes do corpo [...]. Portanto, nossos médicos deverão abandonar a noção de uma saúde normal (NIETZSCHE, 2012, p. 134).

Normatizar a saúde é segregá-la da doença, é torná-la antagônica a inerência do próprio existir. Segundo Canguilhem (2009), a experiência da doença é indispensável e, de qualquer modo, inevitável. Qualquer projeto de erradicação da mesma seria desprovido de sentido, tudo se atém ao comportamento face à doença, ao tratamento que um determinado tipo de sistema pulsional em seu conjunto dará a ela.

Para além do binômio saúde-doença, é impossível normatizar a saúde, assim como a doença, inscrevendo-as em uma definição essencialista; só existem saúdes individuais (e plurais, no próprio seio da evolução de cada um) elaboradas no terreno de doenças individuais, das quais só se avalia a gravidade com relação aos afetos sadios ou mórbidos (que louvam a vida ou ao contrário, depreciam-na). A verdadeira saúde se define e se honra enquanto tal em seu combate de conquistas e sacrifícios:

[...] A saúde que se desvela no afrontamento com e, depois da vitória sobre a doença, é aquilo que Nietzsche chama de “grande saúde”, ou melhor, a verdadeira saúde. Reforçar a si próprio é a essência da saúde; se destruir é a essência da doença. Essa saúde se define pelo movimento, como a vida, ela é sempre movimento [...] (PEIXOTO JUNIOR, 2010, p. 735).

A concepção de saúde na filosofia chinesa traz uma profunda relação com o movimento da vida e conseqüentemente com uma consciência ecológica:

[...] O organismo humano é sempre visto como parte da natureza e como constantemente sujeito às influências das forças naturais. Nos clássicos, as mudanças sazonais recebem atenção especial e suas influências sobre o corpo são descritas detalhadamente. Tanto os médicos como os leigos são demasiado sensíveis às mudanças climáticas e empregam essa sensibilidade como uma espécie de medicina preventiva. No Japão até as crianças pequenas são ensinadas a prestarem a atenção às mudanças de clima e de estação, e a observar as reações do corpo a essas mudanças. Um sistema de medicina que considera o equilíbrio e a harmonia como o meio ambiente

⁶² A palavra latina norma, por intermédio de sua etimologia, suporta o peso do sentido inicial dos termos norma e normal. Normal é o termo pelo qual o Século XIX vai designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica. A reforma da medicina como teoria se baseia, por sua vez, na reforma da medicina como prática: está intimamente ligada, na França, assim como também na Áustria, à reforma hospitalar. Tanto a reforma hospitalar como a pedagógica exprimem uma exigência de racionalização que se manifesta também na política, como se manifesta na economia, sob a influência de um maquinismo industrial nascente que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, de normalização (CANGUILHEM, 2009, p. 199).

como o fundamento da saúde irá naturalmente enfatizar as medidas preventivas (CAPRA, 1988, p. 130).

Temos muito a aprender com a cultura chinesa, que entende que a saúde perfeita não deveria ser o objetivo essencial do paciente ou do médico, já que a doença será, em dados momentos, inevitável ao processo vital:

[...] Na concepção chinesa, o indivíduo é responsável pela manutenção de sua própria saúde e até, em grande parte, pela recuperação da mesma quando o organismo se desequilibra. O médico participa desse processo, mas o paciente é o principal responsável. É dever de o indivíduo manter-se saudável [...] (CAPRA, 1981, p. 309).

Entretanto, ao se promover a medicalização da sociedade, reduz-se a capacidade do homem em assumir suas responsabilidades face aos problemas do mundo. Quanto mais as pessoas pensam que necessitam de serem cuidadas, mais se submetem às normas e à tutela de uma produção médica industrial⁶³: suas vidas deixam de ter um significado íntimo e pessoal (ILLICH, 1975).

Lembremos que o controle do corpo foi o primeiro degrau de domínio da natureza⁶⁴ VAZ (1999, p. 92). O corpo do homem e a natureza são indissociáveis, como já asseverava Marx (2004, p. 84):

[...] o homem trabalhador (no sentido ontológico da palavra) transformava a natureza e transformava a si mesmo, transformava seu próprio corpo e, portanto, se constituía num corpo trabalhador. O homem possuía e ao mesmo tempo era um corpo trabalhador em metabolismo com a natureza. A natureza, por sua vez, se encontrava humanizada, tinha se tornado o corpo inorgânico do homem [...] (MARX, 2004, p. 84).

Se o homem escravizou seu próprio corpo no modo de produção capitalista, tanto o corpo sadio, como o corpo doente, escravizou também a natureza: Por isso não é importante “preservá-la” e nem “entendê-la” como parte de nós mesmos, já que sua desterritorialização gera lucro. O único problema é que não será para sempre e a longo prazo, como já estamos

⁶³ O corpo nesse sentido é o lugar onde a pessoa deve se esforçar para parecer que vai bem de saúde. Em compensação, toda a arte da medicina, em particular da medicina preventiva, consiste em perturbar essa calma e em denunciar, em cada um de nós, uma desordem secreta. Inventa os exames periódicos, os check-up em intervalos regulares, cujo ritmo se acelera em casos de antecedentes familiares (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009, p. 20).

⁶⁴ Natureza: o termo é aqui utilizado como lugar de interação entre a base física e cultural da vida no planeta. A visão socioambiental não nega a base “natural” da natureza, ou seja suas leis físicas e seus processos biológicos, mas chama a atenção para os limites de sua apreensão como mundo autônomo reduzido à dimensão física e biológica. Trata-se de reconhecer que, para apreender a problemática ambiental, é necessário uma visão complexa de meio ambiente num deslocamento do mundo estritamente biológico das ciências naturais para o mundo da vida, das humanidades e também dos movimentos sociais, bem mais complexo e abrangente. Esse deslocamento atinge não apenas as mentalidades, mas também as palavras e conceitos (CARVALHO, 2012, p. 38).

constatando, esse comportamento não garantirá nem mesmo o acúmulo de mais riquezas, pois chegamos a um ponto de exaustão.

Guattari (1981) traz a perspectiva que novas conexões maquínicas são concebíveis:

[...] Seria a esquizoanálise um novo culto a máquina? Talvez. Mas, com certeza, não no quadro das relações sociais capitalísticas! O progresso monstruoso dos maquinismos de toda espécie, em todos os campos, e que parece estar levando a espécie humana a uma catástrofe inelutável, poderia da mesma forma, tornar-se via real de sua libertação. Então continua o velho sonho Marxista? Sim, pois ao invés de apreender a história como sendo essencialmente lastrada por máquinas produtivas e econômicas, penso, ao contrário, que são as máquinas, todas as máquinas, que funcionam à maneira da história real, na medida em que ficam permanentemente abertas aos traços de singularidade e às iniciativas criadoras (GUATTARI, 1981, p. 138).

Assim, daqui para frente, podemos pensar numa outra maneira de se fazer medicina, chegando num nível menos quantitativo, sem medo de usar nossas reações subjetivas e emocionais aos acontecimentos:

Sinto que, se quisermos superar o raciocínio linear e o arcabouço reducionista, não poderemos ter medo de usar nossas reações subjetivas e emocionais aos acontecimentos, nem de expressá-las em situações onde temos de lidar com pessoas que só trabalham dentro do arcabouço científico. É preciso causar impacto nessas pessoas passando-lhes a ideia de que existem outras maneira de expressar as coisas. Mesmo a observação sistemática não é a única técnica que podemos empregar. A experiência puramente subjetiva também constitui informação válida que pode ser usada e sobre a qual se pode trabalhar (CAPRA, 1988, p.242).

É preciso que superemos o corpo hospitalizado portador de estigmas. Da mesma forma que a sociedade moderna polui e envenena o habitat que mantém a vida, o ser humano também se desequilibra e adocece. O tratamento que lhe é imputado na grande maioria dos estabelecimentos hospitalares também reforça a doença, com remédios que na melhor das hipóteses amenizam os sintomas.

Torna-se necessário, portanto, um outro vivenciar saúde. Há a necessidade de abordagens integradas à procura de soluções para os problemas de saúde e ambiente, sendo que estes problemas necessitam ser compreendidos na sua “pluralidade de dimensões”:

[...] a saúde possui, portanto, além da dimensão biomédica, dimensões éticas, sociais e culturais irreduzíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro da sociedade, dependendo de como os valores e interesses se relacionam dentro das estruturas de poder e distribuição de recursos existentes (FREITAS; PORTO, 2006, p 29).

Entretanto, posso dizer que fugi dessa “lógica” ao aplicar o TT, pois foi uma experiência que saiu da esfera curativa, pois sua prática partiu de um princípio de interação

que importava estar vivenciando a intensidade do momento, sem a mente analítica da enfermeira tentando deduzir uma patologia: “[...] A vida não é para o ser vivo, uma dedução monótona, em movimento retilíneo, ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate, é explicação, num meio onde há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas [...]” (CANGUILHEM, 2009, p. 149).

Assemelha-se ao que Capra (1988, p. 29), em forma de *insight* viu quando estava sentado na praia, ou seja, suas experiências científicas ganharem vida a partir da percepção da interação energética em sua volta, resultando numa experiência dos sentidos: “ele, a areia, as rochas, a água e o ar estavam numa gigantesca dança cósmica.”

Similarmente e pensando numa experiência dos sentidos, relembro aspectos vivenciados na terceira microintervenção, em que Esperança, num momento de interação em que recebia o TT, referiu estar num lugar completamente diferente daquele leito de hospital. Outro fato também foi a aproximação de uma senhora desconhecida por mim e pela paciente que participou e me ajudou na aplicação do TT, referindo que tinha que “estar ali naquele momento”, sem que nada tivéssemos combinado.

Vamos pensar que isso ocorre constantemente em nossas vidas sem que percebamos. O TT propiciou que aguçasse minha percepção naquele momento, de aspectos mais simples da existência que nos aproxima de nós mesmos: semelhante ao que Krishnamurti (1993) respondeu a Capra em um de seus primeiros encontros, quando o último perguntou como poderia ser um cientista e libertar-se do pensamento conhecido: “*primeiro você é um ser humano e depois um cientista*”.

A partir do momento em que nos aproximamos dessa dimensão mais humana da existência teremos a possibilidade de explorar um entendimento mais intuitivo e espiritual da vida: “[...] para o futuro seria bom que pudéssemos passar a depender um pouco menos dos dados quantitativos. Isso significa uma maior aceitação do valor do entendimento intuitivo e do lado espiritual da vida [...]” (CAPRA, 1988, p. 243).

Para tanto, faz-se necessário a construção de uma outra forma de ser e existir no mundo, aspectos relevantes elucidados por Deleuze e Guattari e corroborados por outros autores, como Nietzsche (2009), Leloup (2007), Capra (2008) e Boff (2006). Precisamos buscar um sentido diferente para a abordagem científica que hoje temos como absoluta, chegando ao que Capra (1988) já havia mencionado:

[...] Podemos falar sobre a saúde em diversos níveis e acontece que estamos misturando vários deles. Leonard Shlain estava falando sobre o nível em que

a abordagem científica talvez não se aplique. Podemos chamá-lo de nível paranormal, ou espiritual, onde ocorrem as curas psíquicas [...] Capra (1988, p. 243).

Ter saúde aproxima-se do desenvolvimento de uma espiritualidade. Para Boff (2004) espírito⁶⁵ é todo ser que respira, inspira e expira. Portanto, tudo o que vive é espírito ou portador do espírito.

Um ateu é capaz de morrer louco?

*Vejo em sua obra
Deus e uma espiritualidade
Sem a presença da religião
Somente um Super- Homem
É capaz de “morrer louco”
Louco de lucidez
Fico aqui a me perguntar:
Se não é a contradição?
A verdadeira saúde do homem
Se o devir é a construção
Para a transformação de si mesmo
E tanto o Capitalismo
Como o Cristianismo
Mercantilizam a moral
Sem falar dos outros “ismos”
E tantos outros que ainda estão por vir
Desconfio
Serem os insanos
Capazes de admitir:
Suas mortes, seus desencontros.
Suas fraquezas, seu existir.
Mas jamais desistem*

⁶⁵ Espírito: nesta tese, essa palavra assume a junção de quatro significados: 1- Alma racional ou intelecto, em geral, esse é o significado predominante na filosofia moderna e contemporânea, bem como na linguagem comum. 2- Pneuma ou sopro animador, admitido pela física estoica, passando desta a várias doutrinas antigas e modernas. É o significado originário do termo, do qual derivam todos os outros. Esse significado ainda permanece nas expressões em que espírito significa “aquilo que vivifica”. Kant usou o termo nesse sentido em sua teoria estética: “No significado estético, espírito é o princípio vivificante do sentimento. Para Boff (2002, p. 21-2), a palavra espírito esta representada pela palavra médio oriental e hebraica *Ruah*, pela palavra grega *Pneuma* e pela palavra latina *Spiritus*. Ela remete para uma experiência mais fundamental que o sopro, a experiência de que a respiração, a vida, o Espírito estão ligados a uma fonte da qual bebem todos os que vivem e respiram. Isto foi mostrado em um estudo minucioso de um grande exegeta francês, Henri Caselles, em 1984, escrevendo um suplemento ao verbete *Esprit*, no *Dictionnaire de la Bible*. Ele mostrou que em todas as línguas médio-orientais- aramaico, siríaco, copta-, *Ruah* é mais do que o sopro. É a fonte originária onde bebem todos os seres que vivem e respiram. É a fonte. 3- Matéria sutil ou impalpável que é a força animadora das coisas. Esse significado, derivado do estoicismo, encontra-se com frequência nos magos do Renascimento, sobretudo em Agripa. 4- Em relação mais estreita como o significado primeiro, esse termos às vezes significa disposição ou atitude, como nas célebres expressões de Pascal, “Espírito de geometria”, “Espírito de finura”, etc. (ABBAGNANO, 2007, p. 413).

*De serem humanos
Que geram potencias
A vida e seus devenires.
ACCO*

Schrödinger (1997, p. 15) ao escrever o prefácio de seu livro “O que é vida?”, confronta-nos com um difícil dilema: o alargamento nos singulares últimos cem anos das múltiplas ramificações do conhecimento e a impossibilidade de uma só mente dominar por completo mais que uma pequena porção especializada desse conhecimento. Como saída para esse dilema ele entende como importante alguns de nós nos aventurarmos e embarcarmos numa síntese de fatos e teorias, ainda que munidos de conhecimento incompleto e de segunda mão sobre alguns deles e sob o risco de parecermos tolos.

Chamo a atenção para a escrita desse prefácio porque por momentos, num meio tão hostil como o hospitalar, cheguei a pensar na não aceitação do TT por parte das pacientes. Por outro lado, essa experiência foi tão gratificante que formou um novo agenciamento, uma nova forma de conceber cuidado e também de sobreviver à iatrogenia, através da ideia de cooperação e não da competição. Capra (1988, p. 219) destaca que um dos fatores que ocasionam doença é o estresse:

[...] Todos tentam descarregar seu estresse sobre o sistema de outros. Veja, por exemplo, a economia. Uma maneira de tentar remediar uma economia doente seria aumentar o desemprego em um por cento. Só que com isso o estresse é jogado de volta para cima das pessoas. Sabemos que um por cento a mais de desemprego cria cerca de sete bilhões de dólares de estresse humano mensurável em termos de aumento da incidência de doenças, do nível de mortalidade, do número de suicídios, etc. O que estamos vendo aqui são os diferentes níveis do sistema tentando lidar com o estresse empurrando-o para algum outro lugar. Pode também acontecer de a sociedade transferir o estresse para o ecossistema- mas então ele acaba voltando, cinquenta anos depois, como no caso do Love Canal [...].

Por essa lógica pode-se entender que o que está acontecendo com a sociedade e o planeta em geral é um acúmulo de estresse provocado a gerações e que hoje estamos sentindo drasticamente seus efeitos em todos os segmentos sociais. No tocante a saúde, “a bola do estresse” é transferida de um lado a outro constantemente, ou seja, entre pacientes e cuidadores, sem que ambos consigam se olhar, pois o foco é somente a “bola”:

[...] E, além do mais, as pessoas não querem ter seu estilo de vida examinado. Não querem ser confrontadas com seu próprio comportamento doentio. Enquanto sociedade, não queremos uma boa assistência médica. Quando se tenta forçar uma boa assistência médica a uma sociedade que não a deseja, surgem problemas [...] (CAPRA, 1988, p. 229).

Tenho que discordar em parte com o fato das pessoas não estarem preparadas para um tratamento médico mais qualificado. A qualificação esperada é justamente um cuidado mais humano, um encurtamento de distâncias entre o profissional e a realidade dessas pessoas. Após o trabalho dessa tese percebo que a saúde passa por uma construção coletiva e que há necessidade de termos um envolvimento muito maior em todas as instâncias do processo do cuidar.

5.2 UMA ESPIRITUALIDADE EM CONSTANTE CONSTRUÇÃO

Saúde e espiritualidade são valores que caminham juntos e são indispensáveis para uma prática de EA genuína. Mais do que simples conceitos, aparecem quando na nossa consciência nos sentimos parte e parcela do todo que nos desborda:

[...] E quando emerge em nós a responsabilidade pelo mundo ao nosso redor (...). É então que irrompe em nós a dimensão ética de cuidado e responsabilização pelas coisas ao nosso redor. Espiritualidade consiste em cultivar esse espaço de profundidade, em enriquecer o centro de nós mesmos, em alimentar a dimensão do espírito com a amorosidade, a solidariedade, a compaixão, o perdão e o cuidado para com todas as coisas (BOFF; 2008, p. 40).

Espiritualidade, que de acordo com Boff (2008, p. 36), vem ao encontro da temática dessa tese no sentido que a concebe como uma nova experiência do ser, o irromper de um novo sonho, o vislumbrar de uma outra ordem, a qual propicie uma experiência profunda do ser humano. A última representada pela força criadora e ordenadora presente no ser humano, a capacidade de gerar sentidos novos a partir das virtualidades presentes na própria realidade:

[...] Quando nos vergamos sobre um recém-nascido, nos enchemos de eternecimento, nos deslumbramos com o mistério da vida, com o brilho de seu olhar. E quando encontramos uma pessoa cuja sabedoria independe da cultura acadêmica, nos enchemos de reverência, de respeito, e queremos escutá-la atentamente. Então desenvolver a espiritualidade é desenvolver a nossa capacidade de contemplação, de escuta das mensagens e dos valores que impregnam o mundo à nossa volta (BOFF, 2002, p. 46).

É importante considerar ainda que a espiritualidade se aproxima muito da cartografia da vida. Diferente daquela espiritualidade convencional das igrejas e da maioria das religiões históricas, as quais estão vinculadas a modelos de vida e de interpretações de mundo (cosmologias) que não correspondem mais à sensibilidade atual. Não raro deixam o universo, a natureza e a vida cotidiana fora do campo da experiência espiritual (BOFF, 2008).

Espiritualidade como disposição, como um conjunto de atitudes frente à vida relacionadas com a busca de sentido, aspectos apontados tanto por Boff (2002), quanto por Nietzsche (2005), embora de perspectivas e inserções completamente diferentes:

[...] Temos a ver com espiritualidade quando mergulhamos nessa profundidade de nós mesmos e experimentarmos a realidade como um todo. Espiritualidade tem a ver com experiência, não com doutrina, não com dogmas, não com ritos, não com celebrações, que são apenas caminhos institucionais capazes de nos ajudar a alcançá-la, mas que são posteriores a ela [...] (BOFF, 2002, p. 43).

O TT para mim é uma alternativa na busca constante de um comportamento e atitudes condizentes com os valores ambientais e que potencializa a construção de uma espiritualidade, pois devolve ao corpo uma intuição:

[...] A espiritualidade vive da gratuidade e da disponibilidade, vive da capacidade de enternecimento e de compaixão, vive da honradez em face da realidade e da escuta da mensagem que vem permanentemente desta realidade. Quebra a relação de posse das coisas para estabelecer uma relação de comunhão com as coisas. Mais do que usar, contempla (BOFF, 2002, p. 46).

Enquanto Boff (2002) traz uma ideia de transcendência do ser humano, Nietzsche (2005) traz a de imanência, ambos a relacionam com a construção de uma espiritualidade, de um “novo homem”. São filosofias que não se excluem, pois denotam diferentes focos do viver em sociedade e do constante desafio do homem no seu tempo histórico. E tais posições plurais são necessárias para uma prática de EA construída a partir da diferença.

[...] A partir da experiência espiritual não há só coisas e fatos, começa a existir a irradiação das coisas e o sentido que vem dos fatos. Nas situações mais difíceis, mesmo quando morre um ente querido, quando se desfaz um matrimônio, quando perdermos um filho por causa da droga, podemos sempre perguntar: Qual o significado de tudo isso para mim? Que coisa, que caminho, que direção essa realidade me quer mostrar? Não basta chamar um terapeuta, não é suficiente tomar um antidepressivo e dormir horas a fio. É preciso que nos confrontemos perguntando corajosamente: Que sentido mais profundo essa realidade traz para mim? De que me purifica, em que me faz crescer? [...] (BOFF, 2002, p. 46).

A vida, como bem aponta Nietzsche (2005) é feita de tensões. Tensões que nos aproximam de uma Grande Saúde e dos ideais ascéticos.

[...] O que significam os ideais ascéticos? Entre os artistas às vezes não significa nada e às vezes significa múltiplas coisas; entre os filósofos e os sábios algo, um instinto favorável para uma grande espiritualidade, entre as mulheres, no melhor dos casos, um encanto a mais, um pouco de morbidez em carne bela, um anjinho lindo e bem nutrido, entre nós, fisicamente defeituoso e de mau humor (isto é, entre a maioria dos mortais), uma tentativa de se encontrar

muito bem neste mundo, uma forma sagrada de libertinagem, uma arma capital contra a dor lenta e o tédio; entre os sacerdotes, a verdadeira fé sacerdotal, o seu melhor instrumento de poder, o seu melhor direito ao poder, entre os santos, um pretexto para o sono hibernal, uma novíssima glória cupido, o repouso no nada (Deus), uma manifestação da demência [...] (NIETZSCHE, 2009, p. 95).

Tais concepções são próximas a um ideal ascético apontado por Nietzsche (2009), no qual impera o paradigma do pensamento clássico e cristão na cultura humana. Também me coloco nesse contexto do ideal ascético, desde minha formação familiar e escolar básica até os bancos da Faculdade. Sou fruto dessa cultura que causa a iatrogenia e o fato de escrever essa tese é uma forma de me libertar desses conceitos, dogmas e paradigmas.

A Esquizoanálise permitiu-me pensar que a iatrogenia é apenas a “ponta do iceberg”, talvez uma faceta extrema do ideal ascético, pelo fato de não sabermos lidar com nossa própria finitude. Estamos constantemente, no contexto hospitalar, negando parte de nós mesmos, a partir do momento em que “anestesiemos os sintomas das doenças” e mandamos as pessoas para casa como se o “problema tivesse sido resolvido”:

[...] O homem doente de si mesmo, psicologicamente, como um animal na jaula, perturbado, indeciso, ignorante das razões e de causas, procurando estas para seu consolo, e procurando também remédios e narcóticos [...] (NIETZSCHE, 2009, p. 133).

Por outro lado, a Esquizoanálise nos instiga a uma nova forma de enfrentamento de mundo. Ela busca justamente o que ninguém gosta de falar e ouvir, aquela rugosidade, aquele medo, aquele assombro que guardamos como segredo mais íntimo. Mas também, ela nos dá o suporte de esquadrihá-lo, ressignificá-lo, senti-lo de uma outra maneira através de uma construção mútua da realidade:

[...] Eis que voltamos à questão da Esquizoanálise! Não se trata, como podemos perceber, de uma nova receita psicológica ou psicossociológica, mas de uma prática micropolítica que só tomará sentido em relação a um gigantesco rizoma de revoluções moleculares, proliferando a partir de uma multidão de devires mutantes: devir mulher, devir criança, devir velho, devir animal, planta, cosmos, devir invisível...- tantas maneiras de inventar, de “maquinar” novas sensibilidades, novas inteligências da existência, uma nova doçura [...] (GUATTARI, 1981, p. 139).

E isso gera angústia inicialmente, pois estamos acostumados com as formas cartesianas, as soluções prontas e os “dicotomismos” dos “certos ou errados”.

Em Carta para as futuras gerações, Prigogine (2009) aponta o próprio curso da história humana repleto de bifurcações, subdividindo-as em ramos, o que se aproxima muito da idéia de rizoma. Por outro lado entende tais bifurcações como necessárias, as quais

simultaneamente geram um sinal de instabilidade e de vitalidade em uma dada sociedade. Assim a construção de uma nova ciência, uma ciência para o século XXI está nas mãos dessas futuras gerações, ou seja, cabe a cada homem dos dias atuais, com seus problemas, dores e alegrias, garantir encontrar a estreita via entre a globalização e a preservação do pluralismo cultural, entre a violência e a política, entre a cultura da guerra e a cultura da razão.

Contudo, essa “estreita via” parece estar relacionada com a cultura de um ideal ascético, já que o último imprime uma única forma de interpretar a realidade que redireciona sua própria vida sobre uma perspectiva que repara o incômodo de ter que lidar com o sofrimento inerente a própria existência:

[...] Os doentes são o maior perigo da humanidade: [...] Os desgraçados, os vencidos, os impotentes, os fracos são os que olham a vida e envenenam e destroem a nossa confiança de um modo mais perigoso. Como escapar a esse olhar triste e concentrado dos homens incompletos? Um olhar voltado para trás do aleijado de nascimento? Este olhar é um suspiro que diz: Ah! Se eu pudesse ser outro! Mas não há esperança: sou o que sou, como poderia liberta-me de mim mesmo? [...] (NIETZSCHE, 2009, p. 118).

Não seriam nossos hospitais empresas de fabricar doentes? Para a indústria farmacêutica, por exemplo, o “homem incompleto” é extremamente interessante. Por outro lado, como é para o próprio profissional de saúde o convívio com esses “fracos”, “vencidos” e “impotentes”? Não serão esses profissionais mais “desgraçados” ainda, por terem que lidar, digamos assim, com “a pequena saúde”? Nosso olhar para com essas pessoas é de pena, de condolência, reforçando ainda mais esse estado doentio que é a própria iatrogenia.

É possível realizar procedimento técnico na área da enfermagem sem estar bem conosco mesmo e assim, dia após dia, irmos trabalhar e cumprir nossa tarefa. Esse cansaço com o tempo vai gerando stress e doença, mas ao que tudo indica, vamos protelando e pensando que um dia será melhor. Chega a um ponto de começarmos a tomar medicamentos, para “aguentar a pressão”. E aí é um doente cuidando de outro doente e a iatrogenia só tende a aumentar.

Nesse ínterim, começa algo conhecido como “desumanização na área da saúde”. Grande parte dos profissionais da saúde anestesia-se coletivamente para suportarem jornadas extensas de trabalho e o convívio com a dor, a morte e o sofrimento constantemente. Não construímos mecanismos protetores que possam oferecer suporte mútuo para a exteriorização e discussão de tal problema. Temos vergonha de admitir nossas falhas e sentimo-nos culpados por nossas fragilidades e fracassos:

Nietzsche
Desconstrói-me
A cada momento
Mas chegou a tempo
Antes do último ocaso
Numa fissura de clinamen
Partindo em mil estilhaços
Minhas míseras certezas
E agora?
Onde repousar meus prantos?
Como justificar-me das fraquezas?
Deixo-me esquizoanalisar
Não como um mártir na cruz
Mas como uma criança
Sempre pronta a recomeçar
Fazendo do agora
Sua motivação
Seu estado da arte

ACCO

Talvez tenhamos que concordar com Nietzsche (2009), o homem ocidental tenha adquirido um longo processo de adoecer na busca de um ideal ascético. E aqui me vejo também nessa constante luta e adoecimento, por buscar a antítese da iatrogenia:

[...] todo conhecimento, toda moral, toda arte irá se subjugar ao que Nietzsche denominou de ideal ascético, cujos valores norteadores são contrários aos aspectos corpóreos e sensíveis do homem. A razão, hipertrofiada em relação ao corpo, projetou seu olhar sobre uma perspectiva sem sentido, que estabelece um “puro sujeito do conhecimento”, “isento de vontade, alheio a dor e tempo”, que sobressalta a castidade frente à sensualidade, o prazer, isto é, as sensações corpóreas consideradas como “mal” na humanidade [...] (LOPES, 2010, p.).

Meu comportamento também não será iatrogênico, tentando contornar o sofrimento com o Toque Terapêutico? Qual a diferença em administrar uma pílula ou o Toque Terapêutico? Se o foco levado em consideração for apenas o alívio da dor, nenhum! Aqui destaco outro trecho da entrevista de Patch Adams ao programa Roda Viva em 2007, problematização também abordada na segunda microintervenção:

[...] Também quero corrigir a ideia de que rir seja uma terapia. Também nunca penso em música como terapia, nem em arte, nem em dança. Nunca precisam da palavra “terapia”, que é pequena para ajudar. A arte não precisa de ajuda da palavra “terapia”. É a cultura humana. Não fazemos terapia de cultura. Se estamos saudáveis, fazemos cultura. Para mim, humor é contexto. No nosso hospital exigimos que o pessoal seja alegre, gozado, carinhoso, cooperativo, criativo e atencioso. É um modo para uma comunidade humana saudável integrar-se, para não haver violência, para um cuidar do outro. [...]” (Trecho da Entrevista de Patch Adams ao Programa Roda Viva, novembro de 2007- SP).

A partir de tal premissa reporto-me à terceira microintervenção que realizei na clínica médica do HU. A prática do TT não se dá a partir do foco na doença, pois o que se busca é justamente reequilibrar o campo de energia da pessoa. Ao nos reportarmos dessa forma ao paciente é dado espaço para que o mesmo possa se expressar livremente, além é claro, de elaborar e administrar seu próprio momento de tensão. Essa abordagem não exclui a doença, mas ao mesmo tempo não se limita à ela. Por outro lado, oportuniza uma participação da pessoa em sua própria construção de saúde, fato que nossa medicina parece ignorar no momento do planejamento do cuidado.

A cultura moderna, de acordo com a concepção de Nietzsche (2009), repousa sobre a negação da natureza humana, em que a finitude e a falta de sentido no sofrimento são respondidos pelo ideal ascético- mesmo sendo um ideal de negação da vida- conservando o homem em um processo de melhoramento que não o faz correr riscos ou se envolver em novas experiências, ou seja, é inibido de poder criar.

Nietzsche (2009), sendo um filósofo, diz ter passado por muitas saúdes, ele nos fala de uma saúde mutável, que consegue ser vital mesmo na doença. Um dos aspectos que chama a atenção em sua obra, e que é muito oportuna para esse momento da tese, é que essa “grande saúde” não pode ter como ponto de partida a doença. Ele nos exorta a não partirmos da doença como tão comumente se faz.

As premissas da Esquizoanálise colocadas em prática permitiram-me chegar a lugares até então não trilhados dentro de ambientes tão coercitivos como o hospitalar e gerar uma vontade de potencia:

O Hospital enquanto ambiente pedagógico

*A poesia chega até mim
Como microfissuras na janela
De dentro do vidro
Sou presa do instituído
Um animal desconfortável
Procurando constantemente saída
Prestes a gritar!
Mas quando ultrapasso as amarras
Da geometria quadrangular
E lanço um olhar
Para a existência lá fora
Tudo se põe a dançar*

*Tudo faz sentido
 E já não sei mais
 Se estou aqui
 Ou se estou lá
 Não faço parte deste mundo
 Das formalidades absurdas
 Desse falso viver!
 Maléfico ao sonhar
 Sou mais
 A espontaneidade do beija-flor
 Ou daquele devir delicado
 Entre a pétala e o luar
 E o que importa?
 Se essa sociedade insana
 Entende que destruir é amar
 E ainda nos designamos
 Sapiens sapiens
 Do pedestal de uma ciência caduca
 Da soberba de um pensar
 Somos meros grãos na infinita duna
 Um farelo cósmico
 Nos confins da Via- Láctea
 Chamado planeta Terra
 Que em sua Majestade azul
 Abriga a fera humana
 E ainda persiste em amá-la
 ACCO*

A grande saúde, enquanto paradigma do pensamento Nietzscheano permite-nos pensar numa vontade de potência. Essa vontade é a exigência de sempre se superar, como a saúde é exigência de se colocar em causa, expondo-se a doença, a fim de se fortificar através de uma contínua vitória sobre ela:

[...] Nós, os novos, sem nome, de difícil compreensão, nós, rebentos prematuros de um futuro ainda não provado, nós necessitamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, mais forte, alerta, alegre, firme, mais audaz que todas as saúde até agora. Aquele cuja alma anseia haver experimentado o inteiro compasso dos valores e desejos até hoje existentes e haver navegado as praias todas desse “Mediterrâneo” ideal, aquele que quer, mediante as aventuras da vivência mais sua, saber como sente um descobridor e conquistador do ideal, e também um artista, um santo, um legislador, um sábio, um erudito, um devoto, uma adivinho, um divino excêntrico de outrora: para isso necessita mais e antes de tudo uma coisa, a grande saúde [...] (NIETZSCHE, 2012, p.258).

Este “novo meio” apontado por Nietzsche aproxima-se de uma saúde cartográfica, em constante mudança e ressignificações, aspectos esses que tive oportunidade de desenvolver a

partir dessa tese, os quais foram, antes de tudo, espirituais, pois ousaram construir um estilo próprio, no cotidiano de suas relações, a partir de uma perspectiva experimental:

[...] A espiritualidade é tudo aquilo que produz no ser humano uma mudança interior, o que pressupõe transformação do coração e da mente, a fim de deixar transparecer o “humano” ou o suprahumano, de modo que transcenda ao imanente, transformando a partir das atitudes também exterior [...] (DALAI-LAMA, 2000, p.14)

Formaram uma verdadeira teia inter-relacional, no sentido de dar vazão as emoções, aos fluxos da vida no intuito de ressignificar a dor, a morte e o sofrimento:

*Como enfermeira;
Ausculto o coração;
Através de um estetoscópio;
Como poeta;
Sou o próprio coração;
Num caleidoscópio;
E como enfermeira-poeta;
Atravesso o tempo;
Além deste pulsar;
Neste querer alento;
No processo do cuidar.
ACCO*

Entendo como Boff (2008), nós não existimos, senão coexistimos, sempre junto com outros seres com os quais mantemos relações de troca e de inter-retro-dependência:

[...] Nosso eu não fica recluso em si mesmo, mas ele é habitado pela casa que habitamos, pela rua familiar em que moramos, pela cidade natal em que vivemos, pelo local de trabalho onde exercemos nossa profissão, pelos animais domésticos, pelas paisagens inesquecíveis de nossa história pessoal, pela prática que amamos e pela Terra, a única casa comum que temos para habitar. Essas realidades não são meros fatos, são valores, o mundo das excelências. Sem eles morreríamos de esterilidade e de solidão (BOFF, 2008, p. 39).

Os processos cartográficos dessa tese fizeram-me pensar como ainda temos que caminhar no sentido de uma aproximação com essa verdadeira saúde. Estamos, a todo o momento, tentando disfarçar, amortecer, buscar subterfúgios para não encarar a morte e a doença. Para isso nos utilizamos de uma gama de fármacos, que no máximo, adiam a morte e prolongam, muitas vezes, o sofrimento.

Propalamos para as pessoas: “com a tecnologia de hoje, ninguém precisa sofrer, a dor não é bem vinda”. Mas não dizemos que o sofrimento delas já começou muito antes delas adoecerem, por um sistema social, o qual é estressante e gerador de doença, começando pela própria alimentação até a forma coercitiva do mercado de trabalho competitivo.

Nietzsche levanta a suspeita de que o corpo, nas filosofias que desprezam e rejeitam os processos naturais da vida, valorizando os aspectos transcendentais, está doente, e a preocupação em busca da paz, do alívio e da proteção demonstram esses sintomas, pois se a vida possui como traço fundamental o combate, o jogo de forças, as ameaças naturais de sofrimento e de dor, não podem ser interpretadas como se fossem isoladas da saúde, da alegria, da felicidade (AZEREDO, 2011, p. 253).

[...] Desse isolamento doentio, do deserto desses anos de experimento, é ainda longo o caminho até a enorme e transbordante certeza e saúde, que não pode dispensar a própria doença como meio e anzol para o conhecimento, até a madura liberdade do espírito, que é também autodomínio e disciplina do coração e permite o acesso a modos de pensar numerosos e contrários- até a amplidão e refinamento interior que vem da abundância, que exclui o perigo de que o espírito porventura se perca e se apaixone pelos próprios caminhos e fique inebriado em algum canto; até o excesso de forças plásticas, curativas, reconstrutoras e restauradoras, que é precisamente a marca da grande saúde, o excesso que dá ao espírito livre o perigoso privilégio de poder viver por experiência e oferecer-se à aventura: o privilégio de mestre do espírito livre! No entremeio podem estar longos anos de convalescença, anos plenos de transformações multicores, dolorosamente mágicas, dominadas e conduzidas por uma tenaz vontade de saúde (NIETZSCHE, 2005, p. 11).

Agora pensemos no ambiente hospitalar concebido hoje, com suas rotinas que se aproximam muito da hierarquia de uma prisão, com regras rígidas, horários pré-estabelecidos e sujeição dos corpos: é a medicação, a expectativa do diagnóstico médico, a espera do resultado dos exames laboratoriais, etc. São momentos bastante tensos, os quais não somente os doentes são submetidos, mas também a equipe de saúde responsável pelo cuidado. Imaginemos que no cotidiano de trabalho e de vida dessas pessoas fique difícil aproximarem-se de uma relação mais fluida da vida, de um cuidado espiritualizado de si mesmo e do outro.

Assim se faz necessário ampliar o conceito de cuidar de enfermagem. A priorização do modelo biomédico na formação dos profissionais de saúde de maneira geral- e da enfermagem- principalmente, dicotomiza o pensar e o fazer. A assistência curativa e individual sobre um corpo doente mostra-se descontextualizada. A enfermagem não tem necessidade de exercer um cuidado exclusivamente a partir de uma ótica imperativa da medicina. Ao contrário, tem um potencial para criar dentro do hospital um processo de vitalidade autônoma nos “pacientes” e na própria equipe de enfermagem.

Esse cuidar diferenciado inclui uma preparação acadêmica além da mera reprodução de saberes e de formas estereotipadas de relacionamento dentro das instituições de saúde, bem

como a reflexão, por parte dos detentores do conhecimento, acerca de suas práticas pedagógicas:

[...] Educamos alunos numa estufa, num ambiente controlado, damos-lhes um diploma e os atiramos numa cova de leões, saturada de desafios que nunca viram, cujo cardápio envolve perdas, frustrações, decepções, competição predatória, cooperação sinérgica. Desde que passassem nas provas não importava se eram mentes agitadas, inquietas, tímidas, inseguras, fóbicas, depressivas, obsessivas. Nunca abri espaço numa aula, em mais de quinze anos como professor universitário, para perguntar sobre os medos, angústias, projetos e pesadelos deles. Tratei-os como máquinas de aprender. E vocês? (CURY, 2010, p. 52).

Esta tese nos convida a uma mudança de atitude sobre si mesmo e em relação a tudo que nos cerca, caracterizando-se como um aspecto que nos aproxima de uma visão madura de EA. Entendemos a interconexão de todas as formas de vida e a extrema importância de preservá-las. Quando estamos impondo a mão um admirável mundo novo se forma em nossa frente e percebemos que a distância que nos separa de nosso entorno é só ilusão.

Essa vitalidade consiste na ideia de cultivar o cuidado e viver a espiritualidade no conjunto das relações. Leloup (1996) assevera que no ser humano é essa capacidade de transformar o instituído em uma experiência de protesto e de libertação, em um projeto, em uma prática política na defesa da vida, do corpo vivo, de sua sacralidade, protestando contra os mecanismos de morte, em todas as instâncias. Espiritualidade é internalizar essa dimensão e viver a partir dela.

Cultivar o cuidado para com toda a vida, por mais simples e mínima que seja, é extremamente necessário. Ela vive a partir de um sem-número de interrelações e, se não houver cuidado, a vida não sobrevive. Cuidado e ternura são as categorias mais esquecidas da modernidade. São relegados como feminino, ou seja, algo que não conta, que não é produtivo. E são os que “mais falta fazem” a preservação da vida.

Temos um crescimento econômico fantástico. Nunca se acumulou tanta riqueza e tantos conhecimentos tecnológicos à custa de uma taxa de perversidade e injustiça social jamais vista antes. O grande desenvolvimento tecnológico é profundamente inumano por que não é repartido, não produz vida. Produz morte.

[...]Por isso, falar da espiritualidade, atualmente, é subversivo, é politicamente perigoso, por que a espiritualidade defende a vida, defende todos os que precisam, defende a floresta amazônica, o tamanduá- bandeira e o mico-leão dourado. Não basta preservar o mico-leão dourado em cativeiro. É preciso preservar a Mata Atlântica por que lá é sua casa, lá é onde ele vive. E preservar os ecossistemas com suas interações que lhe garantem a vida (BOFF, 2002, p. 26).

Então o espírito é essa realidade viva. Podemos dizer que se o espírito é essa energia, essa fonte de onde tudo “brota”, no nível humano o espírito é a energia que chega ao seu momento consciente, reflexo e responsável (LELOUP, 1996, p. 25). Esses momentos nos aproximam de uma nova percepção, apontada por Capra (1982) como indispensável para um viver saudável sobre o planeta.

A espiritualidade é aqui entendida não como um ideia de unicidade ou de verdade absoluta, mas como uma abertura para a riqueza da diversidade e pluralidade presente em cada um de nós, chamando a atenção para nossa responsabilidade como criadores de sentido:

[...] quando falo em treinar a mente neste contexto, não estou me referindo à “mente” apenas como a capacidade cognitiva da pessoa ou de seu intelecto. Estou, sim, usando o termo no sentido da palavra Sem, em Tibetano, que tem um significado muito mais amplo, mas próximo de “psique” ou “espírito”, um significado que inclui o intelecto e o sentimento, o coração e a mente. Por meio de uma certa disciplina interior, podemos sofrer uma transformação da nossa atitude, de todo nosso modo e encarar e abordar a vida [...] (DALAI-LAMA, 2000, p. 14).

A Esquizoanálise nos desacomoda, nos faz pensar numa outra forma de ser e fazer o mundo e a buscar uma espiritualidade imanente na matéria. Tal aspecto nos aproxima do pensamento de Nietzsche, quando o último critica as presunções do homem moderno de atingir uma verdade única, uma lei ou princípio aplicável a todos, o “único” e “absoluto”. Espiritualidade, conforme nos aponta Leloup (1996), como uma nova fonte em nós onde jorra continuamente a vida. Vida essa que a ciência vem comprovando cada vez mais sua interdependência e interrelação.

Desde os microrganismos mais primitivos, passando pelos invertebrados e animais até chegar aos seres humanos, todos têm o mesmo código genético. Somos construídos, todos, pelo mesmo alfabeto genético. Temos a mesma inscrição das cadeias de DNA (Ácido Ribonucleico) e RNA (Ácido desoxirribonucleico). Paradoxalmente, do modo como estamos vivendo, o ser humano é um exilado:

[...] O trágico foi o ser humano distanciar-se de sua comunidade biótica e apropriar-se da vida como poderes de matar e torturar. Fazer de uma vaca, uma máquina para produção de carne, encerrá-la sem movimentos, alimentá-la com nutrientes, sem se dar conta da crueldade a que submete uma sua irmã. Falta-lhe compaixão, é cruel e sem piedade por que não descobre no outro, portador de vida, um seu irmão. Distanciou-se da comunidade dos viventes (BOFF, 2002, p. 25).

A categoria espírito remete-nos a uma experiência originária que está presente em todas as tradições culturais, espirituais e filosóficas. A experiência da respiração, do sopro. Tudo aquilo que tem sopro e respira, vive. A Terra vive. A espiritualidade abordada por Boff

(2002) nos aproxima de um saber ambiental. Antes de mudarmos qualquer realidade, faz-se necessário que mudemos a nós mesmos. E isso se cumpriu nesse momento da minha vida. Precisamos fazer algo que nos liberte da rotina maçante do dia-a-dia e que nos dê um sentido maior para o que fazemos e para a profissão.

O que Artaud diria a Nietzsche?

*Entre os hiatos de nossos pensares
E os abismos de nossas vidas
Descortina-se o humano
Completamente nu
Sem a sombra do tempo
Sem a maquiagem da história
Sem a proteção de qualquer memória
Do passado ou do futuro
E o que lhes resta, oh senhores?
Senão a tabula rasa do agora
E uma vontade de poder
Poder amar e sobrepujar
A própria criação que te fez
Esse corpo sem órgãos
Esse ovo cósmico
Interpenetrado de infinitos fusos
Onde Artaud e Nietzsche
Gritam de seus sanatórios:
Esvaziam-se todos os órgãos!
Libertem seus deuses!*

ACCO

5.3 REVERBERAÇÕES

*Uma conclusão aqui
Não seria a maior
Das iatrogenias?
Um ponto final
Não só abrevia a vida
Mas perpetua a doença
Causando nossa morte
Decretando nosso fim
E essa
Seria a mais cruel
De todas as mortes
Pois precipitaria um término
Antes mesmo do seu começo*

ACCO

Por uma questão circunstancial preciso chegar no desfecho da tese, mas ao invés disso, trago aqui reverberações. Reverberações por que busquei aproximar esse trabalho acadêmico do movimento natural da vida e tais fluxos não seguem uma linearidade. Como a própria EA não a segue. Muitas vezes tentamos reduzi-la em correntes, teorias, paradigmas, mas ela é devir, é rizoma.

A filosofia esquizoanalítica ensinou-me a relativizar fronteiras, a aprender a olhar da perspectiva de um “entrelugares”, nesses pontos de encontro onde os devires acontecem. Neste espaço a EA é arte, é cultura, é criatividade, é a beleza de coexistir com e na diferença. Do prisma em que atuo dentro do contexto educativo na área da saúde, vejo-a como uma possibilidade de unir saberes, de estar num território que é de todos os seres vivos. Coloco-me como “aprendiz ambiental”, pois a educação ocorre no encontro e a partir do diálogo, já não importando o adjetivo que queiramos lhe dar.

Quem tem coragem de se esquizoanalisar? Essa tese visou justamente buscar esse desafio, de sair de um conhecimento acadêmico para se aventurar cartograficamente por um caminho de construção. Escolheu se esquizoanalisar através do TT, por entender que esse é capaz de levar a outra percepção da vida. Não por seus conhecimentos específicos propriamente ditos, mas, sobretudo, pela mudança de atitude que seu fazer pode gerar.

Através do TT pude dar passagem aos fluxos de cuidado carinhoso e poético que se agenciam em mim. É uma maneira de demonstrar aos pacientes e alunos uma potencia de vida, um “sentir EA”. A escolha por essa técnica foi um meio e não um fim. Hoje nosso espaço acadêmico parece estar tão carente de um ensino vibrante, acolhedor e de cuidado entre si, que uma técnica pedagógica que instigue tais atitudes encontra reverberações.

A partir das experiências das microintervenções entendo o TT como uma oportunidade que propicia uma experiência profunda do viver, espaço de aproximação entre as pessoas, de um pensar além dos estados saúde e doença. O nível de interação que se estabelece não é somente com a pessoa que está recebendo a imposição de mãos, mas com sua própria história.

Este é um lugar de aprendizagem mútua, de “encurtamento de distâncias”, pois o meu saber “acadêmico científico” não é mais, nem menos importante que aquela pessoa que está recebendo o cuidado. E colocado nesse âmbito ele nos aproxima, ganha potencia, aprimora-se a cada nova aprendizagem.

O colorido trazido pelas experiências do trabalho com o clown pode até desbotar nas paredes brancas e nuas do hospital, mas jamais dentro de cada ser humano que nele habita e

jamais dentro de mim. O desafio é justamente manter esse colorido interior num local de tantos contrastes e paradoxos e a questão é como ser feliz convivendo diretamente com aspectos que nos lembram constantemente de nossa finitude? Como expressar saúde e felicidade para nossos pacientes se nós não a temos?

Estou inserida no contexto hospitalar e a partir dele é que trabalho, amo, sofro, sinto-me importante para a sociedade. Não me reduzo a ele, mas já passei e possivelmente passarei boa parte de minha vida nesse ambiente. A cartografia que foi cenário para essas microintervenção socioambientais possibilitou-me pistas de como improvisar e sobreviver nesse local tão hostil, ainda preservando um ar espontâneo e a generosidade.

A abordagem metodológica dessa tese permitiu-me chegar a aspectos da vida que talvez uma metodologia mais tradicional não me oportunizasse. A partir dela pude observar minhas próprias contradições, o quanto o comportamento iatrogênico está arraigado também em minhas condutas, pensamentos e ações. Lidar com a descontinuidade cartográfica foi muito sofrido, pois aprendi na enfermagem a ter “tudo sob controle”. Controle do corpo, das atitudes, do que dizer e não dizer:

*Essa tese é um movimento
De libertar-me
De mim mesma
O instituído
Não está só na Instituição
Mas em cada atitude
Em cada pensamento
Em cada medo
Que impedem de sermos
Nós mesmos!
Enquanto o devir- razão
Lança-me à “cova dos leões”
O devir- poético
Convida-me para uma valsa
No descompasso do tempo
Numa anti-realidade
No palco cartográfico
Onde o passo da queda
Encontra o de supina
Numa dança contraditória
Na coreografia da vida
ACCO*

Faz-se oportuno uma profunda mudança de percepção em todas as áreas do conhecimento humano e entendo que para que isso ocorra precisamos buscar caminhos suaves. Minha realidade hoje é como professora de graduação do curso de enfermagem e é

nesse contexto que escrevi essa tese. Mais do que isso, é nele que tento impregnar uma espiritualidade, exemplificando aos alunos de forma simples, maneiras de um cuidar diferenciado.

Esta tese também é uma reflexão para uma pedagogia nutrida de arte, em que os discentes possam se expressar livremente e construir um ambiente propício para a cooperação. Tenho desenvolvido um planejamento pedagógico junto às disciplinas de Administração, Terapias Alternativas e Saúde Ambiental que leve em consideração aspectos emocionais e afetivos. No estágio prático da disciplina de Administração, por exemplo, conforme Anexo K, proponho atividades aos alunos além da mera reprodução do conhecimento com foco predominantemente na patologia, como ocorre numa abordagem puramente biomédica. Destaco o depoimento de uma das alunas quando problematizávamos sobre a importância de ir no leito do paciente sem reduzi-lo a patologia, ou as informações contidas em seu prontuário:

Questionamento feito por mim: Quando julgamos conhecer o Paciente não o olhamos no todo? E se isso ocorre, por que tu achas? Então nossa medicina não chega nem perto de conhecer o todo do paciente? Como promover a saúde de algo que pensamos conhecer?

Resposta da referida aluna: [...] “é verdade, realmente não tinha pensado neste aspecto. Acho que com o passar do tempo, vamos nos acostumando a não pensar no todo. Acredito que isso aconteça tanto com a enfermagem quanto com a medicina. Isso é bem visível na passagem dos plantões: "paciente teve vômitos, foi trocado o acesso, ... preocupando-se somente com que é relacionado aos procedimentos e a patologia. quanto à medicina eu acho o mesmo, acho que realmente eles não vêem o paciente como um todo. Vejo que eles se preocupam somente com o que está afetado, com o "órgão", e como vão curar este órgão. se não nos policiarmos ficamos assim também. Acredito que promover a SAÚDE assim realmente é muito difícil, e é boa essa reflexão para nós, pois vemos qual a real necessidade do paciente, o que ele precisa para sua SAÚDE, não para sua DOENÇA. essa é a diferença. temos que ver o lado da saúde das pessoas, procurar conhecer o seu contexto, os seus conceitos, para depois pensarmos na doença, onde chegaremos muito mais fácil por este caminho.[...]

Na disciplina optativa de Terapias Alternativas (Apêndice), por exemplo, trouxemos para o bojo das discussões realizadas em sala de aula, no primeiro semestre de 2013, a temática do Toque Terapêutico, onde os discentes tiveram a oportunidade de praticar entre si essa técnica de imposição de mãos, conforme Figuras na sequência.

É importante considerar ainda que tais atividades ocorreram em dois momentos diferentes (dias 21 e 28 de fevereiro de 2013) no laboratório de práticas da enfermagem na área acadêmica do campus Saúde da Furg.

Figura 33 - Concentração dos alunos de Terapias Alternativas antes da aula de TT.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Figura 34 - Concentração dos alunos de Terapias Alternativas antes da aula de TT.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Figura 35 - Preparo das mãos para sentir o campo de energia humano (CEH).



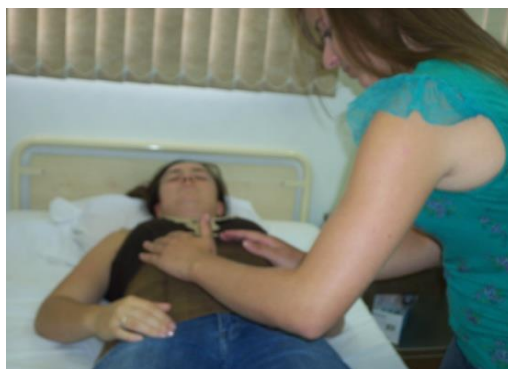
Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Figura 36 - Preparo das mãos para sentir o campo de energia humano (CEH).



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Figura 37 - Prática para diagnóstico da percepção do campo de energia humano.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Figura 38 - Prática para diagnóstico da percepção do campo de energia humano.



Fonte: acervo da comunidade pesquisadora.

Nossa enfermagem precisa reaprender a escutar. As pacientes que interagi aplicando o TT não tinham cultura acadêmica alguma, mas me ensinaram muito mais com suas experiências de vida e com a coragem de enfrentamento de suas doenças crônicas. Consegui enxergar a nobreza daquelas pessoas que mesmo estando com suas vidas por um fio tiveram a paciência de interagir comigo.

Todos esses fatos que me ocorreram ao longo dos anos 2011, 2012 e 2013 (oficina do Sítio Santa Isabel, Semana Riograndina de Enfermagem e prática de TT no setor hospitalar) provocaram em mim uma reflexão profunda e a filosofia esquizoanalítica ajudou-me a enxergar a vida de um outro prisma. A mudança que tanto almejamos dentro da EA passa por nos permitirmos sair do pedestal de um conhecimento acadêmico e reconhecer que a vida espera muito mais de nós.

Escrever essa tese foi uma grande experiência de recomeço. Esse trabalho é um pequeno rizoma a gerar potencias, entendendo a EA como fluxo inerente da vida. Esses fluxos são delineados por nós, seres humanos, entre lutas, contradições, guerras e paz. É justamente para esse humano que precisamos nos voltar, não com ideias preestabelecidas, vendo o mundo com antigas lentes, mas inaugurarmos uma nova forma de ser, pensar e agir. Esse humano está no pássaro, está na rocha, nas árvores, em cada vida que sensibiliza constantemente nossa retina e se faz sentir em cada poro da pele, espelhos a refletir e justificar nossa existência:

*Vozes benditas
Essa é uma tese escrita a três
Ou melhor, a quatro...
Nossa, já nem sei mais
Sinto a leveza da caneta
Como o dedilhar sonoro
Nas cordas de um violão
Ou no tilintar de um piano
Num deslizamento ingênuo
Completamente maravilhado*

Com esse novo caminho
 Que é o devir agora
 Que é a esperança no futuro
 Ecos que não param de reverberar
 O voo do pássaro
 Não chegou ao fim
 Ele apenas repousa
 Num galho rizomático
 Sobre o movimento da vida
 Enquanto uma brisa ligeira
 Faz suas asas de abrirem
 Para o velho e o novo desconhecido
 Na imensidão do mar
 Onde é abraçado pelo céu azul
 Em infinita jornada cartográfica
 Vai confundindo-se com a paisagem
 Até ficar um ínfimo ponto em nossa retina
 O Ovo de Dogon
 A gênese do tempo
 O momento mágico
 Desse minuto a eternidade
 ACCO

E como não poderia ser diferente, aqui me lanço a uma próxima jornada, pois não tenho a pretensão de esgotar o assunto iatrogenia a partir da tentativa de minimizá-la com e TT e com a Esquizoanálise. Muito mais do que isso, ela abriu novas possibilidades de microintervensões e formas de se fazer o cuidado de enfermagem. A contribuição consiste em justamente abrir espaço para que os próximos rizomas possam brotar, a partir dos fluxos latentes que se estabeleceram com o movimento desta escrita.

Hoje percebo que a riqueza de um trabalho cartográfico está na abertura para constantes devires que possam arejar nossas rotinas. Nesta perspectiva, não há necessidade de estabelecermos pontos fixos de “como” minimizar a iatrogenia, com “tais e tais tentativas”, por mais “bem intencionadas que sejam”, também tornar-se-ão iatrogênicas. A atenção é para a valorização das interconexões que possam vitalizar, renovar e potencializar as relações humanas. Este é o nosso palco de contínua construção rizomática!

Lembrando o que uma familiar de um dos pacientes que estava internado na Unidade de Clínica Médica do HU- FURG entregou a mim e ao grupo de alunos num dia de fevereiro de 2013 em que estávamos em estágio pela disciplina de Administração:

[...] Você, que é enfermeira, ame os doentes que a procuram e que lhe forem confiados, como se fossem seus próprios filhos e irmãos. Sua missão é grandiosa e sublime, embora difícil e espinhosa. Não se irrite jamais! Os

enfermos são exigentes, porque sentem mais necessidade de carinho do que as pessoas sadias. Seu carinho lhes apressará a cura, mais do que qualquer outro remédio. [...].

Fonte: Familiar de uma pessoa internada em unidade de clínica médica.

Destaco: “*Seu carinho lhes apressará a cura, mais do que qualquer outro remédio*”. Pelo que podemos perceber, o carinho é mais do que “remédio”. Cabe ressaltar que está à nossa disposição, de forma gratuita e sem efeitos colaterais. Além disso, é um dos componentes essenciais para uma predisposição que passa por todas as esferas da vida, que permeia todas as filosofias e a própria história da humanidade: o cuidado:

*O cuidado
É o fluxo rizomático comum
Das máquinas desejantes
Dos devires...
Ele é imanente
No Super- Homem de Nietzsche
E pede à Zaratustra
Convidar a transcendência
Para dançar*

*Mas que loucura!
Bradam todas as filosofias!
De uma plateia efusiva
Prestes a avançar:
Não vês que eles estão presos
Em seus paradigmas
Em seus próprios dualismos
Fadados a nunca se encontrar!*

*Neste ínterim
Começa uma estranha coreografia:
Passos desajeitados
E bater de asas impulsivos
E um algo novo
Começa a se desterritorializar*

*Mas quem é?
Essa estranha Substância⁶⁶!*

⁶⁶ Na Filosofia de Espinoza, a Substância é o conceito que parece reunir características próximas ao Corpo Sem Órgão. A substância é geradora de tudo o que É. Ela tem infinitos atributos (que são traços que definem a Substância), que se vão realizar como um número limitado de modos. A Substância é onipotente, e nela estão potencialmente incluídas suas produções. Por isso é que se qualifica a Filosofia de Espinoza como panteísta (ou panenteísta, para alguns pesquisadores), dado que uma Substância tem os mesmos poderes de Deus, é Deus (ou Deus seria algo a mais que essa substância). O filósofo Leibniz afirma que a realidade está composta por unidades incomunicáveis entre si, cada uma das quais “vê o mundo” desde seu “ponto de vista”. Dentro dessa

*Entoa a plateia estarrecida:
Ela não tem órgãos!
Não tem corpo!
É disforme!
Cadê suas estruturas?
Parece ter saído
Das entranhas da caosmose
Do ovo cósmico
Do palco da esquizoanálise!*

*E um silêncio ensurdecedor
Fez-se presente
E todos se voltaram para o cuidado:*

*Vejam! Disse o último:
Ela está aqui, lá, mas também acolá...
Eu não entendo!
E não pára de criar*

*Não consigo detê-la!
No máximo transforma-la...*

*Em desespero
Perguntei outro dia
À espiritualidade
Quem ela era, afinal?
Pois talvez assim
Pudesse protegê-la!*

*Foi quando descobri
Estas incontáveis potências
Estas qualidades intensivas
Na Superfície
De minhas próprias mãos*

Somos Ela!

pluralidade de mundos (mundos a-paralelos) vão adquirir realidade os mundos que serão “compossíveis” ou “co-possíveis”. A unidade dessas mônadas se faz em Deus, Mônada das mônadas, que é quem decide qual dos mundos compossíveis é o melhor. As mônadas estão distribuídas em capas, cada uma delas infinitamente dobradas. Deleuze estudou como a arte Barroca tem uma modalidade típica perfeitamente articulável com a filosofia de Leibniz. O filósofo Kant escreveu que a Matéria tem quantidade e qualidade, mas que existe uma terceira dimensão que são as qualidades intensivas. É o que Deleuze e Guattari tomam para postular as Intensidades Puras, que só se realizam como “individuações” inusitadas, cuja originalidade só pode ser medida como um “grau”, por exemplo, uma cor, ou um som, ou um verão. Cada uma dessas realizações tem uma singularidade que só pode ser identificada como sendo um “grau de si mesma”. Nietzsche sustentava que a toda realidade subjaz uma capacidade, que denominava Vontade de Potência. Não se trata de que esta vontade seja de algum Sujeito. A Vontade de Potência pode até constituir sujeitos, animais, etc. A vontade de potência se distribui em Forças (Forças Ativas e Forças Reativas) As forças reativas tendem a gerar o novo. As forças reativas se opõem a esta produtividade. Todas essas ideias são aplicáveis à construção do conceito de Corpo sem Órgãos que também é outro dos recursos para tratar de pensar o caos e sua relação com o Cosmos (BAREMBLITT, 2003, p. 100).

*No cenário de cada novo dia
Do ontem e do amanhã
Mas só podemos senti-la
Neste exato momento
De minuto a minuto
Agora e agora*

*Pois o resto já virou história
Ou é projeção da memória
Que ainda não se virtualizou
De modo que só a percebemos
Atualizando a Realidade
Aceitando que há morte
A cada ínfimo segundo
Como processo inerente
A própria passagem da Vida!
ACCO*

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALBUQUERQUE, C. M.; OLIVEIRA, C. P. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, v. 25, n. 1, p. 201-14, 2002.
- AMADOR, F.; FONSECA, T. M. G. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa- considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, 2009.
- ARANTES, E. M. M. Escutar. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 93.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P.; PUGGINA, A. C. G. A comunicação não-verbal enquanto fato iatrogênico. *Rev. Esc. Enferm USP*, v. 41, n. 3, p. 419-25, 2007.
- ARONE, E. M.; SILVA, H. M.; PHILIPPI, M. L. S. **Enfermagem Médico- Cirúrgica Aplicada ao Sistema Endócrino**. São Paulo: Senac São Paulo, 1994.
- ARONE, E. M.; SILVA, H. M.; PHILIPPI, M. L. S. **Enfermagem Médico- Cirúrgica Aplicada ao Sistema Endócrino**. São Paulo: Senac São Paulo, 1994.
- AZEREDO, Verônica Pacheco de Oliveira. Nietzsche: a grande saúde e o sentido trágico da vida. **Cadernos Nietzsche**, v. 28, p. 249-61, 2011.
- AZEVEDO, C. T.; GENTINI, A. G. M.; AMARAL, A. L. M. Transversalizando o ensino das artes e as experimentações estéticas audiovisuais em Educação Ambiental. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9., 2012, Caxias do Sul. **Anais...** Caxias do Sul: UCS, 2012.
- BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de Saúde e Doença ao longo da história sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-7, jan./mar. 2009.
- BAILEY, A. **O Diagnóstico pela Radiestesia**. Lisboa: Estampa, 1994.
- BALINT, M. **O Médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- BAPTISTA, L. A. **A fábrica de interiores: a formação psi em questão**. Niterói: EDUFF, 2000.
- _____. **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras Correntes Teoria e Prática**. 1. ed. Belo Horizonte: Record, 1992.
- _____. **Introdução à Esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 2003. 138p.

BARROS, J.A.C. Pensando o Processo Saúde Doença: A que Responde o Modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARROS; C. T.; VICTOR, E. G. Estudo da prevalência de eventos cardíacos maiores nos pacientes submetidos à angioplastia transluminal coronária com implante de stent na cidade de Recife- PE. In: Congresso de Iniciação Científica da UFPE, 15., Recife. **Anais...** Recife: UFPE, 2007.

BARTOLI, J. Especial Espiritualidade e Gestão: espiritualidade e conhecimento. **GVexecutivo**, v.6, p. 74-8, nov./dez. 2007.

BATISTA, R. S. **Deuses e homens**. Mito, filosofia e medicina na Grécia Antiga. São Paulo: Landy, 2003.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAZILLI, M. Couraças Musculares. Da depressão emocional à expressão do ser: um caminho transpessoal. 2010. 18f. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós- Graduação Lato Sensu em Psicologia Transpessoal Integrativa. Faculdade Vicentina, Curitiba, 2010.

BECKMANN, U. et al. The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU. An analysis of the first year of reporting. **Anaesth Intensive Care**, v. 24, n. 3, p. 320-9, 1996.

BENEVIDES, R. D. B. **Grupos**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, 2007.

BERNARDES, J. Campos Magnéticos de linhas de transmissão ameaçam saúde da população. **Diário da Saúde**, 14 jul. 2009 Disponível em: <<http://www.diariodasaude.com.br>>. Acesso em: 24 set. de 2012.

BERTAZZO, Ivaldo. **Cidadão Corpo**: identidade e autonomia do movimento. 4. ed. São Paulo: Summus, 1998.

BIENNÈS, Dom Máximo. **Missão Franciscana na Fronteira**. Disponível em: <<http://www.franciscanostor.org.br/missoes/pocone.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BIGNARDI, F. Medicina em 5D. **Revista Página 22**, v. 70, dez 2012/Jan 2013.

BOFF, L. Espírito e Saúde. In: LIMA, L. M. A. (Org.). **Espírito na Saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 21-29.

_____. **Saber Cuidar**: Ética do humano- compaixão pela Terra. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

_____. **Espiritualidade: Um Caminho de Transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

_____. **Ecologia: Grito da Terra, grito dos pobres**. 14. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BORSOI, Rafael. A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina. **Iátrico - Encarte Científico- cultural**. Jornal CRM- PR n.16, jan./mar. 2006.

BOTSARIS, A. **Medicina Ecológica**: descubra como cuidar da sua saúde sem sacrificar o planeta. Rio de Janeiro: Nova Era, 2010.

BOTSARIS, A. **Sem Anestesia**: o desabafo de um médico. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **A Implantação da Educação Ambiental no Brasil**. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: Inca, 2001. 124p.

_____. **Programa Nacional de Educação Ambiental- ProNEA**: documento básico. Ministério do Meio Ambiente, Diretoria da Educação Ambiental; Ministério da Educação, Coordenação Geral de Educação Ambiental. 2. ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2007.

BRENNAN, B.A. **Mãos de Luz: Um guia para a Cura através do Campo de Energia Humano**. São Paulo: Pensamento, 2006.

BROWN, E. **Medicina alternativa**: guia prático. São Paulo: Callis, 1997. Sementes do saber.

BUENO, F.S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

BUSCH, M. et al. The implementation an evaluation of therapeutic touch in burn patients: an instructive experience of conducting a scientific study within a non-academic nursing setting. **Patient Educ Couns.**, v. 89, n. 3, p. 439-46, dec. 2012.

CAMILLO, S. O.; MAIORINO, F. T. A Importância da Escuta no Cuidado de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 549-55, jul./set. 2012.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANINEU, R. et al. Iatrogenia em Medicina Intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 18, n. 1, jan./mar. 2006.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix. 1982.

_____. **O Tao da Física**. São Paulo: Cultrix. 1983.

_____. **Sabedoria Incomum**. São Paulo: Cultrix, 1988.

_____. **A Teia da Vida**. São Paulo: Cultrix. 1996.

CARLOTTO, M.S.; NAKAMURA, A.P.; CÂMARA, S.G. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. **Revista PSICO**, Porto Alegre, v.37, n. 1, p.57-62, jan./abr. 2006.

CARDOSO, L. M. Da experiência do escutar/dizer do psicólogo - na narratividade daqueles que dela partilham- a um sentido clínico atual apontado. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2004.

CARVALHAL, G. F.; ROCHA, L. C. A.; MONTI, P. R. Urocultura e Exame comum de urina: Considerações sobre sua coleta e interpretação. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 59-62, jan./mar. 2006.

CARVALHO, I. C. M. **Educação Ambiental na formação do Sujeito Ecológico**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Rev. Latino Americana em Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 523-9, jul./ago. 2002.

CELICH, K. L. S.; PEDROSO, R. A. Dor: Quinto Sinal Vital: Um desafio para o cuidar de Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-6. Abr./jun. 2006.

CERQUEIRA, Teresa Siqueira; SOUSA, Elane Mayara. Escuta Sensível: o que é? (Escuta Sensível em diferentes contextos laborais). In: SOUSA, Elane Mayara et al. Teresa Siqueira Cerqueira (Org.). **(Com) textos em Escuta Sensível**. Brasília: Thesaurus, 2011. 198p.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

COAKLEY, A. B.; BARRON, A. M. Energy Therapies in Oncology Nursing. **Semin Oncol. Nurs.**, v. 28, n. 1, p. 55-63, feb. 2012.

COELHO, J. G. Bergson: Intuição e Método Intuitivo. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 21/22, p. 151-64, 1998/1999.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-197/1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: COREn-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares**. São Paulo, 2001. p. 159-60. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupo/praticas_alternativas/bibliografia.htm>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem; 2007.

CNS. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho, 1996.

CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. História do Corpo: As Mutações do Olhar. **O Século XX**. 3. ed. v. 3. Petrópolis: Vozes, 2009.

COREN. Revista de Enfermagem COREN, São Paulo, v. 11, n. 87, p.54, 2010.

CORREIA, M. V. C.; DANTAS, A. Não implantar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários é possível e necessário. **Jornal da ADUFES**- Associação dos Docentes da Universidade Federal do Espírito Santo. Seção Sindical do Andes. Sindicato Nacional- Vitória. Espírito Santo. Edição nº 88, ago./set./out. 2012.

CORTEZ, E. A. et al. Sociedade de Controle. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 1, p. 161-7, 2009.

COSTA, L. A.; ANGELI, A. A. C.; FONSECA, T. M. G.; Cartografar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na Diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 46.

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; 15 fev. CÂMARA, S. G. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. **Revista Psico.**, v. 37, n.1, p. 57-62, jun./abr. 2006.

CREMA, R. **Saúde e Plenitude**: um caminho para o Ser. São Paulo: Summus, 1989.

_____. **Introdução à Visão Holística**. São Paulo: Summus, 1995.

CUPERTINO, M. D. C. **O conhecimento e a prática sobre homeopatia pela família agrícola**. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Fitotecnia)- Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2008.

CURY, A. **O Semeador de Idéias**. São Paulo: Academia de Inteligência, 2010.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. Cadernos de Saúde Pública, 1999. In: CZERESNIA, A. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DALAI-LAMA. **A Arte da Felicidade**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: 34, 2008.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Kafka**: por uma literatura menor. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. **Mille Plateaux: capitalismo et schizophrénie**. Paris: Les Editions de Minuit, 1980.

_____. Percepto, afecto e conceito. In: _____. **O que é filosofia**. São Paulo: Editora 34, 1992

_____. **Mil Platôs**- capitalismo e esquizofrenia. v. 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. 1. ed. Rio de Janeiro: 34, 1995. 94p. (Coleção TRANS).

_____. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 4. Tradução de Suely Rolnik. São Paulo: 34, 1997

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v. 3. Rio de Janeiro: 34, 2004.

_____. **O Anti Édipo**. Rio de Janeiro: 34, 2010.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v.1. 2. ed. Rio de Janeiro: 34, 2011.

FARIAS, G. M. et. al. Iatrogenias na Assistência de Enfermagem: Características da Produção Científica no período de 2000 a 2009. **Revista Científica Internacional**, v. 3, n. 11, jan./fev. 2010.

FERREIRA, R. **Radiestesia com Pêndulo: em nova dimensão**. Porto Alegre: Evangraf, 2012.

FIGUEIREDO, N. M. A.; SANTOS, I.; MACHADO, W. C. Interações entre corpo e ambiente. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V. **O Corpo da Enfermeira como Instrumento do Cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V. **O Corpo da Enfermeira como Instrumento do Cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

_____. **Administração de Medicamentos: revisando uma prática de enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2010.

FLORENCE, N. **Notas sobre a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

FONSECA, T.; NASCIMENTO, M.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FONSECA, T. M. G.; FARINA, J. T. Clinicar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 49-51.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Arqueologia do saber**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Microfísica do Poder**. 24. ed. São Paulo: Graal, 2007.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FUGANTI, L. Devir. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 76-7.

GALDINO, R. C. V.; NUNES, B. Iatrogenia: Um risco desnecessário na assistência de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. Enferm. UNISA**, n 1, p. 47-50, 2000.

GERBER, R. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

GERMANO, M. R. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GIOVANINI, T. et. al. **Historia da Enfermagem: versões e interpretações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GOLDENZWAIG, N. R. S. C. **Administração de Medicamentos na Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GOMES, V. M.; SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, E. A. C. Efeitos gradativos do Toque Terapêutico na redução da ansiedade de estudantes universitários. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 841-6, nov./dez. 2008.

GONÇALVES, L. Análisis Bioenergético: devenires corporales de La clínica y de La pedagogia. Motevídeo: CEUP, 1997.

GORDON, R. **Toque Quântico: o poder de curar**. São Paulo: Madras, 2005.

GRAÇA, L. História dos Hospitais. 2005. Disponível em: <www.ensp.unl.pt/lgraca/textos>. Acesso em: 15 set. 2011.

GRAVINA, M. E. LER- Lesões por esforços repetitivos: uma reflexão sobre os aspectos psicossociais. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, p. 65-87, 2002.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**. Campinas: Brasiliense, 1981.

_____. **O Inconsciente Maquínico**. 21. ed. Campinas: Papyrus, 1988.

_____. *As Três Ecologias*. 21. ed. Campinas: Papyrus, 2011.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HARTMAN, J. E. **Radiônica e Radiestesia: Manual de Trabalho com padrões de Energia**. São Paulo: Pensamento, 2006.

HENNEZEL, M.; LELOUP, J. Y. **A Arte de Morrer**. 10. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

HERRERO, T. Menos rotações por minuto. Revista Página 22, n. 71, fev. 2013.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IGNATTI, C. Toque Terapêutico em portadores de sintomas subjetivos na Clínica de Enfermagem UNAERP Guarujá. **Revista Científica Integrada - Unaerp Campus Guarujá**, v. 1, n. 1, mar. 2012.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

_____. **Limites para a medicina**. 1. ed. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1977.

JUNG, C. G. **O Espírito na arte e na ciência**. 7. ed. Petropolis, Vozes, 2012.

JÚNIOR, R. P. A.; COUTINHO, C. C. C. Prevalência da Síndrome de Burnout em Acadêmicos de Fisioterapia. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 16, n. 3, p. 379-84, 2012.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, jan./abr.. 2007.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa- intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 129.

_____. Experiência Estética para uma Aprendizagem Inventiva: notas sobre a acessibilidade de pessoas cegas a museus. **Informática na Educação: teoria & prática**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, jul./dez. 2010.

_____. Inventar- Virgínia Kastrup. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 141-3.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos- Funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p.77-9.

KELDER, P. **A Fonte da Juventude**. 10. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2010.

KRIEGER, D. **As Mãos: como usá-las para ajudar ou curar**. São Paulo: Cultrix, 1979.

KRIEGER, D. **Toque Terapêutico: novos Caminhos da Cura transpessoal**. São Paulo: Cultrix, 1997.

KRISHNAMURTI, J. **O Mistério da Compreensão**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 1993.

KROPF, G. A importância do médico clínico geral- Iatrogenia. **Revista Medicina Integral**. Disponível em: <<http://www.fw2.com.br/clientes/artedecura/REVISTA/medicina-integral/importancia-medico.htm>>. Acesso em: 2 set. 2012.

KRUSE, M. H. L. **Os poderes dos corpos frios- das coisas que se ensinam às enfermeiras**. 2003. 158 p. Tese (Doutorado em Educação)- Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

KÜBLER- ROSS, E. **A Morte: Um Amanhecer**. São Paulo: Pensamento. 1991.

LACERDA, R. A.; JOUCLAS, V. M. G.; EGRY, E. Y. **A Face Iatrogênica do Hospital: as demandas para o controle das infecções hospitalares**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LAZZAROTTO, G. D. R. Experimentar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 101-3.

LEFF, E. **Saber Ambiental**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

LELOUP, J. Y.- **Cuidar do Ser**: Fílon e os Terapeutas de Alexandria. 10. ed- Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **Uma Arte de Cuidar**: Estilo Alexandrino. Petrópolis: Vozes, 2007.

LEMOS, F. C.; JÚNIOR, H. R. C. Problematizar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 193.

LEVINE, M. E. Holistic nursing. **Nursing clinics of North America**, v. 6; p. 253-64, 1971.

LEVINSON, W.; JAWETZ, E. **Microbiologia e Imunologia**. 7. ed- Porto Alegre: Artmed, 2005.

LOBO, F. **Eletromagnetismo**: a poluição silenciosa e invisível. Disponível em: <<http://www.ecologiamedica.net/2012/01/eletromagnetismo-poluicao-silenciosa-e.html>>. Acesso em: 23 set. 2012.

LOPES, A. M. O Ideal Ascético e a Cultura do Temor de Si: Uma Visão Panorâmica da Terceira Dissertação da Genealogia da Moral. **Revista Litteris, Filosofia**, n. 5, jul. 2010.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). **Renê Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

LOUREIRO, C. F. B. **Trajatória e Fundamentos da Educação Ambiental**. São Paulo: Cortez, 2004.

LUNARDI FILHO; W. D. **O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina**. 2. ed. Pelotas: Edição do autor, 2004.

LUNARDI; V. L. **História da Enfermagem**: Rupturas e continuidades. 2. ed. Rev. Pelotas: Edição do autor, 2004.

LUZ, M. Saúde. (verbete) In: EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MACIEL, F. R. **Dificuldade do Idoso na terapêutica plurimedicamentosa e seus efeitos colaterais- Iatrogênia**. 2010. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

MARTA, I. E. R. et al. Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1094-100, 2010.

MARX, K. **Manuscritos Econômico- Filosóficos**. São Paulo: Biotempo, 2004.

MASCKHIO, C. Casas e Empresas também adoecem. **Jornal Bem Estar**, v. 11, n. 119, jul. 2013.

- MEDEIROS JUNIOR, Geraldo. **Modulações de campo energético biológico: o corpo humano produz uma forma de energia que é fator preponderante para o desenvolvimento de câncer.** Disponível em: <<http://www.institutomedeiros.com.br/impa/publier4.0/dados/anexos/73.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2012.
- MENDES, J. M. R; LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.
- MENDES, R. B. G. **Tecnologia e Organização Social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec, 1994.
- MENDONÇA, S. **A Arte de Curar pela Radiestesia.** 11. ed. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2010.
- MICHAELIS 2000: moderno dicionário da língua portuguesa.- Rio de Janeiro: Reader's Digest; São Paulo: Melhoramentos, 2000. v. 1 e 2.
- MOZACHI, N. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar.** 10. ed. Curitiba: Os Autores, 2005.
- NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação (2009- 2011).** Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.
- NEWMAN, M. A. **Health as expanding consciousness.** New York: National League for Nursing, 1994
- NIETZSCHE, F. **Humano, demasiadamente humano.** São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- _____. **A Genealogia da Moral.** Petrópolis: Vozes, 2009.
- _____. **A Gaia Ciência.** Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **A Saúde pelo Avesso.** Natal: Seminare, 2003.
- OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **História e Exercício da Enfermagem.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice.** New York: McGRAW-HILL Book, 1985. 303p.
- OSORIO, C. Trabalho no Hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediadas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 9, n. 1, p. 15-32, 2006.
- PACHECO, S. C. C.; VIEGAS, S. M. F. S. M.; ROSA, Z. M. M. Toque Terapêutico-Fundamentação e aplicabilidade em Enfermagem. **Revista Nursing**, n. 224, 2007.

PADILHA, K. G. Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 35, n. 3, p. 287-90. 2001.

PARPINELLI, R. S.; SOUZA, E. W. F. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico Psicologia em Estudo. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122085016>>. Acesso em: 10 dez. 2013. ISSN 1413-7372.

PARSE, R. R. **Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques**. Philadelphia: Saunders. 1987

PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia com método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PATCH ADAMS- Memória Roda Viva. 2007. Disponível em: <www.rodaviva.fapesp.br>. 5/11/2007. Acesso em: 15 ago. 2012.

PATERSON, J. G.; ZDERAD L. T. **Humanistic nursing**. New York: National league for nursing, 1988.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. Algumas considerações Nietzscheanas sobre corpo e saúde. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, n. 35, p. 727-38, out./dez. 2010.

PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde. In: SIQUEIRA, H. C. H. (Org.). **Cuidado Humano Plural**. Rio Grande: FURG, 2008.

PERES, Rodrigo Sanches; BORSONELLO, Elizabete Cristina; PERES, Wiliam Siqueira. A Esquizoanálise e a produção da subjetividade: considerações práticas e teóricas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 5, n. 1, mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722000000100003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2013.

PORTO, C. C. **Vademecum de Clínica Médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PRIGOGINE, I. **Ciência, Razão e Paixão**. 2. ed. São Paulo: Livraria da Física, 2009.

RAMALHO, Thaíz de Sant'ana; SALLES, Léia Fortes. Toque Terapêutico e a Enfermagem. p. 217-27. In: SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

RIBEIRO, H. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 85-93, 1997.

ROBERTS; R. J. **Cura Del Câncer: Bloqueada por lás farmacêuticas?** 8 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.vanguardia.com.mx>>. Acesso em: 14 maio 2013.

RODRIGUES, A. **Radiestesia Prática e Ilustrada**. São Paulo: Fábrica das Letras, 2003.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 166-73, 2009.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo-Rio de Janeiro: Unesp/Hucitec/Abrasco, 1997.

SÁ, A. C. **Toque Terapêutico: Pelo Método Krieger- Kunz**. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

_____. **O Cuidado do Emocional em Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2010.

SAFATLE, Amália. Medicina em 5D. **Revista Página 22**, , n. 70, dez. 2012/ Jan. 2013.

SALLES, L. F.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. As Práticas Complementares e a Enfermagem. In: SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

SANT'ANNA, S.R.; ENNES, L.D.; **Ética na Enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2009.

SANTOS, D. S.; CARVALHO, E. C.; Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa de literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1011-8, nov./dez. 2012.

SANTOS, I. et al. **Enfermagem Fundamental**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. v.1.

SANTOS, Iraci dos; BRANDÃO, Euzeli da Silva; CLOS, Araci Carmen. Enfermagem Dermatológica e Tecnologia da Escuta Sensível para atuar nos cuidados da pele. **Rev. Enferma. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 124-9. Jan./mar. 2011.

SANTOS, J. C.; CEOLIM, M. F. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Revista Esc. Enferm USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 810-7, 2009.

SAYRE-ADAMS, J., WRIGHT, S. G. **Therapeutic Touch**. 2. ed. Churchill Livingstone, 2003. 158p.

SCHRÖDINGER, E. **O que é vida?** São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Senac, 2002.

_____. História do Conceito de Saúde PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SERVAN- SCHREIBER, D. **Prozac na água potável**. *Le Monde*, 30/08/2005. Disponível em: <WWW.lemonde.fr>. Acesso em: 24 ago. 2013.

SILVA, A. L.; BALDIN, S. M.; NASCIMENTO, K. C. O Conhecimento Intuitivo no Cuidado de Enfermagem. **Rev. Bras Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 7-11, 2003.

SILVA, T. F. **Babilônia**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/civilizações-antigas/babilonia/>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

SILVEIRA, J. **Caderno de Radiestesia**. Minas Gerais, Minas Gerais: [s.n.], 2011. 20p.

SIVANANDA, S. **O poder do pensamento pela ioga**. São Paulo: Pensamento. s/d.

SOALHEIRO, B. Louco, eu? **Super Interessante**. Super 211, março de 2005. Editora Abril [1987-2013].

SOUZA, D. R.; PATO, T. R.; LOGULLO, P. **Dicionário- Termos Técnicos de Saúde**. São Paulo: Conexão. s/d.

SOUZA, P. Agenciar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 29-31.

SOUZA, V. H. S.; MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**. 10. ed. Curitiba: Os Autores, 2005.

SOUZA, Waldir da Silva. A autonomia e a responsabilidade revisitada: Ivan Illich e a higiomania contemporânea. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1079-85, 2004.

STANCIK, M. A. Medicina e Saúde Pública no Brasil: dos Pajés e Físicos aos Homens de Ciência do Século XX. **Revista Esboços**, Florianópolis, v. 16, n. 21, p. 111-36, UFSC, 2009.

TUNES, E.; RAAD, I. L. F. Quando a medicina Adoece. In: Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia, Sociedade e Inovação. 1. 2006, México. **Anais...** México, 2006.

TURRINI, R. N. T. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p.174-84, jun. 2000.

VARELLA, D. **Doenças e Sintomas: Hérnia de Hiato**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/clinica-geral/hernia-de-hiato>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Iatrogenias nas unidades de terapia intensiva: dramaticidade dos problemas bio/éticos contemporâneos. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, (9 telas), set./out. 2010.

VASCONCELOS, R. T. B. Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas. 2004. 176 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura). Faculdade de Arquitetura. UFSC, Florianópolis, 2004.

VASQUES, C. I.; SANTOS, D. S.; CARVALHO, E. C. Tendências da pesquisa envolvendo o uso do Toque Terapêutico como uma estratégia de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 712-4, 2011.

VAZ, A. F. Treinar o Corpo, dominar a natureza: Notas para uma análise do esporte com base no treinamento corporal. **Caderno Cedex**, v. 19, n. 48, ago. 1999.

VIANNA, L. M.; BRUZSTYN, I.; SANTOS, M. Ambientes de Saúde: O estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-20, 2008.

VILARÓ, C. P. **Albert Schweitzer em el reino de los Galoas**. Montivideo: Artes gráficas integradas SRL, 1996.

VON WOLFF, M. A. Estudo Ecotoxicológico de antidepressivo cloridrato de fluoxetina. 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Tecnologia. Limeria, SP, 2011.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WHO. Carta de Ottawa, 1986. p. 11-1. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZANELLA, A. V.; FURTADO, J.R. Resistir. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 207.

ZOURABICHVILI, F. **O Vocabulário de Deleuze**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2004.

ANEXO A - Declaração de autorização

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG

DECLARAÇÃO

Autorizamos a colega e doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental- Furg- PPGEA, Aline Cristina Calçada de Oliveira a utilizar como dados de sua Tese, imagens e falas da Oficina realizada no sítio Santa Isabel, Arroio do Inhame, São José do Norte- RS, intitulada “*O cuidado, o pêndulo e a câmera: tocando sem tocar*”, a qual consistiu numa reflexão conjunta sobre o cuidado de enfermagem e as Três Ecologias do autor francês Felix Guattari, em abril de 2011. Da mesma forma, autorizamos a publicação de material oriundo de apresentação de artigo intitulado: “*O cuidado e a percepção sensível do ambiente hospitalar*”, no II Congresso Internacional de Educação Ambiental no Polo UAB- UFSM, Panambi/RS no período de 22 a 24 de setembro de 2011.

Ambas as atividades foram apresentadas pelos doutorandos do PPGEA: Aline C. C. de Oliveira, Augusto Amaral e Cláudio Tarouco.

Rio Grande, 14 de agosto de 2012

DOUTORANDO AUGUSTO AMARAL

DOUTORANDO CLÁUDIO TAROUCO

ANEXO B - Programação da 35ª Semana Riograndina de Enfermagem

35ª Semana Riograndina de Enfermagem da FURG Programação

Data	Horário	Atividade
12/05/2011	17:00 – 18:00	Credenciamento para o evento
	18:30 -19:30	Conferência de Abertura: “ Cuidado de Enfermagem, Ética e Inovação”. Profª. Drª. Rosemary Silva da Silveira
	19:30 – 20:30	Palestra: Ética no contexto atual: perspectivas filosóficas Prof. Jaime John
13/05/2011	8:30 – 12:00	Apresentação dos trabalhos na modalidade Oral
	14:00 – 15:00	Mesa Redonda: Implementação do Processo de Enfermagem no HU. Mariângela de Magalhães Loureiro
	15:30-17:00	Dia 13: Mesa Redonda Ética e Cuidado de Si: a percepção sensível do Ambiente . Doutorandos: Aline Cristina Calçada de Oliveira; Augusto Amaral; Cláudio Tarouco de Azevedo.
	18:00 – 20:00	Apresentação dos trabalhos na modalidade Pôster.
14/05/2011	8:30 – 11:30	Minicursos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Experimentações estéticas: Clownificando o ambiente hospitalar 8:30 – 11:30 (3h) Dr.ando Augusto Amaral Dr. ando Cláudio Tarouco de Azevedo Dr. anda Aline Cristina Calçada de Oliveira 2. Visão Holística e saúde integral: A terapia Reikiana como possibilidade terapêutica Instituto Ardas

ANEXO C - Declaração de autorização da PPGEnf



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM



DECLARAÇÃO

Autorizamos a doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental- Furg- PPGEA, Aline Cristina Calçada de Oliveira, a qual também é docente na Escola de Enfermagem- a utilizar como dados de sua Tese, duas atividades realizadas durante a 35ª Semana Rio Grandina de Enfermagem da Furg, cuja programação encontra-se em anexo. É importante considerar que serão elucidadas apenas as falas e imagens dos doutorandos abaixo citados. As referidas atividades são:

- Mesa Redonda Ética e Cuidado de si: a percepção sensível do ambiente, no dia 13/05/11 das 15:30h às 17:00h.
- Minicurso: Experimentações Estéticas: Clownificando o ambiente hospitalar no dia 14/05/2011 das 8:30h às 11:30h.

Ambas foram apresentadas pelos doutorandos do PPGEA: Aline C. C. de Oliveira, Augusto Amaral e Cláudio Tarouco.

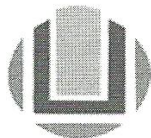
Rio Grande, 14 de agosto de 2012

DIRETORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROF.º DR. EDISON LUIS DEVOS BARLEM
ORGANIZADOR DO EVENTO

DOUTORANDO AUGUSTO AMARAL

DOUTORANDO CLAUDIO TAROUCO

ANEXO D - Declaração de autorização de uso de imagem da professora

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**DECLARAÇÃO**

Autorizo a doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental- Furg- PPGEA, Aline Cristina Calçada de Oliveira, a qual também é docente na Escola de Enfermagem- a utilizar como dados de sua Tese, minha imagem (foto), a qual foi decorrente de atividade realizada durante a 35ª Semana Rio Grandina de Enfermagem da Furg, cuja programação encontra-se em anexo. A referida atividade é:

- Minicurso: Experimentações Estéticas: Clownificando o ambiente hospitalar no dia 14/05/2011 das 8:30h às 11:30h.

Rio Grande, 27 de agosto de 2012

Prof.ª Daiane Bittencourt de Lemos

ANEXO E - Declaração de autorização de uso de imagem das acadêmicas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
CURSO DE ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DECLARAÇÃO**

Autorizamos a professora da Escola de Enfermagem e doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental- Furg- PPGEA, Aline Cristina Calçada de Oliveira, a utilizar nossa imagem (foto) como dados de sua tese, atividade essa, realizada durante 35ª Semana Rio Grandina de Enfermagem da Furg, cuja programação encontra-se em anexo. A referida atividade é:

Minicurso: Experimentações Estéticas: Clownificando o ambiente hospitalar no dia 14/05/2011 das 8:30h às 11:30h.

Rio Grande, 18 de março de 2013.

Bianca Hoffele de Freitas.

Acadêmica de Enfermagem Bianca Freitas

Luísa dos Santos de Mattos

Acadêmica de Enfermagem Luísa Mattos

ANEXO F - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br**PARECER Nº 21 / 2012****CEPAS 05/2012**

PROCESSO Nº: 23116.001906/2012-91

TÍTULO DO PROJETO: **“Ressignificando o cuidar de Enfermagem como Arte: em busca do ser sensível”**.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Aline Cristina Calçada de Oliveira

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 017/2012, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **“Ressignificando o cuidar de Enfermagem como Arte: em busca do ser sensível”**.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 31/12/2012

Rio Grande, RS, 02 de maio de 2012.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO G - Carta de autorização do Hospital Universitário

Ilma. Sra. Adm. Helena Vaghetti

Diretora do HU

Senhora:

Solicito, após ser aprovada pelo Cepas (Comitê de Ética e Pesquisa da Furg) autorização para realizar, na Unidade de Clínica Médica, nesta instituição, uma pesquisa que faz parte de meu Projeto de Extensão (Ata 05/2011, N° SIGProj: 81694.477.102666.05032012 junto a Escola de Enfermagem- FURG), intitulado: **“Ressignificando o Cuidar de Enfermagem como Arte: Em Busca do Ser Sensível”**, no qual pretendo analisar quatro pacientes internados na Clínica Médica no período de Maio a Junho de 2012. Para todos será feito uma Entrevista Clínica com base no Modelo de (Figueiredo, 2009) com posterior consulta nos prontuários. Dos pacientes já mencionados, serão escolhidos dois para que seja feita a aplicação de Toque Terapêutico com base nas teóricas de enfermagem Krieger e Nanda. Será mantido o anonimato tanto da Instituição quanto dos participantes. Ressalto ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Att

Prof.^a MSc. Aline Cristina Calçada de Oliveira (Doutoranda- Pesquisadora Responsável)

E-mail: arilline82@yahoo.com.br

Declaro ter sido esclarecido acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo. Assim, autorizo a realização da pesquisa intitulada: **“Ressignificando o Cuidar de Enfermagem como Arte: Em Busca do Ser Sensível”**, realizada pela pesquisadora.

Assinatura da Diretora do HU:



ANEXO H - Resolução COFEN-197/97

Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de sua competência estipulada no artigo 8º, inciso IV da Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973, combinado com o artigo 16, incisos IV e XIII do Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução- COFEN 52/79; CONSIDERANDO o que estabelece a Constituição Federal no seu artigo 1º incisos I e II, artigo 3º, incisos II e XIII; CONSIDERANDO o Parecer Normativo do COFEN n.º004/95, aprovado na 239ª Reunião Ordinária, realizada em 18.07.95, onde dispõe que as terapias alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras), são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, onde são exercidas ou executadas por práticos treinados assistematicamente e repassados de geração em geração não estando vinculados a qualquer categoria profissional; e, CONSIDERANDO deliberação do Plenário, em sua 254ª Reunião Ordinária, bem como o que consta do PAD-COFEN-247/91; RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer e reconhecer as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

Art. 2º - Para receber a titulação prevista no artigo anterior, o profissional de Enfermagem deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas.

Art. 3º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 19 de março de 1997.

DULCE DIRCLAIR HUF BAIS
COREN-MS N.º 10.244
PRIMEIRA SECRETÁRIA

GILBERTO LINHARES TEIXEIRA
COREN-RJ N.º 2380
PRESIDENTE

ANEXO I - Diagnósticos de acordo com Nanda

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONFORME NANDA

Campo de energia perturbado (00050)

(1994, 2004, NE 2.1)

Definição: distúrbio do fluxo de energia que envolve uma pessoa, resultando em desarmonia do corpo, mente e/ou espírito.

Características definidoras

Percepções de mudanças nos padrões de fluxo de energia, como:

- Movimento (onda/espícula/ tremor/ espessamento/ circulação)
- Mudança de temperatura (calor/ frio)
- Mudanças visuais (imagem/cor)
- Ruptura do campo (deficiência/ buraco/ espícula/ saliência, obstrução, congestão e redução do fluxo no campo de energia)
- Sons (tom/ palavras)

Fatores Relacionados:

- Desaceleração ou bloqueio dos fluxos de energia secundários a:

Fatores fisiopatológicos: doença, gravidez e lesão;

Fatores relacionados ao amadurecimento: crise de desenvolvimento relacionada à idade; dificuldades de desenvolvimentos relacionadas à idade

Fatores relacionados ao tratamento: experiência perioperatória; imobilidade; quimioterapia e trabalho de parto e parto.

Fatores situacionais: ansiedade, dor, medo e pesar.

ANEXO J - Valores de referência para o hemograma e carga viral

Valor de Referência – Adultos Feminino	
Eritrocitos (1000000/mm ³)	4.0 a 5.4
Hemoglobina (g/dl)	11.3 a 16.3
Hematocrito (%)	36 a 48
VCM (FL)	77 a 92
HCM (PG)	27 a 32
CHCM (g/dl)	30 a 35
% x 1000/mm ³	
Leucocitos total	4.0 a 11.0
Neutrófilo Bastonete 0 a 4	0.0 a 0.4
Neutrófilo Segmentado 36 a 66	2.0 a 7.5
Eosinófilos 2 a 4	0.1 a 0.4
Basófilos 0 a 1	0.0 a 0.1
Linfócito 25 a 45	1.5 a 4.0
Monócito 2 a 10	0.2 a 1.5
Plaquetas: 140.000 400.000/mm ³	

Fonte: <http://www.cdalab.com.br>

Contagem de Células CD4

Entre 500 e 1200: normal em pessoas soronegativas

Acima de 350: O tratamento anti-retroviral não é, geralmente, recomendado.

Abaixo de 350: O tratamento anti-retroviral é, geralmente, recomendado.

Abaixo de 200: há um risco agravado de doença e infecções oportunistas, e o tratamento anti-retroviral é recomendado.

Resumo:

- 1- As células CD4 são as células mais importantes do sistema imunológico, o qual nos protege contra infecções e doenças;
- 2- A contagem de CD4 nos mostra quantas células CD4 estão presentes numa gota de sangue. Quanto maior a contagem, melhor.
- 3- A carga viral mede a quantidade de HIV presente numa gota de sangue. Quanto menor, melhor.

- 4- Quando a contagem das células CD4 é baixa, a carga viral é normalmente alta. Essa situação não é boa.
- 5- Quando a contagem das células CD4 é alta, a carga viral é normalmente baixa. Essa situação é boa.
- 6- Se a contagem das células CD4 descer para 350 ou menos, geralmente é recomendado que se inicie o tratamento.
- 7- O objetivo do tratamento anti-retroviral é o de ter uma carga viral muito baixa (indetectável) e uma contagem de células CD4 alta.
- 8- Os resultados da contagem das células CD4 e da medição da carga viral, dão as informações necessárias sobre o efeito/ progressão da infecção pelo HIV.

Fonte: <http://www.prazeralexandre.blogspot.com.br>

**ANEXO K - Declaração de autorização da disciplina Enfermagem na Administração
Hospitalar**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DISCIPLINA: ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR

Autorizamos a professora da Escola de Enfermagem- Furg e doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental- Furg- PPGEA, Aline Cristina Calçada de Oliveira, a utilizar as questões em anexo, as quais foram problematizadas durante o estágio de Administração no primeiro semestre de 2013.

Rio Grande 28 de fevereiro de 2013

Turma A

Naiane da Costa *Naiane da Costa*
 Fernanda Ribeiro *Fernanda Ribeiro*
 Nídia Fernandes *Nidia F. Fernandes*
 João Maciel *João Maciel*

Turma C

Tiane Dantas *Tiane S. Dantas*
 Carolina Hirsch *Caroline Hirsch*
 Bibiane Moura da Rosa *Bibiane Moura da Rosa*
 Bruna de Almeida *Bruna S. de Almeida*
 Leda de Almeida *Leda Karine de Almeida*

ANEXO L - Declaração de autorização de imagens, falas e vídeos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG

DECLARAÇÃO

Autorizamos a colega, professora da Escola de Enfermagem- Furg e doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental- Furg- PPGEA, Aline Cristina Calçada de Oliveira, a utilizar como dados de sua tese, imagens, falas e vídeos oriundos do encontro da aula que versará sobre o Toque Terapêutico. A mesma ocorrerá em duas quintas-feiras de fevereiro de 2013 (dias 21 e 28), das 16:20h às 18:00h, na área acadêmica do Hospital Universitário- HU- Furg, no laboratório de práticas do Curso de Enfermagem na disciplina optativa do Curso de Enfermagem Terapias Alternativas- Código: 18035- a qual está sendo ministrada pela própria doutoranda e pela professora Dr^a Marlene Teda Pelzer. Também a acadêmica de Enfermagem Maria Rita Jacondino de Oliveira autoriza que a doutoranda utilize como referência seu trabalho de conclusão de curso de graduação intitulado: “Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o Toque Terapêutico”. Da mesma forma, os demais acadêmicos que cursam essa disciplina disponibilizam essas informações.

Rio Grande, 16 de fevereiro de 2013.

Prof.ª Dr.ª Marlene Teda Pelzer

Acadêmica de Enfermagem Maria Rita Jacondino de Oliveira

Obs. As assinaturas dos demais acadêmicos encontram-se na sequencia:

Assinaturas dos acadêmicos de Enfermagem que estão cursando a Disciplina Optativa
Terapias Alternativas -Código: 18035 nas presentes datas: 21 e 28 de fevereiro de 2013.

Nome completo	Nº de Matrícula
Roberto da SILVA Fontoura	105 3015 162 / Roberto Fontoura @mat.ann CO.
Kendra Natasha	48435.
Amila Almeida Goncalves	48447
Letícia Rios	48461
Imaia Sampaio Azevedo	48450
Vanessa Leão	48432
Fernanda R. Machado	38879
Silvana Possari Medeiros	59487
Vitória Wenghen	48455
Luiza Beza Braga	48444
Julie M. Santos	48457
Karina Ypolita da Veiga	42056

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG nº _____

Estou ciente das informações prestadas pela pesquisadora Prof.^aAline Cristina Calçada de Oliveira (lotada na Escola de Enfermagem- Furg) e concordo em participar do Projeto de Pesquisa: Ressignificando o Cuidar de Enfermagem como Arte: Em busca do Ser Sensível, o qual tem como objetivo aplicar a terapia complementar do Toque Terapêutico. A última é uma técnica contemporânea de terapia complementar desenvolvida na década de 70, também conhecido como Método Krieger- Kunz. Tem como fundamentação os princípios da Ciência do Ser Humano Unitário de Martha Rogers. É um método não invasivo que se baseia na premissa que o ser humano possui um campo de energia abundante, o qual pode se estender além da pele e fluir em determinados padrões que se pretendem equilibrados. Assim sua aplicação se dá através da imposição de mãos, onde o cliente sentirá apenas uma sensação morna de calor na região em que estiver atuando o terapeuta. Outro aspecto a considerar é que não precisa haver necessariamente um toque na pele da pessoa.

A base do Toque Terapêutico, de acordo com Krieger (1979) consiste no direcionamento inteligente que o agente de cura dá às energias vitais, fazendo-as fluir de si mesmo para o paciente (a pessoa doente) através das mãos. Quando feito do modo correto, o Toque Terapêutico é muito seguro, tanto para o agente de cura como para o paciente. O toque terapêutico não é uma cura milagrosa, e às vezes não é nem mesmo uma cura- na grande maioria dos casos, porém, ele ajuda, e só isso já lhe confere um valor inestimável (KRIEGER, 1979: p.143).

Assim, declaro estar de acordo em participar da pesquisa, respondendo a Entrevista Clínica e/ou também me submetendo a aplicação do Toque Terapêutico. Poderei expressar minhas necessidades do momento de internação hospitalar para a pesquisadora, mesmo não recebendo o Toque Terapêutico. Estou de acordo em contribuir para com a pesquisa recebendo o TT ou não. Reconheço, também, que as respostas obtidas serão usadas apenas para fins científicos (por exemplo, subsídio para elaboração de tese de doutorado) e divulgadas através de trabalhos em eventos científicos, garantindo meu anonimato e assegurando a minha privacidade, ou seja, meu nome não será identificado. Informo estar esclarecido(a) que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação nesta pesquisa.

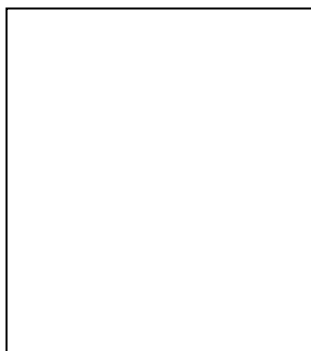
Pelo presente declaro ter sido informado(a), de forma clara e detalhada, acerca do objetivo e do desenvolvimento da coleta de dados. Fui também informado(a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre qualquer questão referente ao trabalho;
- Da garantia que não haverá riscos físicos;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que traga qualquer prejuízo;
- Da segurança que não serei identificado(a) e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referência da minha privacidade;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados;
- De que serão mantidos os preceitos éticos e legais da Resolução 196/96 da CONEP/MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos e de que os dados obtidos serão usados para o desenvolvimento de pesquisas científicas.

Rio Grande, _____ de _____ de 20____

Assinatura: _____

Ou impressão Digital:



Contato com a pesquisadora:

Prof.^a MSc. Aline Cristina C. de Oliveira

E-mail: arilline82@yahoo.com.br

Escola de Enfermagem- Furg- Sala 16

Telefone: (53) 32330301

APÊNDICE B - Terminologias científicas da área da saúde

Astenia: enfraquecimento geral do organismo, que pode ser causado por vários fatores, dentre os quais podemos citar: doenças de evolução debilitante, predisposição constitucional, excessiva atividade muscular e psíquica, insuficiência hormonal, psicastenia, amiastenia, amiostenia (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p. 42).

Aneurisma: dilatação de uma artéria ou de uma veia, causada por dano local das paredes de um vaso sanguíneo. Um tipo de aneurisma pode se desenvolver em pessoas mais idosas, no grande vaso sanguíneo (a aorta) que está ligado ao coração. Pode ser formar em qualquer artéria do corpo. Exemplificando, uma pessoa pode ter um aneurisma cerebral sem apresentar sintomas. Esse tipo de aneurisma pode ser encontrado quando uma ressonância magnética ou uma tomografia computadorizada são feitas por outro motivo.

Um aneurisma cerebral pode começar a "vazar" uma pequena quantidade de sangue. Isso talvez cause uma cefaleia forte que o paciente pode descrever como "a pior dor de cabeça da minha vida". Outra expressão para descrever o aneurisma é uma dor de cabeça sentinela, ou seja, a dor de cabeça pode ser um sinal de aviso de uma ruptura dias ou semanas depois de a dor de cabeça aparecer pela primeira vez. Os sintomas também podem ocorrer se o aneurisma empurrar estruturas próximas no cérebro ou se romper (ruptura) e causar hemorragia no cérebro. Os sintomas dependem da localização do aneurisma, se ele se rompeu e da parte do cérebro que está sendo comprimida, mas podem incluir:

- Visão dupla
- Perda da visão
- Dores de cabeça
- Dores nos olhos
- Dores no pescoço
- Pescoço rígido

Uma cefaléia forte e súbita é um sintoma de que o aneurisma se rompeu. Outros sintomas de rompimento de um aneurisma são:

- Confusão, letargia, sonolência ou estupor
- Queda da pálpebra

- Dores de cabeça acompanhadas de náusea e vômito
- Fraqueza muscular ou dificuldade de mobilidade de qualquer parte do corpo
- Dormência ou diminuição da sensibilidade de qualquer parte do corpo
- Convulsões
- Fala prejudicada
- Rigidez no pescoço (ocasionalmente)
- Alterações na visão (visão dupla, perda de visão)
- Observação: o rompimento de um aneurisma é uma emergência médica (PINTO; ZAGO, 2000).

Disfagia/Odinofagia: dificuldade de deglutição/dor à deglutição (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p. 124, 347).

Dispnéia: dificuldade para respirar caracterizada por respiração rápida e curta, geralmente associada a doença cardíaca ou pulmonar (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p. 125).

Fluconazol: antifúngico. É indicado para candidíase na orofaringe (GOLDENZWAIG, 2007, p. 288).

Hemitórax: é o termo usado para indicar uma das metades (hemisférios) do tórax, esquerdo ou direito. Referidos como Hemitórax D ou Hemitórax E. Sendo assim, qualquer nódulo nele pode causar a morte dolorosa ou não. Depende do caso (ARONE; PHILIPPI, 2004).

Hemoptise: eliminação de sangue com a expectoração, consequente a lesões bronquiais ou pulmonares. Na maior parte dos casos, a hemoptise é um sintoma de tuberculose ou então de infarto pulmonar (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p.227).

HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica): aumento da pressão arterial acima dos valores considerados normais. Estes valores dependem da quantidade de sangue introduzida na circulação pelo coração em cada sístole e da resistência encontrada na periferia, por sua vez determinada pela:

- elasticidade dos vasos
- seu diâmetro
- viscosidade do sangue

A variação de qualquer um desses fatores pode provocar a hipertensão arterial (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p. 244-5).

Hérnia de Hiato: é uma doença em que uma parte do estômago se projeta para dentro do tórax através de uma abertura o diafragma. O diafragma é a camada de musculo que separa o tórax do abdômen. Esse músculo é utilizado na respiração (VARELLA, [s.d])

HCV (Vírus da Hepatite C): é uma doença infecciosa contagiosa que causa inflamação no fígado com evolução aguda ou crônica, podendo causar câncer ou cirrose no fígado.

Na maioria dos casos, a hepatite C é assintomática, ou seja, o portador não sente nada após a infecção pelo vírus. Em algumas situações, pode ocorrer uma forma aguda da enfermidade que antecede a forma crônica. Nesses casos, o paciente pode apresentar mal-estar, vômitos, náuseas, pele amarelada (icterícia), dores musculares. No entanto, a maioria dos portadores só percebe que está doente anos após a infecção, quando apresenta um caso grave de hepatite crônica com risco de cirrose e câncer no fígado.

O tratamento consiste na combinação de interferon (substância antiviral produzida por nosso organismo e que combate o vírus da hepatite C) injetável três vezes por semana associado a uma droga (ribaveriva) administrada por via oral por um tempo que varia entre seis meses e um ano. Esses medicamentos são distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p.232-3).

Herpes Zóster: doença infecciosa, contagiosa e dolorosa, causada pelo mesmo vírus da varicela que acomete nervos, gânglios e pele, decorrente da reativação do vírus latente no adulto, que provoca o aparecimento de erupções vesiculares extremamente dolorosas ao longo da via dos nervos periféricos para a pele (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p. 237).

ICR (Insuficiência Renal Crônica): a definição atual da doença renal crônica (DRC) foi proposta pelo *National Kidney Foundation* dos EUA e é aceita internacionalmente. O

grupo de trabalho *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/OQI) definiu DRC em adultos como:

1- Evidência de anormalidade estrutural ou funcional dos rins (exame de urina, de imagem ou histologia) que persiste após três meses, com ou sem diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) (PORTO, 2012, p. 584).

ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva): é uma condição em que o coração é incapaz de bombear quantidades suficientes de sangue para satisfazer as necessidades de oxigênio e nutrientes do organismo (ARONE, PHILIPPI, 2004, p. 47).

Neoplasia: crescimento e multiplicação anormal de células, as quais podem ser malignas, também chamado câncer, com as características de invasão e destruição tecidual ou então benigna, uma forma não invasiva e localizada (Tumor) (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p. 340).

Ortopnéia: dificuldade para respirar, que melhora com o cliente na posição sentada (PORTELA; CORREA, 2004, p. 159).

Pneumonia da Comunidade: inflamação pulmonar que pode ser devida a bactéria, vírus, fungos, irritação por substância química, ou ser de natureza alérgica (SOUZA; PATO; LOGULLO, [s.d], p. 386).

Stend cardíaco: é uma endoprotese expansível, em formato de tubo, normalmente fabricada com metal (especialmente nitinol, aço e ligas de cromo e cobalto), perfurado, que é colocado no interior de uma artéria para prevenir ou evitar a obstrução de fluxo no local por entupimento desses vasos (BARROS; VICTOR, 2007).

Sudorese: a sudorese é um processo pelo qual o corpo pode regular a velocidade da perda de calor. A sudorese não irá acontecer até que a temperatura central do corpo ultrapasse 37°, independentemente da temperatura da pele. Nos ambientes extremamente quentes, a

rapidez de produção de suor pode ser bastante elevada, chegando a 1 litro por hora (SOUZA; MOZACHI, 2005).

Urocultura: é o cultivo da urina utilizada para verificar a presença de microrganismos localizados na urina, uretra e nos rins. O resultado é considerado positivo quando são isolados 100.000 colônias (termo de identificação das bactérias) de microrganismos por 1 ml de urina e dessa forma constatar a infecção do trato urinário (CARVALHAL; ROCHA; MONTI, 2006, p. 61).