



JANIR COUTINHO BATISTA

A ANGÚSTIA DO ADOECER

Microfendas para o conhecimento de si e possibilidades de
reconfigurações na vida

Campinas
2013



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS-FCM**

JANIR COUTINHO BATISTA

A ANGÚSTIA DO ADOECER

Microfendas para o conhecimento de si e possibilidades de
reconfigurações na vida

Orientador: Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Ciências Sociais em Saúde.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO JANIR COUTINHO BATISTA E ORIENTADO PELO PROF.DR. NELSON FILICE DE BARROS.

Assinatura do Orientador

Campinas
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

B32a Batista, Janir Coutinho, 1984-
A angústia do adoecer : microfendas para o conhecimento de si e possibilidades de reconfigurações na vida / Janir Coutinho Batista. -- Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Nelson Filice de Barros.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Neoplasias. 2. Estudos de casos. 3. Terapias complementares. I. Barros, Nelson Filice de, 1968-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: The anguish of illness: micro fissure to self-knowledge and possibilities of reconfiguration in life.

Palavras-chave em inglês:

Neoplasms

Case studies

Complementary therapies

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Nelson Filice de Barros [Orientador]

Laura Helena Silveira Guerra de Andrade

Pedro Peixoto Ferreira

Data da defesa: 22-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

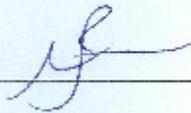
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

JANIR COUTINHO BATISTA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). NELSON FILICE DE BARROS

MEMBROS:

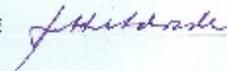
1. PROF(A). DR(A). NELSON FILICE DE BARROS



2. PROF(A). DR(A). PEDRO PEIXOTO FERREIRA



3. PROF(A). DR(A). LAURA HELENA SILVEIRA GUERRA DE ANDRADE



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 22 de fevereiro de 2013

Agradecimentos

As ideias que serão aqui apresentadas, foram formuladas a partir dos inúmeros encontros com aqueles que de alguma forma contribuíram para os saltos de minha percepção aos quais dedico meus agradecimentos. Parafraseando Proust “são eles os jardineiros encantados” que possibilitaram que esta dissertação florescesse.

Primeiramente, desejo manifestar minha gratidão ao meu orientador, Nelson Filice de Barros, não só por acreditar em minhas inquietações, mas também pelo respeito ao tempo necessário para conceber este texto.

Com muito carinho, quero agradecer aos meus pais, José e Valdete, pelos ensinamentos sensíveis os quais me mostram que o conhecimento está além da razão, pois ele se faz na poética dos encontros.

Agradeço a minha irmã, Andressa, por sempre elevar meu espírito onde palavras não podem expressar a potência de cada momento.

Com apreciação, ao meu companheiro Paulo, por fazer de minhas ideias voláteis uma concretização e pela inspiração nos momentos de reviravolta do texto. Agradeço pela leitura atenta e precisa que com certeza tem muito de si aqui.

Desejo expressar meu contentamento ao professor Laymert Garcia dos Santos e sua esposa Stella Senra, pela constante fonte de inspiração neste caminhar e cujos ensinamentos me acompanharão pela vida.

Gratidão ao professor Pedro Peixoto Ferreira, pelas conversas sinceras que disparam importantes reflexões para este texto.

Com muito apreço a Muriel Combes, cujo contato mesmo que virtual foram intensos e me permitiram aprofundar as discussões.

À Juliana Ortogosa Aggio, pelos momentos que fizeram de minha escrita algo suave.

À professora Laura Andrade pelo apoio e ajuda nos caminhos acadêmicos.

À Julina Luporini pelos encontros, que mesmo poucos, mostraram intensos.

Agradeço ao professor Orlandi, cujas aulas foram fundamentais para ampliar os horizontes desta dissertação. Estendo meu agradecimento aos integrantes do Grupo GT Deleuze-12.

Agradeço ao Jota pela parceira nesta pesquisa e pela força que me inspirou na confecção deste texto.

Quero expressar minha gratidão aos amigos do CTEME, Elton, Léo, Diego, Rafael, Stefano Martha, pelos compartilhamentos, trocas e “transindividuações”;

Com carinho, agradeço Camila Midori pelos momentos na biblioteca onde as horas pareciam sem fim.

Estendo meu agradecimento a Juliana Miguita, pelo apoio e acolhimento nos momentos de intensidade do texto.

Gratidão à Cris, que me fez encarar a escrita com suavidade e firmeza. Agradeço aos encontros com a Camila que sempre me estimularam a continuar. A Michele pelos acolhimentos e desabafos, quero expressar minha alegria com os sorrisos da Malie.

Aos amigos filósofos, Guilherme Ivo, Edu, Natália, Diego e Andressa pelas apetitosas conversas que me fizeram viajar por campos os quais desconhecia.

Gratidão aos queridos amigos Rodrigo e Thomas pelos momentos de dilatação proporcionado nas suaves estadas em LaFigueira.

Agradeço a Dra. Tatiana Perrotti, por fazer da medicina uma *arte do cuidado*;

Aos amigos do Visão Futuro, que sempre estiveram comigo, ora discutindo a temática do

meu trabalho, ora em outras conversas.

Agradeço à CAPES pelo financiamento desta pesquisa e aos funcionários da Pós, especialmente, ao Luiz pela paciência diante as inúmeras solicitações.

Enfim, não caberão páginas para expressar minha gratidão aos inúmeros encontros com aqueles os quais de alguma forma contribuíram para as ideias que serão apresentadas neste texto.

RESUMO

O adoecimento crônico é considerado responsável por grande número de mortes e incapacidades em todo o mundo e, nos últimos anos, seu crescimento implicou enormes gastos públicos com tratamentos. As intervenções biomédicas mostram-se limitadas ao alívio do sofrimento, uma vez que não consideram o caráter subjetivo do processo, a saber, a experiência do adoecer. A insatisfação diante esta terapêutica é o disparate que conduz os sujeitos a procurarem outras práticas de cuidado. Neste cenário contemporâneo, emergiram algumas inquietações que balizaram esta pesquisa: O que leva um sujeito com câncer a opor-se ao cuidado biomédico e buscar formas de cuidado não convencionais para o convívio com o adoecimento? Quais são os limites da Biomedicina esposados por suas ações? Que outros olhares os modelos de práticas não biomédicas lançam sobre o processo saúde-adoecimento-cuidado e que diferencial estes apresentam? O objetivo da pesquisa foi construir, por meio de um estudo de caso, uma narrativa dialógica entre a discussão conceitual e o discurso de um sujeito com câncer de próstata que substituiu, por sua conta e risco, o tratamento biomédico por práticas de cuidado não convencionais. No esforço de dilatar e aprofundar esta problemática recorreremos ao pensamento dos filósofos franceses Gilbert Simondon e Georges Canguilhem. Ao nosso ver, eles forneceram subsídios necessários para transgredir as bases duais do pensamento biomédico (normal e patológico, saúde e doença, alívio e dor, desarranjo e rearranjo) e da própria experiência fenomenológica, isto é, sem colocar o foco no sujeito-saúde ou sujeito-doença, mas deslocando o olhar para a pluralidade do processo saúde-adoecimento-cuidado. Ao considerar o discurso do sujeito pudemos adentrar a angústia do adoecimento e descrever as mudanças que precipitam no interior desta relação.

Palavras-chave: neoplasias, estudo de caso, terapias complementares.

ABSTRACT

Chronic illness is considered responsible for a large number of deaths and disabilities worldwide and, in recent years, its growth implied in enormous public spending on treatments. Living with the disease shows up difficult and painful causing profound changes in the subject's life and often becomes the main factor in their anguish. The biomedical are limited in the relief of suffering, since they do not consider the subjective aspect of the process, namely, the experience of illness. Therefore, the dissatisfaction with this therapy is the factor that leads individuals to seek other care practices. In this contemporary setting, some concerns have emerged, which had driven this research: What makes a subject with cancer to oppose the biomedical care and seek unconventional ways for living with the illness? What are the limits of Biomedicine espoused by its actions? What other takes have these no-biomedical models thrown on the health-disease-care, and what kind of differential they present? The objective of this research was to construct, through a case study, a dialogical narrative between the conceptual discussion and discourse of a subject with prostate cancer who has replaced, at his own risk, the biomedical treatment for unconventional care practices. In an effort to expand and deepen this problem we turn to the thought of Gilbert Simondon and Georges Canguilhem. In our view, they provide the needed subsidies to break the dual basis of the biomedical thought (normal and pathological, health and disease, pain and relief, derangement and rearrangement) and the phenomenological experience, i.e., without putting the focus on the subject-health or subject-disease, but shifting its gaze to the plurality of the health-disease-care process. This has allowed us to enter into the experience of illness and describe the anguish of this subject with cancer, espousing his disruption with the biomedical model and experimentation with unconventional care practices. Furthermore, we show the changes in his life and the new relational within this relationship with chronic illness.

Keywords: neoplasms, case studies, complementary therapies.

Sumário

Introdução	p. 11
1 Capítulo I: O modelo Biomédico – a saúde instituída e a vida esterilizada	p. 23
1.1 Modelo hegemônico do cuidado -A regulamentação da vida e institucionalização da saúde	p. 25
1.2 Autoridade e sujeição frente ao tratamento biomédico	p. 29
2 Capítulo II : O cuidado – restauração ou reconfiguração?	p. 32
2.1 A operação biomédica pela lógica da restauração	p. 34
2.2 A busca por outras formas de cuidado - A decisão de ruptura com o modelo biomédico.....	p. 42
2.3 O crescimento das práticas de cuidado não convencionais	p. 46
3 Capítulo III: A angústia do adoecer	p. 50
3.1 O encontro com o desconhecido – a experiência da angústia	p. 51
3.2 O novo relacional e a possibilidade do encontro consigo mesmo	p. 56
4 Considerações Finais	p. 61
5 Referências Bibliográficas	p. 63
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	p. 68
Anexo II – Artigo Publicado	p. 6

Introdução

Segundo Goulart (2011) o adoecimento crônico têm um desenvolvimento lento e acompanha o sujeito por um longo período de sua vida. A grande maioria não apresentam possibilidades de cura e em alguns casos são assintomáticos, isto é, no início podem mascarar seus sintomas, mas quando eles se manifestam são intensos e dolorosos, tornando-se um agravante na vida do sujeito.

Um primeiro impulso para a realização deste trabalho foi a constatação do aumento da incidência do adoecimento crônico, mais especificamente, o câncer de próstata na população mundial. Segundo estimativas publicadas em 2011, no website do Instituto Nacional de Câncer (INCA) ¹, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens brasileiros. Nos últimos anos, sua incidência mostra-se elevada e apresenta-se como a segunda causa de mortalidade por neoplasia no Brasil. Seu tratamento mostra-se difícil e doloroso acarretando profundas modificações na vida do sujeito. Entretanto, pela incerteza da cura e muitas vezes ausência do alívio do sofrimento, é crescente o número de pessoas que busca em outros saberes sua própria forma de cuidado (SPADACIO e BARROS, 2008).

Como ponto de partida para a investigação deste tema, realizamos uma revisão bibliográfica não exaustiva da literatura médica sobre o câncer e o cuidado, e a constatação foi que, na maioria dos artigos, a relação saúde-adoecimento-cuidado é definida apenas pelo paradigma biológico. Ou seja, as modificações que ocorrem no sujeito são restritas a um resultado de alterações fisiopatológicas e estruturadas a partir de uma etiologia específica que traduz o sujeito somente por seus danos orgânicos. Percebemos assim, que nestes trabalhos, a concepção biomédica cria uma “dissociação progressiva entre a doença e o doente, ensinando caracterizar o doente pela doença mais do que identificar uma doença segundo o feixe de sintomas espontaneamente apresentado pelo doente.” ² (CANGUILHEM, 2002, p. 35).

A primeira vista, podemos dizer que este modelo de cuidado conhecido como Biomédico caracteriza-se por reduzir a doença a fenômenos moleculares cada vez mais afastados do sujeito, enfatizando o estudo isolado de seus órgãos e tecidos, tendo como objetivo principal encontrar a

¹ Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2012. Acesso em 02/12/12.

² Nesta dissertação, as traduções para o português de citações em inglês e francês são de nossa autoria. Original em francês: “ [...] sur la dissociation progressive de la maladie et du malade, apprenant à caractériser le malade par la maladie plutôt qu’à identifier une maladie d’après le faisceau de symptômes spontanément présentés par le malade.” (CANGUILHEM, 2002, p. 35).

causa central do problema em questão (CAPRA, 1982). Os médicos agem levando em consideração apenas suas funções biológicas específicas e limitam-se a uma visão parcial do processo, pois não consideram a subjetividade intrínseca a ele³. Segundo Foucault (2011), este modo de agir da medicina moderna acarreta uma série de implicações sociais, políticas, econômicas e morais que permeiam toda sua terapêutica.

É importante enfatizar que esta dissertação não pretendeu questionar a veracidade do saber científico ou contrapor a fisiologia, mas refletir até que ponto a objetividade biomédica põe em risco o elemento subjetivo que move a relação saúde-adoecimento-cuidado. Pois, ao deparar-se com o adoecimento, o sujeito procura na instituição médica (aqui vale lembrar que ela é a única oficialmente reconhecida a oferecer o cuidado) uma possibilidade de alívio ao sofrimento, não apenas o sofrimento biológico, mas aquele que estabelece-se nas reentrâncias subjetivas que constitui sua vida.

Considerada como um acontecimento na relação entre o doente e o médico, a cura é, a primeira vista, o que o doente espera do médico, mas nem sempre é o que ele obtém dele [...] Esta é, sem dúvida, a principal razão do fato que, de todos os objetos específicos do pensamento médico, a cura seja o que os médicos menos tratam. Mas é também porque o médico percebe na cura um elemento de subjetividade, a referência à avaliação do beneficiário, que, ao mesmo tempo, de seu ponto de vista objetivo, a cura é visada no eixo de um tratamento validado pela enquete estatística de seus resultados. (CANGUILHEM, 2002, p.69-70).⁴

À medida que este regime de cuidado fundamenta-se por suas evidências científicas e orienta-se pela certeza de seus diagnósticos, que revelam-se por meio de cálculos e métricas de alterações corporais, ele não reconhece na subjetividade uma zona de afecção importante para efetivação do cuidado. Aos médicos interessam-lhes, muito mais, aferir os circuitos de regulação

³ Neste texto não estamos utilizando os termos subjetividade e subjetivo, partindo de uma concepção substancialista, isto é, concebendo o sujeito por meio de uma essência, uma unidade ou um noção de interioridade que constitui sua natureza como estável e idêntica a si própria, olhando ao outro igual a si mesmo, a saber, igual ao eu. Mas aqui, utilizaremos este termo à luz da teoria simondoniana, dessubstancializando o sujeito para captar seu movimento. Isto é, pensá-lo como um ser transdutivo que apresenta-se por meio de uma realidade inacabada e carrega em si uma porção não individuada na qual é possível sua transformação ocorrer. Uma possibilidade de modificar a si próprio e de inventar novas estruturas internas, uma vez que, ele não é todo ser, mais uma realidade relativa que se reconfigura a partir dos problemas postos a ele. Assim, entende-se por subjetividade, uma zona afetiva do ser que o permite recriar-se constantemente, isto é, uma capacidade de atualizar-se e reatualizar-se, que é interior e exterior ao mesmo tempo (COMBES, 1999).

⁴ Original em francês: “ Considérée comme un événement dans la relation entre le malade et le médecin, la guérison est, à première vue, ce que le malade attend du médecin, mais non ce qu’il en obtient toujours [...] C’est là, sans doute, la principale raison du fait que, de tout les objets spécifiques de la pensée médicale, la guérison soit celui dont les médecins ont le moins traité. Mais c’est aussi parce que le médecin aperçoit dans la guérison un élément de subjectivité, à la référence à l’évaluation du bénéficiaire, alors que de son point de vue objectif la guérison est visée dans l’axe d’un traitement validé par l’enquête statistique de ses résultats.” (CANGUILHEM, 2002, p.69-70).

biológica do que compreender a angústia que inscreve no sujeito no instante em que ele depara com a doença. Conforme Canguilhem (2011, p. 227) “a recusa da dor, da morte e da dificuldade de viver, são as razões de ser da medicina.”

Historicamente, este modelo instituído do cuidado é fruto do positivismo de sua ciência, uma herança do século XVI cuja busca pela racionalização da vida restringiu o conhecimento do corpo a princípios mecânicos e determináveis, como consequência, normatizando e estruturando as bases explicativas do adoecimento (FOUCAULT, 2011). Digamos que até a metade do século XIX, esta forma de operar serviu para conhecer os sinais e classificar os sintomas de suas respectivas patologias, mas hoje, ela representa uma limitação uma vez que a mudança no quadro das doenças exprime a necessidade de revisar a própria noção de saúde-adoecimento-cuidado.

Se num primeiro momento as doenças eram categorizadas como infecciosas e agudas, isto é, surgiam abruptamente com sintomas claros e evidentes e tinham suas intervenções objetivadas a seu fim, a saber, a restituição da saúde; num segundo, elas passaram para a ordem crônicas e degenerativas, o que significa que são multifatoriais apresentando sintomas contínuos e, mesmo não pondo em risco a saúde física da pessoa em curto prazo, são extremamente incomodativas levando à ruptura do curso da vida.

Seja como for, tal mudança no perfil da enfermidade expressa a necessidade de reconhecer no aspecto subjetivo uma fonte essencial para o cuidado, já que para pensar no adoecimento contemporâneo é preciso considerar a existência do convívio com a doença. Para prescrever sua intervenção, deve-se admitir que o adoecimento não é exterior, mas constituinte da sua própria natureza e implica numa reformulação das relações cotidianas do sujeito. Logo, conceber seus tratamentos torna-se o grande desafio do modelo biomédico.

No entanto, ainda hoje a medicina moderna não expandiu a compreensão do processo saúde-adoecimento-cuidado para além do referencial do orgânico o qual condiciona o sujeito a um certo biologismo de sua ciência. Esta noção do sujeito produzido por um estado de equilíbrio vital *a priori* prolonga-se por todo o pensamento biomédico e fundamenta uma visão do organismo como uma constante biológica. Assim, conservar seu estado de equilíbrio significa manter a saúde e ao afastar-se dele manifesta-se o adoecimento.

Partindo desta concepção, o adoecimento apresenta-se como uma perturbação do equilíbrio vital, uma irregularidade que provoca rupturas na vida do sujeito. Todavia, estas mudanças são encaradas pela Biomedicina como negativas uma vez que são vistas pelo prisma de um corpo como

regra regido por uma lei homeostática, isto é, uma tendência de retornar ao seu estado inicial devido a necessidade de conservar-se (CANGUILHEM, 1989).

A exaltação da saúde e a negação da doença tornaram-se a base de estruturação da terapêutica biomédica. Ao enfatizar a saúde como um bem positivo e a doença como um aspecto subtrativo da vida que deve ser evitada, o olhar médico restringe-se a uma visão dual do sujeito, ora categorizando como sujeito-saúde ora sujeito-doença, tornando-se míope a própria experiência do adoecimento. Portanto dentro deste modelo, as ações são voltadas majoritariamente para a manutenção do funcionamento do corpo, enquadrando o adoecido dentro de uma exclusiva lógica de combate à doença, que por via medicamentosa, busca reabilitá-lo, isto é, restaurar seu padrão fisiológico (LAPLANTINE, 2011).

Popularmente, curar é reencontrar um bem comprometido ou perdido, a saúde. Apesar das implicações sociais e políticas desse conceito, devido ao fato recente de que a saúde é por vezes percebida como um dever a ser observado no que diz respeito aos poderes sócio-médicos, a saúde continuou sendo o estado orgânico ao qual um indivíduo considera-se juiz. (CANGUILHEM, 2002, p.81)⁵.

Interpretando o adoecido como incompleto e numa incansável busca pela restituição de sua saúde, a Biomedicina porta um conjunto de ações que idealizam devolver ao sujeito aquilo que julgam ter sido perdido, a saber, sua saúde. Desse modo, cria categorias analíticas e explicativas para a situação do sujeito causando uma progressiva dependência terapêutica e deixando o elemento subjetivo marginal a sua própria existência.

Podemos dizer que o pano de fundo que permeia, mesmo que de forma imperceptível, a confecção deste texto, constitui-se a partir do incômodo ao modelo biomédico, o qual orienta suas ações fundamentando-se num princípio de conservação biológica e restauração da saúde. Apesar de parecer conhecido, queremos problematizá-lo propondo três apontamentos: o exercício de poder biomédico no modo de intervir no adoecimento pela lógica da manutenção do mesmo; o processo de condenação da doença - sua negação e a necessidade por combatê-la; e, por fim, sua lógica restauradora que elimina o potencial de transformação que a doença abre no sujeito.

⁵ Original em francês: “ Populairement, guérir c’est retrouver un bien compromis ou perdu, la santé. En dépit des implications sociales et politiques de ce concept, du fait récent que la santé est parfois perçue comme un devoir à observer en respect de pouvoirs socio-médicaux, la santé est bien restée cet état organique don't un individu s’estime juge.” (CANGUILHEM, 2002, p. 81).

Nesta dissertação buscamos demarcar os limites biomédicos no processo saúde-adoecimento-cuidado propondo uma visão mais ampliada, isto é, pensando nele sem colocar juízo de valor positivo ou negativo sobre a saúde e doença, mas os recolocando à luz da mudança que é produzida no sujeito, a saber, a capacidade de transformação e as reconfigurações que o adoecimento provoca em sua vida. Enxergar o adoecimento como constitutivo do sujeito é percebê-lo como algo que o força ir além do conhecido, uma ruptura no corpo cotidiano que surge como um problema a se resolver. Ele é a vivência de um conflito que faz o sujeito experimentar uma desconstrução de sua identidade e o coloca frente a sua angústia.

A angústia do adoecimento revela um espaço de reflexão, uma necessidade de dobrar-se sobre si, para conhecer-se e acessar um novo que se abre nesta experiência. Aqui convém ressaltar a importância do médico que deveria potencializar a travessia deste instante, construir uma ponte para que o cuidado se efetue e para que o sujeito perceba-se em estado de mudança. Em outras palavras, ir ao encontro com formas de cuidado que permitam um mergulho em si, pois “a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida” (CANGUILHEM, 2011, p.154).

Entretanto, por não encontrar no modelo biomédico um alívio ao seu sofrimento, é crescente o número de pessoas que substituem o tratamento biomédico por práticas de cuidado não convencionais⁶. Elas buscam não apenas eliminar a doença, mas encontrar uma resolução para sua angústia (GIDDENS, 2005).

No interior desta exposição, alguns questionamentos emergiram e balizaram a construção desta pesquisa: O que leva um sujeito com câncer a opor-se ao cuidado biomédico e buscar formas de cuidado não convencionais para o convívio com a doença? Quais são os limites da Biomedicina esposados por suas ações? Quais outros olhares os modelos de práticas não biomédicas lançam sobre o processo saúde-adoecimento-cuidado e que diferencial estes apresentam?

Foi a partir do encontro com o discurso de um sujeito com câncer que estes questionamentos encontraram formas de ressonâncias com as inquietações inicialmente colocadas para esta pesquisa, possibilitando a construção de uma narrativa que permitiu estabelecer “um movimento de devolução da palavra, de conquista da palavra e de direito à palavra” ao adoecido (SENRA, 2010, p. 14).

No esforço de dilatar e aprofundar esta problemática recorreremos ao pensamento dos filósofos contemporâneos franceses Gilbert Simondon e Georges Canguilhem. Por meio destes pensadores,

⁶ São consideradas práticas de cuidado não convencionais todo conjunto de técnicas e procedimentos terapêuticos que não são oficialmente reconhecidos pela instituição médica como legítimos e legais.

tivemos subsídios para concebermos o processo saúde-adoecimento-cuidado de forma a transgredir as bases duais do pensamento médico (normal e patológico, saúde e doença, alívio e dor, desarranjo e rearranjo) e da própria experiência fenomenológica, isto é, sem colocar o foco no sujeito-saúde ou sujeito-doença, mas deslocando o olhar para a pluralidade do processo saúde-adoecimento-cuidado.

Esperamos com isto elencar ferramentas e estruturar ideias para que seja possível contribuir no campo da saúde ampliando o processo saúde-adoecimento-cuidado para além de uma dimensão fisiopatológica e permitindo, assim, potencializar a dimensão subjetiva inerente a ele. Além disso, esperamos construir novos horizontes que possibilitem reconhecer outras práticas de cuidado e propiciem olhar para o adoecimento como uma potência que modifica e, ao mesmo tempo, conduz o sujeito a um novo relacional.

* * *

Como o propósito desta dissertação é ampliar a compreensão do processo saúde-adoecimento-cuidado, buscando trazer para superfície a angústia que circunscreve no sujeito nesta nova relação do coabitar com o adoecimento, utilizamos como método de pesquisa o estudo de caso individual exploratório. Este método permitiu aprofundar a pluralidade da problemática em questão pela “exploração intensa de um único caso” (VENTURA, 2007, p.1).

Tal tipo de estudo não pretende determinar ou encontrar soluções para o problema, mas explorar outros pontos de vista que permitam perceber as linhas imperceptíveis que compõem a complexidade do caso. Como Yin (2008) coloca:

O estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo – com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta e análise de dados. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente. (YIN, 2008, p.38).

Como estratégia de pesquisa, conferimos um enfoque ao processo, ou seja, deslocamos nosso olhar para a experiência do adoecer. Isto não significa que buscamos explicar o sujeito por sua doença ou a doença pelo sujeito, e mais ainda, descrever a experiência colocando o foco no modo como ele interpreta ou significa seu adoecimento, mas nos propusemos olhar como a doença provoca mudanças em sua maneira de pensar e agir, em suma, como ela transforma sua vida. Assim,

procuramos enfatizar a dimensão relacional que circula entre o sujeito e o meio de sua relação de forma a evidenciar a modificação que instaura neste processo.

Ao descrever o processo, não partimos do referencial da cura como finalidade, em outras palavras, para nós não teve relevância o fato de que quando ele adotou práticas de cuidado não convencionais ele se curou, pois, focalizar isto é reproduzir o pensamento biomédico de restituição da saúde e eliminação da angústia do adoecimento. Assim, o que nos interessou foi olhar para a modificação que ocorre no modo que o sujeito percebe a vida.

Simondon (1989) afirma que toda relação é uma transformação uma vez que o sujeito não se relaciona com uma natureza exterior a si, mas constitutiva de si e por meio dela, efetiva-se como sujeito. Em termos simondonianos, descrever o processo e não traduzir o sujeito é ver a relação que acontece e que, ao se estabelecer constitui sujeito e objeto como efeitos da própria relação. Por isso é preciso ver o que circula entre os dois pontos e não tomar os dois como dados (SANTOS, 2012).

Neste texto não buscamos descrever o histórico do sujeito a fim de expor quem ele é e contextualizar o cenário onde ele se encontra. Nossa intenção foi descrever o diálogo que constituiu a relação sujeito, objeto de pesquisa e pesquisador. Desse modo, levamos adiante o esforço de trazer para este texto apenas o que se efetuou pela entrevista, não acrescentando nenhuma informação além daquela que nos foi fornecida.

Ao nosso ver, contar quem ele é e apresentar o contexto onde ele está inserido, poderia nos conduzir a dois riscos: primeiramente, poderíamos cair nas armadilhas do sensível e desenvolver uma espécie de “compaixão duvidosa” (SENRA, 2007), na qual pela postura de fragilidade do sujeito acabamos por nos identificar com seu sofrimento e com sua história. Mas, isto não significa que olhamos para ele com olhos distantes e frios, apenas buscamos não vitimizar sua condição enquanto adoecido, não enviesando, assim, nossa análise. Segundo, poderíamos delimitar sua narrativa pelo histórico de suas ações, fechando suas experiências e buscando criar uma categoria explicativa de seu discurso, desse modo, não captando a intensidade que a entrevista nos revelou.

Portanto, não nos colocamos como tradutor do seu discurso e procuramos produzir uma narrativa dialógica entre a fala do sujeito que atualizou-se no encontro com o pesquisador. E, para operacionalização deste método, seguimos o delineamento proposto por Yin (2001) que estrutura o estudo de caso em quatro fases: delimitação do caso, coleta de dados, análise dos dados e elaboração do relatório. E, nas linhas a seguir, descreveremos de forma detalhada o procedimento adotado para esta pesquisa.

* * *

Em abril de 2012, o coordenador do LAPACIS (Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde)⁷, onde esta pesquisa foi desenvolvida, recebeu um e-mail de um sujeito interessado nos trabalhos realizados no laboratório. Após uma troca de mensagens e a convite do LAPACIS, ele veio ao laboratório contar sua experiência pessoal. Trata-se de um sujeito do sexo masculino de aproximadamente 60 anos de idade com diagnóstico positivo de câncer de próstata que iniciou a castração química e posterior abandono do tratamento, por sua conta e risco, deixando seu corpo livre para experimentações de diversas práticas de cuidado não convencionais. Por preceitos éticos e de modo a garantir a confidencialidade da entrevista chamaremos este sujeito de Jota.

Como não me encontrava na ocasião e pela intensidade de seu relato, meu orientador sugeriu que eu conversasse com ele, pois haveria um diálogo com a pesquisa conceitual que estava sendo desenvolvida. Desse modo, numa primeira aproximação, resolvi marcar uma entrevista, fato que possibilitou esta pesquisa tomar outra direção.

Por envolver a participação de uma pessoa, tivemos que encaminhar a proposta ao Comitê de Ética garantindo todos os cuidados éticos. Após explicação da proposta e aceitação em participar da pesquisa, o sujeito recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I). Este termo continha a explicação sobre: a) os responsáveis pela pesquisa; b) os objetivos e procedimentos da pesquisa; c) a garantia de esclarecimentos antes, durante ou após a realização da pesquisa; d) a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade do sujeito na divulgação dos resultados da pesquisa; e) a garantia de liberdade para se recusar a participar ou abandonarem o processo a qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo; f) a solicitação de autorização para utilização dos dados obtidos como material empírico da pesquisa; g) formas de contato com os responsáveis pela pesquisa e com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/ Unicamp.

Explicamos que não haveria possibilidade de nenhum tipo de dano ou risco, em nenhuma fase do estudo ou dele decorrente, de forma direta ou indireta. Apenas que por meio de seus relatos

⁷ Localizado no Departamento de Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil.

ele poderia ter algum desconforto em responder, mas que seria de sua decisão continuar ou não. O projeto foi aprovado e recebeu o número de protocolo 143.684/2012.

* * *

Como recurso metodológico, utilizamos a entrevista aberta com o intuito de captar a experiência do adoecimento pelo discurso do sujeito. Entendemos que por meio dela podemos construir conectivos entre as mais variadas áreas do conhecimento, uma vez que, dispara reflexões que permeiam diversos campos de saberes (CHARON, 2006). Ao utilizá-la buscamos fugir de uma estrutura pré-concebida de perguntas que teriam apenas o intuito de interrogar no sentido de obter respostas e “satisfação ao comprovar o que se busca”, pois fazer isto é “saber de antemão o que se pode encontrar, quer-se descobri-lo e tocá-lo de fato” (CANETTI, 1995; *apud* SENRA, 2010, p.2).

[...] o efeito das perguntas sobre o inquiridor é, naturalmente, o aumento de sua sensação de poder, observa Canetti. O que provoca nele a vontade de fazer mais e mais perguntas; enquanto isso, o inquirido submete-se tanto mais ao seu poder quanto mais consente em responder – tornando-se, por sua vez, mais fraco. (SENRA, 2010, p.3).

O cuidado nesta pesquisa foi fazer com que a pergunta não se tornasse “uma intromissão, um modo de entrar pela força” (SENRA, 2010, p.3), mas que possibilitasse o discurso aparecer na espontaneidade do encontro com o pesquisador. Buscamos realizar a entrevista a partir de uma perspectiva simondoniana, isto é, tomando-a “como uma relação da ordem do diálogo, que propicia o entendimento, o encontro” (SENRA, 2010, p.2). Desse modo, não partimos de uma disposição de perguntas semiestruturadas, ela decorreu-se como uma conversa, na qual o pesquisador, a partir de suas inquietações conceituais propôs um fio condutor e as perguntas iam emergindo à medida que a conversa foi desenrolando. Pela entrevista, pudemos ouvir as inquietações do sujeito e:

[...] reconstituir “a textura da vida”, a verdade contida na rememoração da experiência, a promover tanto a valorização da primeira pessoa como ponto de vista, quanto a reivindicação de uma dimensão subjetiva. (SENRA, 2010, p.13).

O tempo de duração da entrevista foi de uma hora e quarenta minutos e, por meio dela, garantimos ao sujeito o direito da palavra cuja intensidade do discurso possibilitou engajar uma

reflexão sobre a dinâmica da patologia e adentrar os complexos labirintos da experiência do adoecimento. Por isso, tornou-se central neste trabalho não só explorar a experiência, mas potencializar as ideias que emergiram deste encontro, coproduzindo uma escrita plural sobre o processo saúde-adoecimento-cuidado. Pois, “o pesquisador não encontra narrativas, mas em vez disso participa de sua criação”⁸ (HEISENBERG, 1959; *apud* REISSMAN, 2008, p.21).

Segundo Charon (2006) o grande problema da medicina moderna, deve-se a ausência de escuta do sofrimento ao adoecer, como consequência, a relação médico-paciente é fria e sem espaço para as inquietações subjetivas.

Profissionais da saúde podem estar bem informados sobre a doença mas muitas vezes são ignorantes do abismo que os pacientes rotineiramente se encontram. Na maioria das vezes, eles não tem ideia, da profundidade e da posse de medo e de raiva que a enfermidade traz. (CHARON, 2006, p.19).⁹

Construímos uma narrativa do processo como forma de comunicar as insatisfações perante a hegemonia biomédica e potencializar a experiência do adoecer esposando a trajetória realizada pelo sujeito desta pesquisa em sua busca pelo cuidado. Ao construir a narrativa pudemos ver a relação saúde-adoecimento-cuidado de forma diferenciada, uma vez que, a narrativa nos permite não apenas olhar para os fatos, mas mostrar o que os fatos estão contando (REISSMAN, 2008).

Em suma, por meio da construção de uma narrativa dialógica entre este encontro de perspectivas, buscamos descrever o processo saúde-adoecimento-cuidado a partir de uma escrita que não impusesse uma forma e fosse capaz de captar as linhas de fuga que escapam aos protocolos de interlocução.

* * *

No intuito de manter a originalidade da entrevista sem que o pesquisador dissesse coisas as quais não foram enunciadas no decorrer da fala do entrevistado, a transcrição foi o primeiro passo

⁸ Original em inglês: “the researcher does not *find* narratives but instead participates in their creation.” (HEISENBERG, 1959; *apud* REISSMAN, 2008, p.21).

⁹ Original em inglês: “ Health care professional may be knowledgeable about disease but are often ignorant of the abyss at which patients routinely stand. They have no idea, most of the time, of the depth and the hold of the fear and the rage that illness brings.”⁹ (CHARON, 2006, p.19).

para o trabalho de análise. Este reencontro com o discurso do sujeito por meio da transcrição permitiu adentrar a problemática de forma intensiva e, à medida que a leitura foi sendo realizada, novas reflexões foram emergindo. A leitura do material foi realizada por quatro vezes: na primeira, apenas nos aproximamos do texto para captar as ideias centrais que foram levantadas. Na segunda, destacamos os pontos que nos afetaram e dispararam novas reflexões. Na terceira, aprofundamos o diálogo entre o material transcrito e as novas ideias que foram surgindo. Por fim, na quarta, elencamos as ideias centrais e realizamos um agrupamento daquelas que de alguma forma potencializavam-se (YIN, 2001).

Por se tratar de um estudo de caso individual, pudemos aprofundar e mapear a pluralidade da problemática criando um conjunto de ideias esposando, assim, sua própria cartografia. A análise concentrou-se em reunir momentos da entrevista transformando “a massa desordenada de dados” em uma narrativa constitutiva de ambas as perspectivas, tornado possível estabelecer um fio condutor para o texto (RIESSMAN, 2008).

A preocupação aqui não foi criar uma categoria analítica do discurso do sujeito nem realizar uma interpretação dos dados, mas transcrever a tomada de forma da intensidade que disparou e se atualizou no encontro pesquisador-sujeito. Desse modo, o método adotado nesta pesquisa teve como objetivo dar concretude a este encontro possibilitando co-criar os capítulos que compõe esta dissertação os quais estão dispostos da seguinte forma:

No primeiro capítulo, intitulado *O modelo Biomédico – a saúde instituída e a vida esterilizada*, encontram-se reunidas as insatisfações diante da hegemonia biomédica que leva a certa biologização do sujeito e a conseqüente esterilização de sua própria vida. É um convite para pensar a lógica que opera este sistema, para onde está orientada e o drama daqueles que precisam se submeter a seu regime.

No segundo, *O cuidado – restauração ou reconfiguração?* Interrogamos sobre a natureza do cuidado, a verdade diagnóstica e os tratamentos biomédicos que muitas vezes objetivam a restauração do mesmo. Além disto, descreve o processo de ruptura com este modelo em busca de outros saberes. Este capítulo traz uma reflexão sobre a necessidade do reconhecimento de outras racionalidades médicas para uma ampliação do cuidado.

Por fim, o terceiro capítulo, *A angústia do adoecer*, trata-se de uma experimentação filosófica e a partir do pensamento de Gilbert Simondon e Georges Ganguilhem buscamos propor uma transposição de seus conceitos para a prática médica. Neste capítulo, não falamos do

adoecimento pelas formulações médicas e suas bases etiológicas, mas tivemos a intenção de conduzir o leitor a olhar o processo de adoecimento para um lugar de possibilidades e de reestruturação da vida.

Capítulo I

O modelo Biomédico – a saúde instituída e a vida esterilizada

Em sua palestra em Estrasburgo, *La santé: concept vulgaire et question philosophique*¹⁰, Georges Canguilhem (1988) propõe-se a questionar se é possível uma definição da saúde sem referência a qualquer saber explícito. Ele percorre um longo caminho através da história da filosofia e mostra que o conceito saúde não fazia menção a um saber específico, pois sua noção não era racional e científica, mas antes de tudo, era comum e ao alcance de todos, a saber, de natureza subjetiva e significado relacional.

Segundo o autor, é na época das Luzes que a saúde passa ser um tema filosófico frequente e quase sempre referenciando a doença. Ele expõe que o conceito saúde fora instituído à medida que um saber associado foi incorporado à sua noção. Na busca por uma definição que fosse mais precisa, o conceito foi sendo relacionado as funções orgânicas do corpo. Assim, saúde passou a ser objetivada por uma certa biologia que reflete seu estado e traduz o seu conceito.

Ao valorizar a saúde como um ideal a ser alcançado e condição essencial para sentir a vida, a ciência médica, definiu a saúde por uma métrica cujos cálculos revelam a normalidade do corpo. Assim, estruturou-se como um campo do saber dos processos regulatórios do corpo e conferiu aos seus agentes o papel de reguladores da vida. Esta disciplina instituiu categorias analíticas de classificação do sujeito, normal ou patológico, com base na objetividade de suas ciências, a saber, uma anatomia que descreve seus órgãos e uma fisiologia que explica suas funções (CANGUILHEM, 1989).

Ao nosso ver, julgar o estado de saúde ou adoecimento por esta operação é insuficiente para compreender sua própria noção. Já que, caminhar nesta direção retira o caráter subjetivo que compõe o processo saúde-adoecimento-cuidado. Consoante com Kant (1798) apud Canguilhem (2002, p. 52):

¹⁰ A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. Texto publicado no *Cahiers du séminaire de philosophie n° 8: La santé, éditions Centre de documentation en histoire de la philosophie*, 1988, p. 119-133 (trata-se de uma conferência realizada em Estrasburgo, em maio de 1988, a convite do Pr. Lucien Braun. Publicado sobre a forma de um *booklet*, Sables éd., Pin-Balma, 1990, 36 p. (CANGUILHEM, 2002, p.12-13).

Quanto à saúde, diz ele, nos encontramos em condições embaraçadoras: Podemos nos sentir saudáveis, isto é, julgar a partir de seu sentimento de bem estar vital, mas nunca podemos saber se estamos saudáveis. A ausência do sentimento (estar doente) não permite ao homem expressar que ele está bem, a não ser dizendo que vai bem em aparência.¹¹

Neste capítulo, apresentaremos uma narrativa com foco nas insatisfações do sujeito diante o modo de operar deste regime hegemônico do cuidado, buscando apontar os limites de suas ações quando desconsideram o caráter subjetivo. Sobretudo, com base no fato de que desprezar o sujeito que compõe a relação saúde-adoecimento-cuidado é esterilizar a própria vida.

¹¹ Original em francês: “Quant à la santé, dit-il, on se trouve dans des conditions embarrassantes : « On peut se sentir bien portant, c’est-à-dire juger d’après son sentiment de bien-être vital, mais l’on ne peut jamais savoir que l’on est bien portant...L’absence du sentiment (être malade) ne permet pas à l’homme d’exprimer qu’il se porte bien autrement qu’en disant qu’il va bien en apparence » ” (CANGUILHEM, 2002, p.52).

1.1 Modelo hegemônico do cuidado – a regulamentação e institucionalização da saúde

Eu acho fundamental colocar essa posição do direito, porque eu, eu enxergo o médico como uma pessoa, um profissional engessado. Ele pode até... é dentro da consciência dele, é... ter vontade de indicar outras terapias ou, enfim, deixar pelo menos, no mínimo, deixar a pessoa a vontade para procurar outras terapias, mas ele não pode fazer isso, porque ele não pode sair do protocolo dele. E... essa palavrinha protocolo sempre me deixa, de uma certa forma, meio, meio... indignado, por causa da minha experiência pessoal, porque, o... o... teve um medico aí, que até praticamente, me pôs para fora da sala, né... e aí eu falei:

- Mas doutor eu tenho o direito de me recusar

- Não, que meu, meu juramento...

- Não... o seu juramento diz lá, o Hipócrates, lá...Aristóteles dizia que tinha que procurar a cura, não é procurar atender os CRM's da vida. Os CRM's existem...Isso aí é, até, uma lembrança, uma herança medieval das corporações de ofício que existem até hoje. Mas que na verdade a gente tem que por isso aí a serviço da sociedade e não ser manipulado por esses CRM's da vida aí. (Jota, 2012).

Pelo trecho supracitado, Jota mostra sua indignação diante o modo de operar no adoecimento pela Biomedicina, fato que permite trazer para este item três importantes reflexões: a primeira, sobre a hegemonia deste modelo de cuidado que por mecanismos de controle e regulação intervém em diferentes setores da população, o que Luz (1979, p.14-15) chamou de “agências políticas de contenção e controle da doença coletiva”. A segunda diz respeito aos meios que utilizam-se para manter sua legitimidade e justificar suas ações tanto no adoecimento quanto na vida social. E a terceira, a formatação de seu saber que não dialoga com outras racionalidades médicas¹².

Para adentrar estas reflexões, é importante saber que os alicerces que sustentam os mecanismos de construção desta hegemonia devem-se a uma desconstrução da autonomia do sujeito e uma redução da experiência do adoecimento a um processo normativo e passível de ser medicado. Ao longo de toda a história médica, sempre houve a associação da arte de curar com aqueles que possuem os meios para que ela se efetive, a saber, os detentores da cura. A princípio, esta arte era de alcance comum e os terapeutas reconhecidos pelo o sucesso na cura, mas, com o passar do tempo,

¹² Racionalidades médicas foi um conceito descrito pela filósofa e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Therezinha Madel Luz, que compreende a existência de múltiplos sistemas complexos de saúde os quais possuem um sistema simbólico e empiricamente estruturado em seis dimensões, a saber: uma cosmologia, uma doutrina médica, uma morfologia, uma fisiologia ou dinâmica vital, um sistema de diagnóstico e um sistema de intervenção terapêutica. Como exemplo: a medicina tradicional chinesa, a medicina tradicional indiana, a homeopatia, entre outras.

esta arte foi estruturando-se por um regimento específico e somente aqueles que possuíam sua licença poderiam exercer seu ofício.

No Brasil, a criação de um mecanismo fiscalizador da arte de curar levou a fagocitose de inúmeras práticas populares e marcou a construção da regulamentação terapêutica. Este processo de registro e concessão de autorizações para exercer a função levou a uma hierarquização dos cargos e a exclusão daqueles considerados não aptos.

Não obstante a hierarquização, a oficialização das práticas de cura populares significava o reconhecimento deste saber como legítimo, o que permitia a inclusão dos terapeutas populares entre as pessoas autorizadas a exercer alguma atividade de cura. (PIMENTA, 2003; *apud* CHALHOUB, 2003).

A inclusão dos terapeutas populares era feita como forma de delimitar o campo de ação terapêutica ao mesmo tempo que tinha a intenção de legitimar sua existência. A credibilidade de suas ações levou ao fortalecimento de seus mecanismos de regulação e repressão daqueles que não eram autorizados a exercerem a cura. Desse modo, aqueles que não possuíam os requisitos necessários para o ofício também não eram autorizados de praticá-lo, seus atos eram vistos como ilegais e deveriam ser denunciados. Esta forma de operar levou ao engendramento de um complexo sistema de vigilância.

Este mecanismo de regulação que vai da dependência à vigilância, deixou cada vez mais os saberes tradicionais e as possíveis práticas autônomas ao seu poder. Ramificando-se para diversos setores da sociedade e fazendo com que o sistema de vigilância fosse mantido. Este sistema de vigilância encontrou na figura do Estado uma potente associação, assim, a regulamentação da vida foi sendo efetuada na medida em que institucionalizava a saúde da população. A fundamentação da saúde e doença pelo discurso da normalidade e anormalidade implicou em diversas medidas autoritárias de saúde e a um adestramento dos corpos. O sistema médico tinha como base não só o combate da doença, mas também o controle social. Segundo Foucault (1982), o Estado Moderno permitiu que a medicina do século XIX se modificasse introduzindo o controle dos corpos através da normatização dos processos e dos indivíduos. Por meio, da criação de agências de controle categorizou as práticas que podiam e aquelas que não podiam serem exercidas. E, ao consolidar sua hegemonia efetuou uma padronização do cuidado e uma regulamentação de sua prática.

Blinda o sujeito, não deixa ninguém se aproximar, num deixa... Outra coisa que é um absurdo, num deixar o médico visitar o cara. Eu lembro um amigo aí que estava com câncer de intestino. Daí, o irmão dele me ligou: - Jota, o meu irmão tá ruim. Falei: Puta merda! Vou ver se eles deixam entrar outro médico lá. Eu ia recomendar, esse que me deu o tratamento do bicarbonato. O doutor é um cara cabeça, cabeça aberta. Mas, daí ele perguntou: - Jota, qual hospital que ele está?... Ih, esse hospital não deixa entrar, não. Não deixa! Um médico... O cara está lá em estado terminal e eles se julgam no direito de impedir que outro cara entre ali para analisar.

[...]

Estou com uma bronca dessa ANVISA, rapaz. Os caras estão proibindo as coisas assim, bestialmente. Eu utilizava, por exemplo, a babosa líquida, né. A babosa, ela desintoxica o organismo. Ela é muito boa pra desintoxicar. E o câncer ele se estabelece em um organismo ácido, né? E quando se torna ele alcalino, você afasta o câncer, você tira a força dele. Então, a babosa é muito bom para isso. Os caras proibiram. Onde nós vamos parar? Isso precisa ter uma legislação que orienta você a fazer o contrário. (Jota, 2012).

O monopólio de suas ações passou a ser justificado por meio de suas evidências científicas, de sua legislação e por sua associação com o mercado, a saber, com as indústrias farmacêuticas. A autorização dos uso de determinado produtos passaram pelo crivo destas três instancias, assim, as práticas de saúde aos poucos foram obedecendo esta lógica de seu regimento.

E até... chega até o ponto de dizer: - Aqueles que eventualmente tem o bom senso de querer sair desse esquema, eles não podem sair. A licença dele vai pro bebeléu. Então, aí que eu... eu vou me permitir sugerir que na sua tese, quando chega na parte de propostas, você pense em incluir alguma coisa nesse sentido. Mudança de legislação, sei lá, né? Proposta de mudança das, dos currículos, das grades curriculares, enfim, pra realmente tornar sério esse assunto. Tem uma legislação a respeito. (Jota, 2012)

Segundo Jota para uma reconfiguração deste modelo de cuidado e dissolução de sua hegemonia é necessário uma mudança legislativa que possibilite aos médicos a prática de outras terapias, que embora não reconhecidas por este modelo hegemônico, são legítimas na oferta do cuidado. Outro ponto que permeia sua fala versa ainda sobre a necessidade de uma reestruturação do ensino médico para que os alunos possam ter acesso a um universo maior de terapias e significação do adoecimento.

A propósito, me permita te recomendar a você pensar uma outra proposta que é inventariar o conhecimento aqui no Brasil. As universidades, uma faz uma

pesquisa aqui outra acolá, mas na verdade, se você for ver direito, o governo não tem uma noção, ele não tem lá um book, lá, alguma coisa que lhe diga: - Olha, já existe pesquisa sobre isso lá na Universidade assim, assado. Não existe esse intercâmbio.

Para ele, o ensino não deve ser de acesso restrito, mas de usufruto de todos aqueles que o buscam. As pesquisas realizadas devem ser disponibilizadas e sistematizadas de forma que possibilitem aos sujeitos o acesso a pluralidade de estudos sobre a mesma problemática. Segundo Boaventura de Sousa Santos (2002) a crise científica da qual vivemos revela da necessidade de reorganização do seu conhecimento. Para ele, a produção do conhecimento deve interagir com o social, assim, ao sair do senso comum e tornar conhecimento acadêmico, ela deve retornar ao social possibilitando o sujeito conhecer a si para que suas ações possam ser repensadas.

Por fim, são nas condutas limítrofes de sujeitos como Jota que conseguimos olhar com mais profundidade para o modo de operar do modelo de saúde que nos é imposto. Pelo seu discurso, pudemos perceber o invisível que permeia o exercício de poder biomédico, estado que se faz somente pela experiência do adoecimento.

1.2 Autoridade e sujeição frente ao tratamento

E o pior é que os médicos não explicam para você: “Olha, você vai tomar isso aqui, isso aqui vai te brochar, tá? Você topa?”

É claro, se o cara topa tudo bem, né, mas eles nem avisam. Então, fica todo mundo nessa zona de conforto.

[...]

Você não tem opção. Você tem que fazer isso. Porque você tá numa fraqueza emocional. Você vai morrer. Vem pelo medo. Então, é uma intervenção, uma terapêutica pelo medo.

[...]

Enfim, tira do sujeito a auto. Como eu vou chamar? Autodeterminação. Ele, a partir daquele momento, ele não tem. Ele é colocado numa situação, que ele não tem como escolher.

[...]

Eu era muito carnívoro, né. Comia muita carne vermelha. Então, às vezes a gente descuida, né. Come ou bebe alguma coisa que o corpo pega alguma acidez. (Jota, 2012).

A fala de Jota nos conduz a uma reflexão: a sujeição diante ao tratamento biomédico que justifica-se pelo medo da morte ou pela culpa dos excessos da vida. Nas duas colocações apresentadas: sujeição pelo medo da morte – “*Você vai morrer. Vem pelo medo. Então, é uma intervenção, uma terapêutica pelo medo*” e, sujeição como culpa pelos excessos da vida – “*Eu era muito carnívoro, né. Comia muita carne vermelha.*”, a terapêutica é posta como o modo exclusivo de restabelecer a saúde, a saber, a vida.

Olhando mais detidamente para elas, na primeira, o temor associado a doença deve-se a noção que ela é exterior ao sujeito e é capaz de extinguir a vida. Logo, o adoecer é visto como uma condenação à morte, assim, o tratamento surge com a finalidade de restabelecer a saúde, ou melhor, combater a doença e resgatar a vida. Na segunda, remete ao mágico-religioso em que a doença é associada ao castigo dos deuses como consequência de uma vida de exageros. O adoecer surge como uma punição aos prazeres desmedidos da vida. Desse modo, para restabelecer a saúde, é necessário uma negação dos prazeres, um regime de controle dos desejos para resistir às tendências negativas de nossa natureza (FOUCAULT, 2011).

Tanto uma como na outra a terapêutica pauta-se por um princípio de conservação da vida e restauração da saúde. Uma concepção que carrega no seu interior um aspecto moral que associa saúde as boas condutas do corpo, enquanto a doença revela um desvio. Esta visão do estado de saúde e do adoecimento como polos contrários, conduziu a uma valorização dos meios de restauração da saúde e combate da doença.

A exaltação da saúde como um ideal a ser conquistado condicionou sua própria noção dentro de um métrica de constante biológica, isto é, a saúde passou a ser calculável a partir de uma certa biologia. A definição de sua normalidade fez da terapêutica uma intervenção que busca a restauração do mesmo, ou melhor, o retorno da constante da saúde (CANGUILHEM, 2011). Logo, o médico é colocado como vigilante do estado de saúde e assume o papel de autoridade para anunciar como será estabelecido o processo de cura.

Este reconhecimento e legitimidade perante ao tratamento deve-se ao saber adquirido pelo médico sobre a natureza do corpo. Adentrando mais esta discussão, em seu escrito, *A Hermenêutica do Sujeito*, Foucault (2011) propõe explorar a relação entre o conhecimento de si e o cuidado de si e como esta noção, que muitas vezes marginal na história da filosofia, traz consigo uma potente associação entre o saber e o poder. Foucault investiga o conjunto de práticas e tecnologias usadas para ser ter acesso a verdade. Ele analisa o discurso entre Sócrates e Alcebiades, para mostrar como o conhecer a si e o cuidar de si estava relacionado ao governo de si para que fosse possível exercer o governo dos outros, uma relação política que anuncia de forma tímida o início da fundamentação do exercício de poder daqueles que detém o saber perante aos outros.

Desse modo, o médico ao colocar-se como conhecedor do corpo e dos mecanismos de regulação corporal, exerce seu poder sobre o sujeito. Legitimado pelo seu saber e reconhecido como detentor da terapêutica, ele age de forma autoritária sem oferecer escolha ao sujeito. Ele opera pela eliminação da doença e conseqüentemente exclusão da experiência do sujeito. Este é um dos pontos centrais deste modelo de cuidado: a autoridade médica seguida da extinção do poder de escolha do sujeito. Este apontamento fica mais evidente com a fala de Jota:

Teve um médico aí, que até praticamente, me pôs pra fora da sala e aí eu falei:

- Mas doutor eu tenho o direito de me recusar

- Não, que meu, meu juramento...

[...]

Esses caras se acham no direito de chegar e dizer: - Não, você tem que ficar aqui.

Nosso cabresto, aqui, vai te conduzir. Você não pode sair disso aqui. (Jota, 2012).

O médico respaldado pelo seu saber e pela convicção de que as doenças são desvios que necessitam ser restaurados, opera de forma a biologizar o sujeito a tal ponto de eliminar sua subjetividade. Ele não dá importância para o caráter subjetivo do processo e ao intervir pelo princípio de restauração da saúde descarta as reverberações do adoecimento na vida do sujeito.

Para ele, o estado de saúde e doença é definido a partir do status de exclusão quando precisa julgar e de inclusão quando precisa explicar (FOUCAULT, 2011). E, para estas explicações e exclusões criam-se protocolos de cuidado que imperam ideias de verdades a serem seguidas e, ao mesmo tempo, eliminam o poder de questionamento do sujeito levando-o a aceitar o tratamento como a única forma de se proceder com a cura.

*Então, eu vou me agarrando aí, em tudo que eu posso e sempre com essa dificuldade, né. Cada vez que eu vou para um médico eu tenho que me preparar como fazer a abordagem com ele, porque ele vai perguntar:
- Como é que você está fazendo? Olha, vou te mandar tomar Zoladex
Mas eu não tomo. Aí começa a encher o saco, porra! Todos eles. E agora, precisa ficar discutindo com o médico toda vez que você vai lá? (Jota, 2012).*

Jota contesta este modo de intervir por métodos específicos de terapias que pautam-se por parâmetros biológicos para definir sua ação. Pois, nesta operação, a escolha do sujeito fica condicionada a um exclusivo modelo de cuidado que nem sempre se mostra eficaz. Sua experiência, seus sentimentos e emoções são excluídos ao passo que eles poderiam indicar um outro caminho a seguir. Bateson relata em seu diário:

[...] a doença obriga o sujeito a percorrer um certo caminho. Digamos que ele partiu para uma viagem de exploração que não se termina com seu retorno ao mundo normal em que ele retorna com um ótica totalmente diferente daquelas pessoas que nunca fizeram esta viagem.¹³ (BATESON, 1976, p. 16).

A experiência do adoecimento revela uma nova forma de relacionar consigo e com o meio, logo, o convívio com o adoecimento não deve ser descartado ao passo que ele indica uma potente chave para pensar o cuidado. Assim, a relação médico-paciente deve preservar a autonomia de cada saber para que neste encontro seja potencializado o cuidado.

¹³ Original em francês: “[...] le malade soit obligé de parcourir un certain chemin. Disons qu’il a pris le départ pour un voyage d’exploration qui ne se terminera qu’avec son retour au monde normal dans lequel il revient avec une optique totalement différente de celle des gens qui n’ont jamais fait ce voyage.” (BATESON, 1976, p.16).

Capítulo II

O cuidado – restauração ou reconfiguração?

Em seu livro *Antropologia da Doença*, Laplantine (2011, p.161) afirma que toda prática médica “se esforça sempre por estabelecer uma ligação entre um complexo patológico (o doente ou o órgão doente) e um complexo terapêutico (o tratamento adequado prescrito)”. Segundo ele, o médico, portador da arte do diagnóstico e do saber terapêutico, apresenta-se como o legítimo mediador no processo da cura. No entanto, qual a finalidade da cura uma vez que a Biomedicina a concebe apenas pela necessidade de restauração do estado da saúde. Embora esta colocação possa parecer inquestionável, ela nos força a pensar: o que fundamenta a terapêutica médica e para onde está orientada sua ação?

Para responder a este questionamento, primeiro, é preciso saber o que entende-se por terapêutica e como sua noção foi sendo reformulada dentro do pensamento médico, para assim, poder pensar no seu agir. A palavra terapêutica é uma tradução do grego *therapeutiké*, cujo significado é a arte da terapia, ou seja, o conjunto de saber que possibilita a escolha da terapia adequada no instante do adoecimento. Terapia deriva do verbo grego *therapeuo* (cuidar) e a palavra *therapeía* foi usada na medicina por Hipócrates e Galeno para designar os cuidados aos enfermos. Para eles, conceber uma terapia é considerar o caráter relacional que constitui o sujeito, logo, não se trata apenas de eliminar a doença, mas compreender como o adoecimento modifica toda a dimensão da vida para então poder escolher aquela que potencialize o cuidado.

De modo geral, a terapêutica sempre esteve relacionada aos meios utilizados para possibilitar ao sujeito um alívio aos incômodos ocasionados no adoecimento. No entanto, ao longo da história da Medicina, esta concepção foi sendo influenciada por uma série de pensamentos morais, econômicos e políticos que restringiram esta arte a um processo extremamente materialista e científico fundamentando a terapêutica na objetividade de suas ciências, a saber, uma fisiologia que trata do estado de saúde e uma patologia que descreve a doença (CANGUILHEM, 2011). Neste sentido, as terapias passaram a ser consideradas legítimas pela sua capacidade de reverter o fenômeno do adoecimento, ou seja, restituir o estado de saúde que a doença pareceu o afastar.

Logo, esta fundamentação da relação saúde-doença pela valorização dos processos biológicos levou a um distanciamento do sujeito que compõe esta relação. Ao estruturar sua terapêutica por esta noção e firmar sua hegemonia, a Biomedicina descartou não só a subjetividade

inerente ao processo, mas também uma pluralidade de saberes que, embora legítimos na oferta do cuidado, tornaram-se marginais a prática médica (BARROS, 2008).

Estas racionalidades que veem a prática médica por uma outra via constituem o universo da Medicina Complementar Alternativa (BARROS, 2008). Seu modo de pensar a relação saúde-adoecimento-cuidado desprende-se de uma concepção puramente física do sujeito e levam em consideração o aspecto subjetivo do processo fazendo com que sua terapêutica direciona-se para a resolução da angústia no adoecimento. Podemos dizer que no modelo biomédico a relação saúde-adoecimento-cuidado caracteriza-se por: saúde-adoecimento-cuidado-busca pelo retorno do estado de saúde. E, na outra por: saúde-adoecimento-cuidado-busca pela reconfiguração do sujeito.

Neste capítulo, queremos demarcar o diferencial existente entre a visão biomédica do processo saúde-adoecimento-cuidado e aquela feita pelas práticas não convencionais (alternativas, complementares ou integrativas) como forma de elencar os motivos que levam um sujeito com câncer a romper com este modelo hegemônico de cuidado ao ver na sua terapêutica uma impossibilidade de reinvenção de sua vida. Além disso, propomos apresentar a importância da subjetivação do processo terapêutico como um caminho para a compreensão do cuidado no adoecimento crônico.

2.1 A operação biomédica pela lógica da restauração

Antes de iniciar este item, cabe interrogar: é a saúde condição fundamental para sentir a vida? E, ao afastar-se dela, caberia ao médico sua restituição, a saber, a cura? Certamente estes questionamentos sugerem a permanência de uma afirmação que, embora corriqueira no pensamento biomédico, carrega no seu íntimo uma reflexão: se for verdade que a função do médico é a cura, então, primeiramente, precisamos saber do que se ocupa o médico e, simultaneamente, qual a finalidade da cura. Segundo Foucault (2011) o médico não se ocupa do sujeito, mas de seu corpo, e é pela compreensão dos processos de funcionamento deste que justifica-se sua ação¹⁴.

Colocando o corpo como objeto de investigação e apoiando-se na explicação biológica para traduzir sua natureza, a disciplina médica categorizou o estado de saúde e adoecimento com base na objetividade dos circuitos de regulação corporal. Assim, acreditou que quanto mais compreendesse o organismo por meio de suas experimentações, maior seria sua capacidade de poder intervir no adoecimento. Digamos que o médico passou a ser considerado o juiz do orgânico, portando técnicas capazes de restaurar as funções corporais diante a iminência dos desvios que pudessem acometer seu funcionamento (CANGUILHEM, 2002).

Esta ideia de um corpo mecânico e organicamente estável é a base da sustentação da terapêutica biomédica cuja crença na normalidade da saúde tornou a finalidade de sua ação. A criação da métrica da saúde pela quantificação do processos corporais levou a noção do sujeito como a síntese do orgânico e é notório que este pensamento prolongou-se no interior do pensamento médico e, restringiu a relação saúde-adoecimento-cuidado a um certa possibilidade de cálculo biológico.

Apesar de poder haver dúvida sobre o modo pelo qual o corpo foi danificado, não há nenhuma dúvida sobre a forma segundo o qual se deve restaurá-lo. A ciência médica se contenta com o corpo humano normal e procura apenas restaurá-lo. (CHESTERTON, 1910; *apud* CANGUILHEM, 2011, p.206).

¹⁴ “Conhecendo a arte da medicina, sabendo fazer diagnósticos, prescrever medicamentos, curar as doenças, quando o médico adoece e aplica tudo isto a mesmo, não se poderia dizer que ele se ocupa consigo? Pois bem, a resposta, seguramente, será não. Pois, quando ele se examina, faz um diagnóstico sobre si mesmo, põe-se em regime, com o que se ocupa de fato? Não com ele próprio no sentido em que acabamos de falar, enquanto alma-sujeito. Ocupa-se com seu corpo, isto é, com aquilo de que se serve.” (FOUCAULT, 2011, p. 54).

Ao intervir no adoecimento pelo referencial da cura como a capacidade de restituição da integridade biológica, aos médicos escapam os verdadeiros mistérios que se circunscrevem na relação saúde-adoecimento-cuidado. Consoante a Canguilhem (2011, p. 207) “é verdade que nenhum médico pensa em prometer a seus doentes nada mais que a volta ao estado de sua satisfação vital da qual a doença os afastou.” Desse modo, curar designa não só a capacidade de reversibilidade dos fenômenos frente ao desordenamento que o corpo possa sofrer, mas também a devolução do estado de saúde que fora perdido.

Podemos dizer que este conceito de cura é um tanto quanto contraditório, pois ao buscar recuperar a saúde, no seu sentido biológico, os médicos julgam-se no direito de poder eliminar certas funções do organismo não se importando com as reverberações de seu ato na vida do sujeito. Isto torna-se mais claro na fala de Jota que nos conta sobre o seu tratamento:

Se tem ideia de como que é o sistema do Zoladex? Vamos chamar de Zoladex. O Zoladex é aquela castração, que eles dão para o cara que tem um câncer que nem o meu. Um câncer avançado, que já não admite, não admite mais corte. Então, que já avançou, saiu da glândula. Então eles dão a castração, que é para eliminar a testosterona do cara. Então, eliminando a testosterona, ela deixa de alimentar o câncer e o PSA baixa. Só, que se cortar o remédio, o PSA volta que nem um doido [...] aquilo ali é só para diminuir o PSA, a testosterona, mas ele fica com câncer, ele perde a ereção, quer dizer, ele já perde meia vida aí, né? E a um custo disso, quer dizer, tá beleza para medicina isso aqui! Isso para mim é uma fraude! Não é possível uma coisa dessa! E o pior é que os médicos num... num explicam para você: “Olha, você vai tomar isso aqui, isso aqui vai te brochar, tá? Você topa?” (Jota, 2012).

Como se não bastasse a dor provocada pelo adoecimento, o sujeito defronta-se com a agressividade dos tratamentos que lhes são impostos, os quais não só ocasionam uma série de efeitos colaterais, mas também provocam sequelas em sua vida. Jota deflagra as nuances destas experimentações, que fundamentadas na crença de sua eficácia na restauração da saúde, omitem as reais consequências na vida do sujeito.

Olhando mais detidamente para a instituição médica percebe-se que ao longo do século XIX ela parece ter distanciado o médico da terapêutica e o adoecido do cuidado. Substituindo este elo conectivo entre ambos por uma mediação farmacológica, ou seja, passando a apresentar uma solução farmacêutica a qualquer problema de saúde, como efeito, transformando a doença numa oportunidade de intervenção medicamentosa (CABE *et all*, 2011). Ao fazer esta operação, o cuidado médico não é apreciado por sua possibilidade de alívio ao sofrimento, mas por sua capacidade de

manter o sujeito sobre o controle de remédios.

Segundo Illich (1981) as instituições médicas tem mais interesse na doença no que na saúde e suas intervenções são como oficinas de reparos e manutenção destinadas a colonização da vida do sujeito pela dependência de seus serviços e produtos. Para ele, as instituições de saúde são empresas médicas visto que suas terapias foram capturadas pelos interesses do Capital. Esta simbiose entre a instituição saúde e o Capital ramificou para o interior do ensino médico criando mecanismos de validação e autorização do consumo de seus produtos pela segurança e confiança científica. Neste sentido, os alunos tornaram-se agentes da reprodução desta lógica, fazendo pesquisas que comprovem a eficácia de seus medicamentos. Por meio de suas evidências, legalizou o uso de certos medicamentos, defendendo-os como a melhor maneira de intervir no adoecimento. Logo, a Biomedicina passou a justificar sua terapêutica pelo discurso - experimentados laboratorialmente e comprovados cientificamente.

Adentrando um pouco mais esta questão, no início do século XX, as fundações Rockefeller e Carnegie¹⁵ com a intenção avaliar o ensino médico e propiciar uma base científica a seus estudantes passaram a injetar uma elevada quantia de dinheiro em instituições acadêmicas que atendessem os critérios preestabelecidos, isto é, que atendessem seus interesses econômicos. Este incentivo financeiro causou a reformulação de todo o ensino médico norte-americano que proliferou para o mundo a regulamentação do saber biomédico dentro de uma perspectiva biologicista e laboratorial (ALMEIDA FILHO, 2010). Esta passagem ficou conhecido pelo relatório Flexner¹⁶ e podemos ver na fala de Jota os reflexos deste modelo.

¹⁵ “A fundação Carnegie foi criada por Andrew Carnegie em 1905 e reconhecida em 1906 por um ato do Congresso Americano. Muitos relatórios publicados são resultados desse centro de pesquisa e influenciaram todos os níveis de ensino nos Estados Unidos e no exterior, incluindo o Relatório Flexner sobre a educação médica, e a criação da Educational Testing Service, estabelecimento de avaliação de Instituições de Ensino Superior.

A atuação da família Rockefeller no campo da educação e filantropia, nos Estados Unidos, inicia-se no começo do século XX, datando de 1901 a criação do Institute for Medical Research, hoje Rockefeller University. Em 1903 cria-se o General Education Board, a um custo final de US\$ 129 milhões para promover a educação nos Estados Unidos. A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, constituindo-se em uma das maiores e mais antigas instituições filantrópicas e teve, ao longo de sua trajetória, uma atuação marcante nos Estados Unidos e em diferentes países de todos os continentes.” Disponível em: www.fcm.unicamp.br/flexner/index.php?option=com_content&view=article&id=150&Itemid=155. Acesso 10/12/12.

¹⁶ “Em 1908, Flexner é convidado por Henry S. Pritchett, Presidente da Carnegie Foundation, para dirigir um ambicioso programa de avaliação da educação superior nos Estados Unidos, começando pelo ensino médico, cujo primeiro e mais conhecido resultado é o famoso Relatório (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2236). Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalo cêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações

Eles fornecem o Zoladex, ali, no Glicério. Se você for lá, você vai verificar. Tem um serviço de atendimento de remédios caros, o governo paga e paga bem, né. Nessa época, uma caixa de Zoladex parece que eu paguei 650 e alguma coisa, tá? E aquilo ali, o cara tem que tomar todo mês. Então, é uma farrá! O médico que todo mês cobra a consulta e pega, dá a receitinha, você vai lá com a receitinha, o governo desembolsa esse monte de dinheiro e o cara não sai com a proposta de cura. (Jota, 2012).

Esta potente junção entre a lógica do mercado e a instituição de saúde conduz a alienação dos próprios meios de tratamentos. Jota aponta duas questões importantes para pensar sobre o tratamento biomédico, a saber: o uso abusivo de medicamentos, que na sua opinião, gera enormes gastos públicos, e, a finalidade deste tratamento uma vez que não apresenta proposta de cura. Segundo ele, encontrar uma justificativa plausível para estas colocações é necessário admitir que estes procedimentos apenas acontecem pois estão a serviço das indústrias farmacêuticas e não do sujeito.

A conquista da saúde virou um bem de consumo e um produto de elevado valor que movimenta bilhões de reais a cada ano e, hoje, representa um grande ramo do mercado. Assim, o modelo biomédico tornou-se o próprio agente do capital produzindo doença e vendendo a saúde, sem se importar o que isto significa para o adoecido. Nesta zona de conforto, onde o médico finge curar e o sujeito finge que está sendo curado, é possível traçar uma linha invisível que demarca os limites da própria Biomedicina.

O problema do câncer é exatamente isso! Você só enxerga através da biópsia e olha lá, né. Todo remédio que toma é essa preocupação, porque a quimioterapia ela arrasa com tudo que tá em volta do órgão, né? Quer dizer, dá mais malefício do que benefício. O Trudeau fala, por exemplo, que a resposta das quimioterapias é de 3%, não sei se é verdade, mas caramba, você só vê usando quimio. (Jota, 2012).

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX, das intoxicações registradas no Brasil, em 2009, 27,86% foram por medicamentos e em relação aos óbitos por intoxicação humana, verificou-se que 18,28% foram por uso de remédios¹⁷. Este quadro é resultante do uso indiscriminado e inadequado de medicamentos tanto por parte dos médicos no

profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime.” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2235).

¹⁷ Disponível em: www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab10_brasil_2009.pdf. Acesso 10/12/12.

abuso da prescrição, quanto por parte da sociedade como consequência da reprodução do pensamento biomédico na forma de automedicação. Illich (1981) usa o conceito de iatrogênia clínica, social e cultural¹⁸ para descrever este fenômeno causado pela prática médica que desencadeia uma série de danos ao sujeito e à sociedade. Para ele a instituição médica representa uma ameaça a saúde, pois em muitos casos provoca maiores agravos do que alívio do sofrimento.

Porque os médicos não tem proposta, meu Deus! Se tivessem, né? Mas não tem! É cortar! Corta aqui... corta... Pô!!! Você precisa do seu organismo, né? Da glândula. A não ser que seja necrosada, sei lá, né. Mas tenta recuperar. Tenta tratamento clínico, mas eles não tem proposta! Ou é quimio ou é corte. Então, você morre mesmo. Esse pessoal... Olha, nos últimos tempos, já foram uns três aí do meu relacionamento, que foram assim. (Jota, 2012).

Não é apenas devido à falta de uma proposta eficaz que o sujeito sente-se insatisfeito, mas também pela ausência de uma visão ampliada que considere sua experiência para além do dos protocolos de uma política de medicamentos. Pois, respaldados pela norma protocolar, os médicos agem pela lógica de medicar a esmo e quando não são capazes de promover o alívio a este sofrimento enquadram os sujeitos como poliqueixosos. Desse modo, comprovam o reducionismo de seu olhar e mostram o seu desconhecimento por outros modos de operar.

Existem muitos exemplos disso aí... Ainda esses dias na televisão eu vi um médico lá de Curitiba... Ele, ele imaginou e tá até utilizando uma técnica de, ao invés de reduzir o estômago para o emagrecimento ele faz um ligamento do intestino nas dobras intestinais, só que fica mais ou menos um cano, uma coisinha mais ou menos assim, direto. Eu não sei, tecnicamente não tenho nada a falar sobre esse assunto, mas caramba! O sujeito fez, ele é um médico, ele quer discutir isso aí e o pessoal simplesmente tá desacreditando ele fizeram até uma execração pública lá, e isso é horrível, isso é obscurantismo puro. Nós precisamos de repensar isso, na constituição tá dizendo que a gente tem direito a vida. É um direito constitucional. Como é que a pessoa se acha no direito de dizer: Não, você só pode usar aquilo que é... é... é produzido pela indústria farmacêutica. (Jota, 2012).

¹⁸ Em seu livro, A expropriação da saúde - Nêmesis da Medicina, Ivan Illich (1981) define três tipos de iatrogênese, a saber: a clínica, a social e a cultural. A primeira relacionada aos danos causados pelo próprio ato médico. A segunda é decorrente de uma crescente dependência de medicamentos pela população. Por fim, a terceira consiste na eliminação do aspecto cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte.

Pela fala de Jota, podemos perceber que a Biomedicina não tem interesse em dialogar com outras racionalidades que extrapolam o seu campo de visão. Sua ação terapêutica é restrita a uma reprodução da reprodução, isto é, pode até mudar a sua configuração, mas não muda a forma de operar. Assim, o modelo biomédico não consegue diluir as fronteiras criadas por suas evidências, como efeito, apresenta-se hoje muito limitado no tratamento das doenças crônicas.

Até por cansaço, o doutor aí do Samaritano, por cansaço ele me deu... eu pedia remédio. Ah, mas não tem infecção, não tem tuberculose, não tem sífilis, não tem nada. Ele me deu até umas doses de... não é antibiótico, eu vou me lembrar. Não... eu não vou lembrar. Enfim, mas... ele falou: - Jota, não encontrei nada, vai chegar um equipamento da Alemanha, daí você retorna aqui. Mas daí, eu fui embora, saí da firma, não tinha mais o convênio, enfim, e eu ficava com aquela coisa na cabeça. Um dos motivos que me fez retomar o tratamento foi essa coisa de urina também. Porque era sempre, você vê, mesmo aqui nesse primeiro exame, ela estava alta. Esse é um motivo que me fez voltar. E, aquela dor. Agora, a dor teve um outro assunto. A dor eu continuei tendo, a dor nas costas. Agora, isso foi lá pra 2005, 2006, mais ou menos ou 2007, eu não me lembro. Eu até vou checar isso em casa. Me deu uma dor no canino, terrível. Saí correndo para o dentista... foi verificar, tinha uma tremenda de uma infecção aqui no canino! Tremenda! Coisa de muitos anos, para ficar preto daquele jeito, pô! Tanto material e aquilo ali, eu pensei: puta, era essa merda aqui, que estava me ferrando, esses anos todos. E não aparecia em exame nenhum. É uma coisa que eu falei que ia pedir e vou pedir para o pessoal da Unicamp, cuidar dessas infecções subclínicas. É o caso aqui. Provavelmente lá, me perguntaram a origem do câncer e na hora eu não tive nem resposta, mas depois eu fiquei pensando que podia ter... Eu abordei essa questão do canino, mas não com a ênfase que eu estou tendo agora. Provavelmente, foi esse canino, essa infecção lá dentro que, que acabou me, me desvelando. O pessoal da... não sei se você sabe... o pessoal ali da... Santa Casa, que tem a escola de medicina ali, né... eles são fissurados nesse assunto. O meu colega que se trata lá, ele se trata lá e cada vez que ele chega lá a médica, a primeira coisa que ela pergunta é se ele foi no dentista, como é que está, como é que estão os dentes. E uma pessoa me contou que um rapaz ou dois rapazes que foram lá e o médico... eles estavam se queixando de dente. Daí o cara eles não estavam falando em mais nada. Mas daí o médico falou:

- Escuta, como é que está o seu testículo? Está volumoso? - É, está.

Eles foram ver e estavam com câncer de testículo. E eu sempre tive essas dores de testículo [...] mas você vê as coisas como são encadeadas, né. É muito fácil você adquirir uma infecção de dente. E eu não tinha dor nenhuma no dente. Foram vinte e tantos anos que eu tinha colocado uma ponte, uma ponte fixa. Lembra, aquelas pontes fixas, que furavam o canino? Então, e depois eu falei:

- Vou por uma ponte móvel. Essa aqui. Daí, o cara fechou aquele mas não tomou cuidado, né! E aquela merda infeccionou. [...] Daí que eu fui dar valor nesse tipo de coisa. Eu falei: - Puta merda, você carrega doença anos a fio e num sabe. (Jota,2012).

Não considerando a narrativa do adoecido e nem reconhecendo na sua experiência uma via importante para o cuidado, os médicos são conduzidos a falhas diagnósticas, uma vez que não compreendem nas infecções subclínicas¹⁹ um indicativo de possíveis problemas mais sérios que estão por vir. Tornando-se indiferentes a este indicativo, os médicos apenas prescrevem seus medicamentos. Porém, esta ação somente mascara os sintomas e a natureza do problema e, de fato, não possibilita uma resolução ao sujeito. Por não encontrar no médico o que se busca, o sujeito defronta-se com uma frustração e inconformados fazem de seus discursos e ações uma forma de denúncia e protesto ao modo de operar deste sistema hegemônico. Logo, é um tanto paradoxal o problema que instaura no interior desta exposição e nos instiga a pensar: existe de fato um cuidado neste modelo que se legitima como cuidador?

*[...] quando você tá falando em câncer, não só de câncer, mas poxa vida... o câncer ele vem basicamente daquilo que você come, que você ingere... e daí você é tratado sem que as pessoas tenham o menor cuidado. Eu me lembro a primeira, o primeiro médico que me deu, me receitou o Zoladex, eu perguntei se ele tinha alguma outra, alguma outra orientação para me dar e ele disse que não. Depois eu fui examinar, tanta coisa que favorece o câncer que você continua comendo, bebendo, tipo café, açúcar, né? Que só ajuda o câncer, né? Nunca ajuda você e ninguém nem fala. Pô... porquê... Ele não aprendeu isso, né? Ele não aprendeu e esses caras se acham no direito de chegar e dizer:
- Não, você tem que ficar aqui. Nosso cabresto, aqui, vai te conduzir. Você não pode sair disso aqui. (Jota, 2012)*

Jota discorre sobre as nuances do cuidado que não são vistas pelos médicos, mas que são essenciais para o convívio com o câncer. Retomando a pergunta realizada anteriormente, percebe-se que existe uma lacuna no cuidado biomédico uma vez que sua terapêutica restringe-se a uma ordem farmacológica e revela uma limitação na própria noção da doença crônica. Pois, compreender as patologias contemporâneas é preciso desfazer-se de categorias instituídas que apenas consideram relevantes as propriedades biológicas para dilatar a compreensão e perceber as reentrâncias subjetivas que permeiam o adoecimento. Assim, entender que a finalidade da cura não é a restauração da saúde e restituição do mesmo, mas a reconfiguração que efetua-se no convívio com a doença, a saber, a conquista de uma nova vida.

¹⁹ Infecção subclínica ou infecção latente é algo que está "adormecido". Trata-se do agente causador da doença ainda não manifestada na pessoa, sem a apresentação de sinais e sintomas da doença.

Pensar no cuidado é saber de antemão que ele faz referência à um lugar de afeições onde torna possível operar uma transformação. Uma zona onde a troca se efetua e coloca em operação as possibilidades de reconfigurações da vida. Logo, perceber a subjetivação do processo é compreender que o sujeito é um processo aberto que se forma a partir dos problemas que o meio coloca para ele resolver, modificando sua natureza e proporcionado uma nova coexistência consigo mesmo.

2.2 A busca por outras formas de cuidado - A decisão de ruptura com o modelo biomédico

Ao perceber no modelo biomédico um dispositivo do Capital, que condiciona o sujeito a uma alienada medicação e o sujeita sem uma proposta de cura, Jota opta por uma ruptura e nos mostra as implicações na sua vida quando coloca-se em oposição a esta instituição hegemônica do cuidado. Ele desafia sozinho as forças reguladoras da saúde e enfrenta a incompreensão familiar, fato que possibilita fazer de sua experiência uma potente reflexão política, econômica e social. Desse modo, descreveremos neste item as reverberações desta decisão em sua vida e no seu ambiente familiar.

Nem tanto em relação ao meu caso, mas o que vejo, a minha percepção, em relação a todos que eu tenho acompanhado, inconscientemente, é claro, o maior inimigo do canceroso é a própria família. (Jota, 2012).

As mudanças produzidas no adoecimento não só se revelam ao sujeito mas para o coletivo que o cerca. As tensões no ambiente familiar se efetua a medida que sua família deseja que ele prossiga com o tratamento biomédico, pois acreditam que esta seja a sua real necessidade. No entanto, não compreendem que a necessidade do sujeito não é apenas sanar os desconfortos físicos, mas buscar uma resolução para angústia que se inscreve e provoca mudanças em sua vida.

Foi terrível. Foi terrível, porque, olha, eu sou casado com a ... não somos legalmente casados, mas eu me considero casado. Minha mulher tem 45 anos, 48, e eu tenho 66. Então, os meus filhos do primeiro casamento, principalmente, quando eu disse que estava tomando essa decisão e eu discuti mais ou menos, né. Eu lembro que eles ficaram achando que era por causa da minha mulher, ou seja, ou pelo menos achando que eu estava fazendo aquilo para atender minha mulher. Claro que eu estava procurando salvar o casamento. Falei:

- Pô, se eu for me submeter a castração, eu não tenho legitimidade de esperar, vivendo com a minha mulher, enfim, sem ser corneado, pô.' Porque é contra a natureza das coisas.

Então, foi um motivo que me levou a tomar essa decisão. Mas o pessoal, a família né, não gostou. Ficaram assim... A minha mulher ficou mal:

- Será que eles tão pensando que sou eu?

- Não esquenta a cabeça, não, que eu vou falar pra eles que a decisão é minha.

[...] Eles não tem noção do mal que estão fazendo. Tem casos concretos de monte. Eu tenho até um meio irmão aí que pegou um câncer de garganta. Aí, eles vieram pra cá, eles moravam em Regente Feijó, interior lá perto onde eu nasci. Eles vieram pra cá e eu falei a mulher dele:

- Escuta, vem aqui, eu quero falar com você, vê se eu passo uns remédios aí, tal. Que nada. Levaram ele pro médico e daqui a pouco vão cortar a garganta do cara e não vai resolver nada. Enfim, na cabeça das pessoas não passa a ideia de que

eles estão atrapalhando. Pensando que estão fazendo o bem. Levando... Deixando.... Porque os médicos não tem proposta, meu Deus [...] A família envolve o cara numa cerca... Blinda, né... o termo certo. (Jota, 2012)

A família muitas vezes não consegue aceitar a nova condição do sujeito e por desconhecimento acaba enquadrando-o como doente. Um estigma que determina o modo como ele é visto e como é tratado. Este processo conduz a uma vitimização do sujeito ao ponto de criar uma postura do adoecido que o torna deficiente de si. Desse modo, seus familiares se colocam na postura de arguição do que deve ser feito em relação às reais necessidades do sujeito.

A reação dos familiares reflete uma postura alienada do problema uma vez que agem pelo senso comum e reproduzem a colonização biomédica – instaurada pelo discurso da doença como um limiar da morte, logo, necessita ser combatido. Na luta contra a doença, a Biomedicina apresenta-se como o modelo oficialmente reconhecido que porta técnicas capazes de reconquistar a saúde. O modelo biomédico aparece como juiz da vida e sua intervenção apresenta-se como uma salvação da morte. No entanto, como apontado no capítulo anterior, Jota nos mostra que este sistema não tem a finalidade de ajudar o sujeito apenas sujeitá-lo a sua lógica de mercado.

Por seu discurso contestador, Jota mostra o drama de ser um desviante e busca desvelar o funcionamento deste sistema como forma de romper as algemas que o aprisiona. Consoante a Harun Farocki, em seu filme, intitulado Como se vê, “para romper com o processo de alienação necessita compreender o processo de como se produz as coisas.”

Ao recusar-se ao tratamento biomédico, Jota coloca seu corpo livre de conceitos e formulações biomédicas, deixando-o aberto a experimentações. Assim, procura em outros saberes suas técnicas de cuidado.

Ah, é uma coisa pavorosa, né. Pavorosa! Eu cheguei, falei aqui no escritório... é... no dia seguinte o sócio lá de Brasília me mandou um recipiente com avelos dentro, explicando, né, o que ele já tinha visto de cura lá do avelos e eu casquei avelos, não tive dúvida. Você se apega a qualquer coisa, né. Você se apaega em qualquer coisa. E daí... foi estudo, estudo, e ler e ler e tal e discute. De um você tem uma informação de outro, tem outra. O próprio Waldir que falou sobre o sucupira. O sucupira... eu tinha dores ósseas, assim, pequena, mas tinha. Tenho a impressão que o sucupira me ajudou, porque... pra dizer que não dói, dói um pouquinho aqui a sola do pé, mas a minha cintilografia tá boa... não tem mostrado evolução da doença. Enfim, os ossos estão dentro de uma situação normal pra minha idade. Então, eu vou... vou me agarrando aí, em tudo que eu posso e sempre com essa dificuldade, né. Cada vez que eu vou pra um médico eu tenho que me preparar como fazer a abordagem com ele, porque ele vai perguntar: - Como é que você tá

fazendo? Olha, vou te mandar tomar Zorotex... mas eu não tomo... não, aí começa a encher o saco, porra! Todos eles. E agora, precisa ficar discutindo com o médico toda vez que cê vai lá?

[...]

Olha, é... essa dorzinha no pé, enche o saco! E falo uma dorzinha, mas tem hora que enche o saco. Eu tava até... eu tava até mancando. Daí, eu comento lá com o caseiro lá no sítio lá... e ele falou: - Ô, mas eu comprei um remédio aí, tal... Me deu lá o ... Blosson parece que é o nome, Blosson... isso, aquele negócio, né. Passei. Cherei. Cãnfora. E fez um bem danado. E eu pô, eu conhecia a cãnfora lá do interior, né, muleque... muleque! Pô, cãnfora! E eu fui vê, importado da China. Esse tal de Blosson, aqui, com esse nome ocidental, mas veio lá da China. Quer dizer, aqui ninguém dá valor pra cãnfora! Daí eu fui na farmácia, aí: - Eu quero cãnfora... Ah tem... ela me deu um lá misturado com... com andiroba, sabe? Vários óleos. Rapaz, mas é bom! É bom, se tem qualquer dor, assim, e beleza! E eu fiquei pensando... daí eu fui verificar. Isso aqui a anvisa permite, se você pega um frasco num dá nem pra você identificar o princípio ativo dele. Então, tu permite, porque? Se você for por a cãnfora aí na sua farmácia, vem a anvisa e te leva. Agora, uma porra dessa aqui que... porque é estrangeira, que vem... eu não entendo!!! Num entendo esses critérios desses caras, mas fala o nome da Doutora aí.

[...]

Porque o óleo de copaíba... ele, ele me tirou as dores que eu tinha no testículo, porque aí eu acho que tinha a ver com o câncer mesmo. Ali não era a próstata, só. É... doía, doía de ter dificuldade pra andar. Outra coisa que tinha a relação sexual e... porra! Você fica num mato sem cachorro, né... se corre, o bicho pega... E daí, eu notei a atuação do óleo de copaíba nessa parte. Agora, ultimamente, quanto a questão da urina... É que também tem o seguinte, o óleo de copaíba ele tem um cheiro muito forte e, as vezes, até eu deixo de usar pra num ficar... cê tá num ambiente, né... aí cê se sente mal, você fala: - Pô, esse troço aqui eu num sei... ele tá produzindo um odor, né. Já, o óleo de mamona não tem... num percebo o odor... Pra mim foi uma bela descoberta, uma bela descoberta.

[...]

Ah, porque é gozado, né. Você sabe que a ... até hoje, num sei, quem sou eu pra falar sobre isso, não fiz curso de medicina, mas a gente não vê muita discussão a respeito da diferença de uma inflamação com a de um câncer. Se, imaginando, assim, que ambas tem origem atômica. No câncer, são os elétrons que ficam livres lá, sem se grudar nos prótons lá, e ficam soltinhos lá, provocando bagunça, né? Uma inflamação, eu quero crer que seja algo parecido, né... seja por uma contusão, uma coisa assim... e dá... talvez algum dia, eu imagino, eu não sei... Vão descobrir um relacionamento muito próximo entre as duas. Agora, essa aqui, rs... eu sou meio metido a besta... essa aqui, ela tem origens diferentes, vamos dizer assim, inflamação, normalmente, tem origem em pancada, em coisa... Daí, eu soube, por exemplo, que na Alemanha se estuda o uso de argila, que eu também fiz uso de argila e... gostei também. Argila, mas relativamente a contusões, quer dizer, não se faz muito em relação a câncer. Mas, quem sabe, aquelas forças ali, forças que vem da terra, né, acaba interferindo na energia, no corpo da gente e acertando os eletronzinhos, lá, que tão desparafusado, lá... é mais ou menos como a explicação da energia elétrica. Ela foi descoberta, todo mundo utiliza, mas não se estuda mais. Precisa continuar estudando. (Jota, 2012).

Ao deixar seu corpo aberto as experiências e fazer de si, seu próprio laboratório, Jota mostra uma via de conhecimento que se estabelece nesta relação. Um percurso que é mediado por suas percepções e indica uma autonomia no seu próprio cuidado, revelando, assim, uma nova relação consigo, à medida que, desenvolve o cuidado de si.

Num primeiro momento, pode parecer que esta forma de operar traduz uma automedicação, mas como diz Artaud (1983, p. 44) “Enquanto não conseguirmos suprimir qualquer uma das causas do desespero humano, não teremos o direito de tentar a supressão dos meios pelos quais o homem tenta se livrar do desespero.” Logo, é pela busca de tentar resolver sua angústia que o sujeito coloca seu corpo em experimentação, testando aquilo que faz sentido e desenvolvendo uma percepção mais apurada de si nesta nova relação com a doença.

2.3 O crescimento das práticas de cuidado não convencionais

A Associação de Medicina Complementar, uma coisa assim, e me chamou a atenção daí eu fui lá. E, falei:

- Doutor, eu queria fazer um tratamento assim, assado, sem me preocupar com o convencional, tal.

Ele me fez assim, no começo, né. Coisa que o cara hoje tem que fazer, né? Eu tive que assinar um documento reconhecendo que nenhuma daquelas terapias tinha comprovação científica e fomos em frente.

[...]

Se for acreditar no PSA, meu PSA estava 70, você enxerga bem? É isso, estava 70. Depois da terapia do calor caiu pra 49.

[...]

Daí, eu soube, por exemplo, que na Alemanha se estuda o uso de argila, que eu também fiz uso de argila e gostei também. Argila, mas relativamente a contusões, quer dizer, não se faz muito em relação a câncer. Mas, quem sabe, aquelas forças ali, forças que vem da terra, né, acaba interferindo na energia, no corpo da gente e acertando os eletronzinhos que estão desparafusados. É mais ou menos como a explicação da energia elétrica. Ela foi descoberta, todo mundo utiliza, mas não se estuda mais. Precisa continuar estudando. (Jota, 2012).

São inúmeras as razões que impulsionam o sujeito buscar outros saberes considerados não-biomédicos. De acordo com Giddens (2005), eles procuram estes tratamentos não só buscando alívio das dores crônicas e efeitos colaterais dos tratamentos químicos, mas também, pela necessidade de acolhimento e resolução de sua angústia.

A partir de 1960, este conjunto de práticas consideradas alternativas começam a ganhar espaço no cenário mundial. Elas fundiram-se com a nova visão de mundo trazida pelo movimento da contracultura no ocidente (BARROS, 2008). Este período consumou uma série de mudanças sociais as quais tiveram um implicação nas diretrizes políticas.

Cada cultura tem, certamente, uma série coerente de gestos de partilha [...] A função desses gestos, em sentido estrito do termo, é ambígua: no mesmo momento em que marcam o limite, abrem espaço de uma transgressão sempre possível. Esse espaço assim escondido e aberto tem sua configuração própria e suas leis: ele forma, para cada época, o que se poderia chamar o ‘sistema do transgressivo’ (FOUCAULT, 2011, p.271).

A busca pela ruptura com o sistema operante levou a uma crise política e cultural enfrentada pelos países no período pós-guerra fomentaram de forma mais contundente a crítica ao *status quo* da ciência, do conhecimento e da moral política/religiosa vigente, fundando as bases para a ruptura geral proporcionada pelos fundamentos do movimento alternativo. Na década de 1960 os indivíduos

desviantes acabaram se convertendo em grupos dirigentes em várias instâncias, tomando o poder e anunciando novas formas de coletivos políticos, estratégias de comunicação, concepções de arte e formas de acesso à cultura (ROSZAK, 1972).

No campo da saúde, este novo recorte de entendimento e crítica às ciências institucionalizadas acabou gerando uma abertura das ciências médicas tradicionais a novas formas de cura e práticas de cuidado. Segundo Luz (2005), o surgimento de novos modelos em cura e saúde a partir da segunda metade do século XX, sobretudo com o movimento social urbano denominado *contracultura*, desencadeado nos anos 60 e prolongado durante os anos 70 nos EUA e na Europa, incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica, e mesmo opostos a ela, numa atitude de rejeição cultural ao modelo estabelecido.

Pouco a pouco, outras tradições e campos de conhecimento populares começam a estabelecer métodos de tratamento e práticas de promoção de saúde. Este conjunto de práticas ancorados aos conhecimentos sistematizados das ciências médicas tradicionais passou a ser conhecido como medicina alternativa. Segundo Barros (2008), estas práticas são vistas como:

[...] especialidade médica, arte e ciência que trata e previne doenças, enquanto foca no empoderamento do paciente para criar uma condição ótima de saúde. Para além da ausência de doença, esse estado de saúde é um balanço dinâmico do físico, ambiental, mental, social e aspectos espirituais do indivíduo” (BARROS, 2008, p.132).

Neste sentido, práticas de cura e de prevenção de doenças que antes cabiam apenas a curandeiros populares e grupos minoritários passaram a fazer parte do rol de possibilidades da classe médica e sanitária, estreitando os limites e as margens entre a oficialidade e a marginalidade, numa espécie de “par de opostos no espelho epistemológico” (BARROS, 2008, p.176) com a medicina tradicional.

Se tivesse uma diretriz que protegesse as pessoas. Tipo, eu poder passar o bastão para outro médico. Assina um termo ali, entre eles: - olha, eu vou me permitir fazer essa preceituação, ou essa terapia, enfim, de modo que aquilo ali deixasse o outro confortável. Isso também não existe! Então, eu posso até compreender, sob o enfoque legal, jurídico, eu posso compreender a situação deles. Embora, sob o enfoque ético, não! O ético não poderia levar isso em consideração, mas por força das orientações normativas eles agem dessa forma e não questionam. Acham que tá tudo bem.

[...]

O governo precisa de criar mecanismos que não só faça um inventário da tecnologia existente, como também crie mecanismos pra tirar isso do papel. Isso em qualquer ramo da saúde e informática, enfim, precisa de criar uma política assim que muitas vezes a pessoa tem aquele conhecimento, mas na medicina tem essas travas legais que impedem até a divulgação.

[...]

Eu enxergo o médico como uma pessoa, um profissional engessado. Ele pode até dentro da consciência dele ter vontade de indicar outras terapias ou, enfim, deixar pelo menos, no mínimo, deixar a pessoa a vontade pra procurar outras terapias, mas ele não pode fazer isso, porque ele não pode sair do protocolo dele. (Jota, 2012).

A necessidade de inclusão e incentivo do uso dessas práticas podem auxiliar nos dilemas não resolvidos pelo modelo médico vigente uma vez que apontam para uma visão ampliada do processo saúde-adoecimento-cuidado. Estes outros olhares possibilitam dilatar as fronteiras biomédicas ao mesmo tempo que oferecem ao sujeito uma forma diferenciada de cuidado.

Segundo Luz (2005), é necessário perceber a existência de múltiplos sistemas complexos de saúde, que possuem um sistema simbólico e empiricamente estruturado em seis dimensões, a saber: uma cosmologia, uma doutrina médica, uma morfologia, uma fisiologia ou dinâmica vital, um sistema de diagnóstico e um sistema de intervenção terapêutica. Para este conjunto, a autora cunhou o conceito de *racionalidades médicas* (LUZ, 2005).

Este conjunto de práticas partem de uma relação mais extensiva com o corpo, rompendo a simples concepção de homeostasia - apresentada no modelo biomédico como uma dinâmica de estabilidade e instabilidade - e colocando o sujeito em uma zona afetiva de dinamismo com a vida. Simondon (2009) apresenta o conceito de *metaestabilidade* como forças que operam no sujeito de forma a colocá-lo em uma relação de movimento com o meio. Desse modo, não se trata apenas de buscar um equilíbrio, mas perceber o potencial de modificação que afeta nossa existência.

Tomando como base esta linha de pensamento, Canguilhem aponta que no campo da medicina ocorreu a necessidade do saber médico reconhecer nesta zona afetiva algo que afeta a fisiologia do sujeito, pois o sujeito não é um produto dado, mas em relação. Ele coloca:

A partir do último quarto do século XIX, a fisiologia começou a substituir a concepção do organismo como mecanismo compensador ou como economia fechada por uma concepção do organismo cujas funções de auto-regulação estão intimamente atreladas às funções de adaptação ao meio ambiente. Se a homeostase pode parecer, à primeira vista, comparável com a conservação espontânea, celebrada pela medicina clássica, ela, contudo, não pode ser considerada como isomorfa, uma vez que a abertura sobe o exterior é, doravante, considerada como

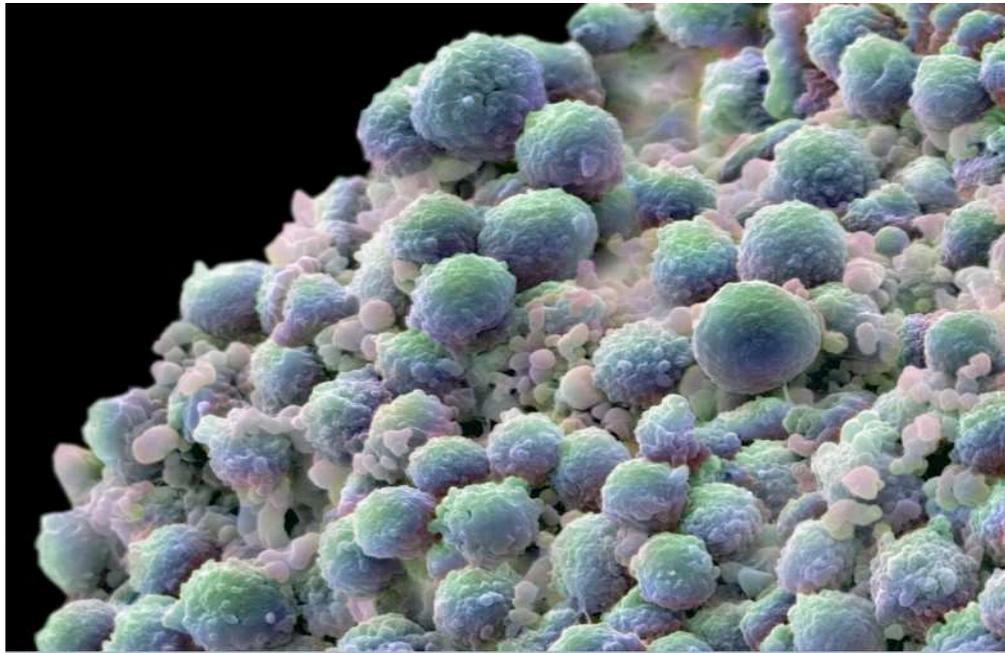
constitutiva dos fenômenos propriamente biológicos. (CANGUILHEM, 2005, p. 54).

O próprio pensamento médico passou a perceber que a noção de constante biológica, ora tendendo a instabilidade ora a estabilidade, não era suficiente para compreender o processo de adoecimento e que para entender o sujeito é preciso concebê-lo como um ser em transformação. Desse modo, muitas das práticas de cuidado consideradas como não biomédicas se tornam capazes de encontrar uma resolução a esta angústia por conceberem o processo de saúde-adoecimento como planos que se comunicam de forma *metaestável* em constante movimento. Assim, sendo possível uma nova relação com a vida a partir do encontro com a doença.

Deleuze (2002) define a vida *imanência da imanência*, pois ela não é interior nem exterior ao indivíduo mas uma relação que se materializa a medida que se atualiza. Para ele, a vida está na esfera das multiplicidades de atualizações e reconfigurações. Logo, pensar o corpo apenas por uma noção homeostática, uma necessidade de equilíbrio, exclui a experiência do adoecer e a própria possibilidade de reconfiguração do indivíduo.

Capítulo III

A angústia do adoecer



Ao depararmos com a imagem somos absorvidos para o interior de uma mutação e convidados a presenciar uma forma de destituição da normatividade biológica que ocorre por meio de uma proliferação celular. Ela indica uma transgressão da norma do corpo e revela a seu possuidor um movimento de escape, o que não significa um “abandono do que é para tornar outra coisa”, apenas mostra uma nova forma de sentir a vida (ZOURABICHVILI, 2004, p.24).

Trata-se de um movimento de libertar aquilo que até então parece aprisionado, informando ao sujeito, a necessidade de uma nova relação consigo e com aqueles que o cercam. Esta desconstrução da identidade que desconserta os sentidos é a fonte de sua angústia.

Neste capítulo, olharemos para o adoecimento com a intenção de trazer para perto a angústia do adoecer. Ressaltando como este encontro com a doença atravessa o sujeito em três planos: no primeiro, a mudança coloca-o frente a sua angústia; no segundo, indica uma possibilidade de ir de encontro consigo mesmo, e no terceiro, revela a necessidade de uma reconfiguração da própria vida.

²⁰ Imagem disponível em: <http://www.imparesonline.com.br/2013/01/ciencia-avanca-no-combate-ao-cancer-de.html>

3.1 O encontro com o desconhecido – a experiência da angústia

Quando certa manhã Gregor Samsa acordou de sonhos intranquilos, encontrou-se em sua cama metamorfoseado num inseto monstruoso. Estava deitado sobre suas costas duras como couraça e, ao levantar um pouco a cabeça, viu seu ventre abaulado, marrom, dividido por nervuras arqueadas, no topo de qual a coberta, prestes a deslizar de vez, ainda mal se sustinha. Suas numerosas pernas, lastimavelmente finas em comparação com o volume do resto do corpo, tremulavam desamparadas diante dos seus olhos.

O que aconteceu comigo? – pensou.

Não era um sonho. Seu quarto, um autêntico quarto humano, só que um pouco pequeno demais, permanecia calmo entre as quatro paredes bem conhecidas. (KAFKA, 1997, p.7).

Em seu romance, *Die Verwandlung*²¹, Franz Kafka descreve um processo de transformação que efetua-se por meio de uma desfiguração da imagem do sujeito. Uma modificação que carrega em si uma nova maneira de perceber e vivenciar a vida. Kafka nos traga para o interior desta experiência e nos convida a viajar por modos de percepção, que embora não sendo nossos, reluzem a intensidade desta mudança e a angústia desta metamorfose.

A obra de Kafka evoca uma aproximação intensa com a fala do Jota a qual nos permite adentrar a profundidade da sua experiência no instante em que vê seu corpo sendo transformado pela doença. Ele nos conta sobre seu adoecimento e a consequência em sua vida, passando de sua relação consigo ao universo à sua volta. Em seu discurso busca traduzir sua angústia possibilitando nos a perceber as dificuldades que precipitam no interior do adoecimento.

Desde 83 eu já tinha, eu sentia dificuldade, a urina não saía legal, né, tranquila. Naquele tempo, o jato da minha urina era fortíssimo, né. A bexiga firme, né. Então, a musculatura da bexiga era boa. Então, saía forte, mas era incomodativo. Mas naquele tempo, o tamanho da minha próstata, eu tinha foto, era normal, mas naquele tempo não existia o PSA²², por exemplo, para saber. Até essa aqui, em 97, também não tinha. Então, em 2005, eu fui, naquele tempo eu não tinha plano de saúde, eu fui no sistema público, para fazer uma vasectomia e daí, fizeram os exames, entre eles o PSA. O bichão já veio aqui, ó, com 70,3. É, esse aqui ó, o primeiro. E eu também não tinha ideia do que significava isso aqui. E foi aquela lengalenga e tal. Daí, em 2007, aí, então, eu já tinha convênio e fui fazer exame, quando eles me viram o PSA enorme, daí eles já me mandaram para biópsia. Em março, fizeram a biópsia. Mas assim, por acaso, vamos dizer assim, porque o

²¹ Em português: A metamorfose. Trad. Modesto Carone, 1997.

²² Antígeno prostático específico (PSA) é uma enzima (glicoproteína) com características de marcador tumoral, sendo utilizado para diagnóstico, monitorização e controle da evolução do câncer de próstata.

sintoma era basicamente o mesmo. Eu me lembro que eu já estava sentido o corpo um pouco esquisito, mas era uma coisa que não era muito perceptível não. Daí, nesse período em diante, esse período de 2007, eu até emagreci, fiquei meio..., acho que aí que ele veio com força né e eu me senti baqueado. Agora, você vê que a urina, a minha perda de urina, ela sempre foi monstruosa, tá vendo? 115.000 células para um normal de 10.000. Essa aqui abaixou, mas essa aqui ó 750.000... mas essa aqui... ah, é uma sangria, ó. Correu o risco de eu viver anêmico, né? E ela tá alta, ó... Aqui ela baixou, ó! 13, aqui ficou, mas depois voltou a aumentar de novo. E eu não sei é por conta da... merda da infecção da próstata ou aqui juntou infecção com câncer com tudo, não sei.

É, então, ao longo desse tempo todo, desde 83, foram 2 anos de tratamento que eu fiz, que foi assim. Eu vou até depois fazer uma outra abordagem. Eu sentia dor nas costas, a urina chata, tal, estava daquele jeito. A dor nas costas horrível, horrorosa. Doía mesmo, tinha dificuldade para dirigir até. E fiz o tratamento, o médico procurou, pesquisou 2 anos, não achou infecção nenhuma, nenhuma. (Jota, 2012).

O estranhamento na sensação corporal informa o início de uma mudança que, embora silenciosa, pouco a pouco desencadeia uma série de transformações que reverberam na vida do sujeito. Por desconhecer a causa e querer encontrar uma explicação para estes incômodos, o sujeito procura no médico uma figura para a mediação do seu processo, isto é, entre o seu sentir e o saber conferido ao outro. Mas, mesmo que ele obtenha o seu diagnóstico e concretize este desconforto, até então desconhecido, como doença, sua inquietação não é resolvida. Pois, não se trata apenas de objetivar suas percepções e categorizar o desarranjo que está acontecendo, mas de compreender uma experiência mais profunda que afeta sua própria constituição enquanto sujeito, a saber, a experiência da angústia.

Para aprofundar a reflexão, recorreremos ao pensamento de Gilbert Simondon pois, ao nosso ver, suas contribuições permitem percorrer outros caminhos, mais amplos e profundos. Segundo Combes (1999, p.6) “descolar Simondon de sua identidade de ‘pensador-da-técnica’, é uma condição necessária para seguir o curso de um pensamento do coletivo que vai apanhar na fonte da afetividade sua reserva de transformação”²³. Para ele, a afetividade desempenha um papel de mediação entre as funções perceptivas e ativas do sujeito em continuação com o meio. Logo, o indivíduo não apresenta-se como uma obra finalizada e idêntica a si, mas em processo de

²³ Original em francês: “Détacher Simondon de son identité de « penseur-de-la-technique », c’est là une condition nécessaire pour suivre le courant d’une pensée du collectif qui va puiser à la source de l’affectivité sa réserve de transformation.” (COMBES, 1999, p.6)

individuação²⁴. Isto é, o indivíduo tal como ele é, aparece como uma realidade relativa, pois ele “não é todo ser e porque ele resulta de um estado do ser que ele não existia” (SIMONDON, 2011, p.5).

Adentrando um pouco mais seu pensamento, Simondon (1958) define aquilo que atravessa o comum da relação como o transindividual - uma zona de afecção que possibilita ao sujeito experimentar a transitoriedade de sua constituição. Ele coloca que o indivíduo não é apenas resultado de sua individuação, mas contemporâneo ao meio de sua individuação e, nesta faixa de intersecção, onde termina o que se conserva e começa aquilo que faz modificar, o sujeito necessita desprender-se de si para perceber que enquanto vivente ele não é um projeto finalizado, mas aberto a transformações (SIMONDON, 2009).

Logo, pensar o sujeito contemporâneo é preciso compreender que ele é produzido ao mesmo tempo que seu objeto, ou seja, ele se forma na relação com o meio. Este entre que o atravessa e, simultaneamente, o faz desorganizá-lo e reorganizá-lo é aquilo que leva-o a experimentar sua angústia enquanto ser. Esta metamorfose identitária, que é a fonte de sua angústia, conduz o sujeito a um naufrágio, onde ele é posto face ao abismo de si. Esta experimentação de desfazer o eu e, que é intrínseca ao processo de individuação, é a intensidade que o permite reconfigurar. Consoante a Simondon (1985, p. 111), “na angústia, o sujeito se sente existir como problema posto a ele mesmo”²⁵ e na medida em que ele retorna para si e, experimenta este estado, ele lança um olhar retrospectivo sobre a própria vida.

²⁴ Individuação é um conceito que permeia toda a história da filosofia e busca descrever o processo da tomada de forma do indivíduo. Simondon (2011, p.1) coloca que “ existem duas vias segundo as quais a realidade do ser como indivíduo pode ser abordada: uma via substancialista, considerando o ser como consistindo em sua unidade, fundado sobre si mesmo, inengendrado, resistindo àquilo que não é ele mesmo; uma via hilemófica considerando o indivíduo como engendrando pelo encontro de uma forma e uma matéria. O monismo autocentrado do pensamento substancialista se opõe à bipolaridade do esquema hilemórfico. Mas há algo de comum nessas duas maneiras de abordar a realidade do indivíduo: ambas supõem que existe um princípio anterior a individuação, suscetível de explicá-la, de produzi-la, de conduzi-la.” Em sua teoria, Simondon recusa estas duas correntes filosóficas, pois ao seu ver, ambas buscam explicar o princípio de individuação a partir do próprio indivíduo já constituído. Para ele, subentende-se uma individuação em devir, pois a operação de individuação implica num constante movimento de atualização, logo, partir do indivíduo como um processo finalizado exclui todo um campo de possibilidades que se abrem na sua relação com o meio. Assim, o indivíduo e a individuação “deve ser então considerada como resolução parcial e relativa que se manifesta em um sistema portando potenciais e contendo uma certa incompatibilidade em relação a si mesmo.”(SIMONDON, 2011, p.2-3).

²⁵ Original em francês: “dans l’angoisse, le sujet se sent exister comme problème posé a lui-même” (SIMONDON, 1989, p.111).

Eu vejo o câncer como um bicho perigoso, mas não indomável. Eu sei que eu tenho que ter cuidado com ele. Eu, a minha consciência, é de que... não sei também se é por força de tudo que a gente lê e ouve, é que ele sempre fica instalado na pessoa, o que pode acontecer é ele diminuir a intensidade. Porque uma das explicações, né, por exemplo, se teu sistema tá alcalinizado, o câncer não encontra ambiente pra se manter ali. Então... Mas as vezes a gente descuida, né. Come ou bebe alguma coisa que torna o... o corpo pega alguma acidez... isso já tá alimentando ele, né. (Jota, 2012).

As modificações que ocorrem no sujeito no momento do adoecimento causam um estranhamento de sua própria constituição. É um conflito posto a ele que ramifica-se de forma subjetiva, informando uma necessidade de atualização de toda sua vida. A angústia do adoecimento faz o sujeito experimentar uma sensação de desespero de sua própria identidade, pois coloca o sujeito em contato com a desconstrução da imagem que fora, até então, instituída de si e que agora revela-se desconhecida. A angústia é esta força que o arranca de si conduzindo-o a uma nova individuação.

Este imenso enchimento do ser, esta dilatação sem limite que eleva todo refugio e toda interioridade traduzindo a fusão, ao interior do ser entre a carga da natureza associada ao ser individual e sua individualidade: as estruturas e funções do ser individuado misturam-se umas as outras e se dilatam... Se a prova da angústia pudesse ser suportada e experimentada o bastante, ela conduzirá a uma nova individuação ao interior do ser mesma a uma verdadeira metamorfose: a angústia já comporta o pressentimento deste novo nascimento do ser individuado a partir do caos que se estende.²⁶ (SIMONDON, 1989, p.113).

Logo, a angústia do adoecer permite ao sujeito vivenciar que o problemático nesta relação é seu próprio ser individuado²⁷, o qual precisa resolver uma tensão existencial que aparece com o rompimento de sua estrutura. Ela causa uma vertigem dos sentidos na medida que ocasiona uma desterritorialização²⁸ do próprio corpo. Conforme Simondon (1969, p. 115-116) "a angústia nasce de

²⁶ Original em francês: "Cet immense gonflement de l'être, cette dilatation sans limite qui élevé tout refuge et toute intériorité traduisent la fusion, à l'intérieur de l' être entre la charge de nature associe a l'être individuel et son individualité: les structures et les fonctions de l'être individué se mélangent les unes aux autres et se dilatent... Si l' épreuve d'angoisse pouvait être supportée et vécue assez, elle conduirait a une nouvelle individuation a l'intérieur de l'être même a une véritable métamorphose: l'angoisse comporte déjà le pressentiment de cette nouvelle naissance de l'être individué a partir du chaos qui s'étend." (SIMONDON, 1989, p.113)

²⁷ O indivíduo individuado, carrega em si uma porção de ser não individuado, uma área de indeterminação e possibilidades, que por meio de uma relação com o meio pode colocar em funcionamento. (SIMONDON, 1958)

²⁸ "O conceito de *desterritorialização* surge na filosofia de Deleuze e Guatarri, para designar uma operação-chave do processo de busca da imanência [...] a desterritorialização não é mais tanto essa força que os põe às voltas com o corpo sem órgãos, mas o movimento vertiginoso que assegura a passagem de um plano ou platô a outro, e a visão de uma

transformações que trazem ruptura nos ritmos do cotidiano" e ela apresenta uma possibilidade de abrir-se ao novo e resistir com a doença.

Nesta direção, a Medicina Moderna deveria considerar a experiência da angústia como um potente elemento da terapêutica, uma vez que, é a partir dela que o sujeito experiencia uma conversão do olhar em busca de uma consciência perceptiva sobre seu próprio processo. O sujeito vai ao encontro dele mesmo, sobre seus saberes e crenças, tendo a possibilidade de acessar dentro de si a vontade de querer estar aberto a uma outra forma de vida, a saber, os meios de coexistir com a doença.

Portanto, o médico não deveria descartar a angústia do adoecimento, mas deveria encará-la como um momento no qual o sujeito é posto diante uma destituição de sua identidade, que embora não calculáveis, refletem a profundidade deste novo que se abre com a doença. O adoecimento crônico não só deixa marcas sobre si, mas também permite uma conversão de olhar e possibilita ao sujeito perceber o movimento que o impulsiona a mudar. Desse modo, as intervenções devem servir como ponte, como uma possibilidade de travessia, aliviando o sofrimento e permitindo que o sujeito enxergue este novo relacional com a vida.

integração a ordenar séries de camadas simultâneas ou sucessivas, segundo regras que escapam ao poder da consciência." (SANTOS, 1997, p.87)

3.2 O novo relacional e a possibilidade do encontro consigo mesmo

Atordoar, enfraquecer, padecer, adoecer, fragilizar, enfermar, adoentar, em suma, o movimento descrito por meio dos inúmeros verbos denotam o estranhamento que acontece no corpo no momento do adoecimento. Um desvio na normatividade do estado da saúde que coloca o sujeito diante as fronteiras permeáveis do desconhecido.

A palavra doença advém do latim *dolentia* cuja raiz *dolens* significa dor. Tal concepção parte do princípio do organismo em conflito, trata-se de um movimento violento que impulsiona a perversão da própria identidade. Um desconforto que não só manifesta-se em dor física provocada pela mudança que circunscreve no corpo, mas de ordem emotiva e psicológica, que constitui o sujeito de sua mudança.

Porque no meu caso, caramba, agora tá aumentando o PSA? Tá aumentando, mas porque eu sinto que estou com uma hiperplasia, né. A próstata cresceu, ela está com...(pausa para procurar informação nos exames) peso prostático, tá aqui, estava com 48, lá em 97 e foi para 42, 49 e a última tem 63. Quer dizer, a próstata aumentou o tamanho, mas curiosamente a bexiga pós miccional, caiu. Que é, ou seja, aquela urina retida. Quer dizer, quando ela tá alta é sinal da presença do câncer, né?. (Jota,2012).

Ao perceber uma mudança no modo de sentir o corpo, o sujeito experimenta uma intensidade que o conduz ao recolhimento de suas sensações. Ao adentrar a profundidade do adoecimento, ele vivencia um estado de tensão que afeta sua constituição enquanto ser. Um problema de ordem afetiva que permite ao sujeito acessar um conhecimento de si, que não se dá apenas por um processo de racionalização, mas por uma esfera sensível das afecções. Segundo Deleuze (2009), um encontro intensivo que não elimina a mudança, mas permite mergulhar nela para que seja possível aprofundar e alargar a percepção.

Agora, nós sabemos perfeitamente que o nome, dos ditos, sintomas das doenças orgânicas são de fato os esforços que o corpo faz para informar os problemas patológicos profundos²⁹ (COMBES, 2002, p. 48).

²⁹ Original em francês: “Nous savons maintenant parfaitement que nombre des sois-disant symptomes de maladies organiques sont en fait les efforts que fait le corps, pour pallier des problemes pathologiques profonds.” (COMBES, 2002, p.48).

Perceber o adoecimento como um abalo que informa uma transformação mais profunda, é livrar seu corpo deste local de agenciamentos biomédicos, os quais definem suas fronteiras e criam espaços a serem povoados por seus determinismos biológicos. É perceber o adoecimento como oscilações que conferem dinamismo a vida, ora alargando seus limites e ora contraindo.

A coexistência com o adoecimento revela novos espaços, uma vez que, existe uma margem permeável em que é possível recriar outros horizontes, traçar linhas transversais, a saber, linhas de fuga. Traços estes que nos permitem fazer fugir, rumo a um desconhecido. Ao saltar este estado, o sujeito adentra uma nova realidade na qual é possível experimentar o excesso sobre o funcionamento do seu ser individuado. Consoante a Canguilhem (1975) o adoecimento revela uma oportunidade de conhecer-se para poder mudar.

Então, provavelmente, eu tenha, espero, é... um... um câncer muito mitigado, mas com certeza uma próstata grande, volumosa eu tenho. Agora... isso dá pra você conviver! Tem muita gente que tem a próstata grande aí e tá vivo. E... eu, eu mesmo assim, eu insisto, né. Eu passo óleo copaíba, né, pra dar mais conforto. É... esse final de semana, que é curioso... você... quando tem a ejaculação, ela fica irritada, né... fica irritada. Então, daí arde... então... rs, eu dei uma ejaculada, foi no domingo, na segunda e na terça eu estava com... com ardume. Agora, ontem a noite, isso eu já tinha passado, mas não tinha prestado muito atenção. Eu fale: - Hoje, eu só vou usar o óleo de mamona, que me ensinaram lá no Pará. Ontem, eu passei... olha, ontem eu fiz esforço físico, quer dizer, a tarde a bicha estava danada, né. Daí eu passei o óleo de mamona e dormi sossegado, porque o meu problema é pra dormir. Eu levanto até seis vezes durante a noite, quando ela tá ruim, né... e não sai, né, não sai. (Jota, 2012).

Jota esposa que o adoecimento possibilitou que ele desenvolvesse um conhecimento sensível de si, sobre suas necessidades e sobre suas inquietações neste coabitar com a doença. O fato da próstata estar grande não revela uma anormalidade, mas um diferente que escapa a própria norma, e possibilita perceber a vida por outra via.

Eu sou obrigado a levantar seis vezes, parece que de hora em hora. Você não consegue dormir. Fica bocejando o dia inteiro, né. E você levanta, vai lá e não sai. Perde o jato, não tem jato. Passei a mamona, aí já começou a ter o jato. Mas que beleza. Porque a bicha fica inchada, né. Ela fica inchada. E depois, a relação sexual, ela também... esforço físico... ontem eu fiz... sou doido pra ficar mexendo lá em telhado... rs, em coisa, né... Ontem, eu fui lá fazer um telhadinho lá em casa, numa parte lá, peguei... Fiquei a tarde inteira lá. Vixi, de tarde a bicha estava danada. Mas, daí, eu tomei banho e passei o óleo. Ah, vou experimentar, só esse óleo. Porque as vezes eu passava ele, passava óleo, óleo de copaíba. É... ele

também faz bem. Agora, é gozado, eu... o de mamona eu achei melhor ainda. O de copaíba, talvez, até, ele foi diferente porque eu acho que ele é mais anticancerígeno... eu até, depois eu vou... Pelo que você tá falando o óleo de mamona é anti-inflamatório, né?

[...]

Alimentação... Eu era muito carnívoro, né. Comia muita carne vermelha... hoje em dia eu como ainda, mas só de vez em quando, assim, um pouquinho, pra num perder o gosto, mas eu me preocupo com a carne... com a carne... eu gosto, eu sempre gostei, felizmente, de verdura e fruta, mas agora eu levo isso mais a sério. (Jota, 2012)

As restrições ocasionadas pelo adoecimento informam um novo relacional que o sujeito precisa reconhecer para poder mudar. Ao entrar em contato consigo ele adquire um conhecimento de seu processo que o possibilita escolher caminhos a seguir. Momento este que permite estabelecer uma ponte entre o conhecimento de si, a autonomia de seu cuidado e a busca por técnicas que possibilitem o cuidado de si. Desse modo, a doença implica uma conversão de olhar, de perceber a vida com outro enfoque e encontrar novas formas de relacionar consigo e com aqueles que o cercam.

Este atordoamento da forma de conceber a si, de se ver metamorfoseado em um mundo projetado pela funcionalidade das relações, não apenas implica num processo de transformação, mas num processo de rompimento de uma lógica de ver o mundo. Assim, ao superar sua angústia e mergulhar em si, o indivíduo retorna do caos concretizando um novo relacional, pois “é preciso que a dissolução das velhas estruturas e a redução em potencial das velhas funções sejam completas”³⁰(COMBES, 2002, p.49). A doença não é uma anormalidade, mas uma reconfiguração da própria norma da saúde. Canguilhem (2011, p.273)afirma que:

No sentido biológico, que é preciso começar a dar em seus termos mais gerais, a presença da norma implica a possibilidade de introduzir uma *margem de tolerância*, trata-se de um conceito essencialmente *dinâmico*, que não descreve formas paralisadas, mas as condições para a invenção de novas formas.

Neste contexto, a doença aparece como um impulso que nos força abandonar o que é dado, uma força que desapropria devido um abalo que ocorre no ordenamento orgânico e pelo seu caráter

³⁰ Original em francês: “Il faut que la dissolution des anciennes structures et la réduction en potentiel des anciennes fonctions soit complet.” (COMBES, 2002, p.49)

transgressor, ela se apresenta-se como um desvio a norma. Contudo, esta destruição da identidade territorial não significa sua aniquilação, pois é apenas uma mudança, que não está fora, mas constitutiva do processo. Neste sentido, o processo adoecimento é visto como um estado diferenciado, um salto qualitativo que toma outra via e leva mais longe que a precedente.

Os sintomas patológicos são a expressão do fato de as relações entre organismo e meio, que correspondem à norma, terem sido transformadas pela transformação do organismo, e pelo fato, de muitas coisas, que eram normais para o organismo normal, não o serem mais, para o organismo modificado (CANGUILHEM, 2011, p.128).

Um desordenamento do corpo que implica na desestruturação de todo o organismo e na transformação do próprio sujeito. O adoecimento faz emergir uma linha que nos permite escapar, criando interferências nos padrões do corpo e possibilitando uma nova forma de reconfigurar-se. A como uma força que desordena e permite a criação de uma outra ordem, a doença como *devir*. Para Deleuze (1996) *apud* Zourabichvili (2004):

Devir é nunca imitar, nem fazer como, nem se conformar a um modelo, seja de justiça ou de verdade. Não há um termo do qual se parta, nem um ao qual se chegue ou ao qual se deva chegar. Tampouco dois termos intercambiantes. A pergunta 'o que você devém?' é particularmente estúpida. Pois à medida que alguém se transforma, aquilo em que ele se transforma muda tanto quanto ele próprio. Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, de núpcias entre dois reinos (p.8).

Falar na doença como devir, é dizer que ela não tem uma finalidade e não está presa aos determinismos do sujeito-saúde. Ela permite um novo habitar jamais conhecido e possibilita uma transfiguração do sujeito. No entanto, por desconsiderar o *devir*, o pensamento biomédico age com agressivos tratamentos como forma de reconciliação da identidade e uma reabilitação do mesmo, pois a doença é tida como um sair do padrão e uma ameaça à racionalidade humana. As intervenções nesse sentido não agem em busca da transformação desta angústia, mas de adaptação e tolerância ao social. O que fazem é uma reafirmação do negativo, e ao agir nesta direção descartam o que se move, permanecendo na rigidez do que é objetivado

É por meio das estratégias de cuidado que o médico pode auxiliar na transformação no sujeito, pois ao ser afetado, ocorre no sujeito uma conversão do olhar para si em direção a uma consciência perceptiva sobre o próprio processo. O sujeito é posto ao encontro consigo mesmo,

sobre seus saberes e crenças, tendo a possibilidade de acessar dentro de si a vontade de querer escapar, de buscar um novo e estar aberto a uma outra forma de vida.

Quando o cuidado de fato é efetuado, ele permite o sujeito mergulhar em si e descobrir novas formas de convívio com o corpo que emerge a partir de sua vivência com a doença, pois esta não é externa a ele, as reside no seu interior. Por fim, conhecer a si é um ato de meditação, é ir no profundo, é repousar e perceber que as linhas não são traços determinados mas planos que se atualizam e informam que é preciso alargar nossa percepção frente as forças que nos tensionam.

Diante disto, o sujeito busca em outras práticas de cuidado uma maneira de perceber-se em estado de mudança de forma que sua angústia seja aliviada e permita coexistir com o novo sujeito modificado neste encontro com a doença. Pois estar em relação com a doença é experimentar um excesso sobre o si para que seja possível um relacional novo (COMBES, 2002). É mudar a forma de operar e se reconfigurar diante do desconhecido que se abre. É ver os abalos na saúde como uma possibilidade de ir além em sua existência, para além de uma conservação e preservação de forma.

Considerações Finais

A proposta do texto foi realocar para o interior do pensamento médico a relação saúde-adoecimento-cuidado para além de uma concepção mecanicista, reapresentando à luz da experiência do adoecer. Por meio de um estudo de caso, procuramos dar concretude ao discurso de um sujeito com câncer com a intenção de olhar o convívio e as transformações que o adoecimento abre em sua vida. O encontro entre a perspectiva do sujeito e a do pesquisador disparou uma escrita plural possibilitando, assim, percorrer diversos temas no campo da medicina, muitas vezes abrindo caminho e propondo questões as quais não pretendiam evocar um resposta, mas antes disto, instigar uma reflexão.

Ao nosso ver, a Biomedicina afastou-se da arte do pensar, dando lugar a operacionalização de suas ações e uma conseqüente despersonalização do sujeito. Os postulados cartesianos que ainda hoje balizam e fundamentam o pensamento biomédico são insuficientes para conceber o cuidado, uma vez que, a dicotomização do sujeito e a ausência de percepção para as reverberações subjetivas mostram uma contradição no interior deste modelo. Por um lado, vemos um grande avanço tecnológico que possibilita realizar diagnósticos mais complexos, e por outro, um olhar insatisfatório para os sintomas do sujeito, ocasionando uma secundarização do seu cuidado.

A negligência do cuidado e a insatisfação diante da terapêutica biomédica emergem no momento que o sujeito percebe que o desconforto produzido pelo adoecimento não está sendo suavizado e apenas se restringe a uma reabilitação medicamentosa. A abolição do elemento subjetivo coloca o próprio corpo em um espaço a ser colonizado por signos e saberes que condiciona o sujeito a uma exclusiva forma de cuidado. Esta operação revela uma tensão entre a sensação do sujeito e o agir do médico.

De modo geral, conceber o adoecimento contemporâneo é preciso saber que sua pluralidade sintomática revela formas de convívio diferenciadas com ele, assim, é preciso olhar a experiência do sujeito de forma a potencializar o cuidado. A Biomedicina precisa considerar o processo de subjetivação, isto é, escutar a narrativa do sujeito como um caminho para conceber sua terapêutica, pois não basta sanar os danos orgânicos, mas resolver a angústia que se instaura no momento do adoecimento. Desse modo, a ciência médica precisa pensar novas formas de observação do sujeito e

reconhecer nas outras racionalidade médicas uma potente via de subjetivação do processo terapêutico.

No exercício de pesquisador, praticado nestes dois últimos anos, de questionar, de buscar compreender e de descobrir novos problemas, buscamos interlocuções com os pensamentos de Canguilhem, Foucault, Simondon e outros tantos autores, para adentrar a complexidade da problemática e provocar reflexões sobre a prática médica. Foi no encontro com Jota pudemos perceber o invisível que permeia todo exercício de poder biomédico e o confronto existente no momento em que ele se nega ao tratamento. Pela intensidade de suas vivências e por seu discurso contestador ele transforma-se num homem em excesso, isto é, ele dispara importantes reflexões para pensar este modelo de cuidado e a finalidade de suas ações.

Esta dissertação abriu caminhos para se pensarmos a profundidade do adoecimento crônico e as implicações deste na vida do sujeito. Não tivemos, neste texto, a pretensão de apresentar uma solução ao adoecimento, porém buscamos ampliar o horizonte da terapêutica mostrando as possibilidades de alívio a partir das experimentações do sujeito. O ponto aqui foi ouvir sua angústia e, a partir daí, rever as intervenções médicas.

Seguindo o pensamento simondoniano que perpassa a escrita desta dissertação, é preciso dizer que o adoecimento é um problema posto ao próprio sujeito. Ele mostra-se como uma possibilidade do sujeito transformar sua vida. Uma possibilidade de sair de um estado individuado para adentrar o transbordamento do seu ser. Esta experiência da angústia é a força que faz tensionar as estruturas consolidadas de si e mostrar outros modos de sentir a vida.

Então, antes de finalizarmos este texto deixamos aqui ao leitor o convite para olhar com mais profundidade o campo dos encontros. Ao aceitarmos a transitoriedade das coisas percebemos o adoecimento como uma força que nos conduz a outros estratos, permitindo sentir a vida por uma outra via e, possibilitando, assim, um novo relacional.

Referências Bibliográficas

ACHTEBERG J. A imaginação na cura – Xamanismo e medicina moderna. Tradução de Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Summus; 1996. 236p. v.1. Título no original: Imagery in healing.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.12, pp. 2234-2249. ISSN 0102-311X.

ANTUNES JLF. Medicina, Leis e Moral: o pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930). São Paulo: Fundação Ed. nesp; 1999. 304p. v.1.

ARTAUD, A. Escritos de Antonin Artaud. Tradução de Cláudio Willer. Porto Alegre: L&PM, 1983. 86 p. v. 1.

BARROS NF de. A construção da medicina integrativa. Um desafio para o campo de saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores; 2008.v.1.

BARROS NF, TESSER CD. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*. 2008; 42 (5):914-920.

BATESON G. Autobiographie d'un schizophrène. Paris: Payot; 1976. 318p. v. 1.

BERGSON H. Memória e Vida. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes; 2006. 96 p, v. 1. Título no original: Mémoire et vie

BERGSON H. Duração e simultaneidade. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes; 2006. 250p. v. 1. Título no original: Duration et simultanéité.

BERGSON H. A evolução criadora de Bergson. Curso ministrado por Gilles Deleuze em Saint-Cloud, 1960.

CABE J, *Sociology of Health & Illness*. LONDON: Routledge, 1991. Vol. 33 88p.

CANGUILHEM G. O normal e o patológico. Tradução de: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. 277p. v. 1. Título no original: Le normal et le pathologique.

CANGUILHEM G. *Écrits sur la médecine*. Paris: Éditions du Seuil; 2002. 125p. v. 1.

CANGUILHEM G. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: J. Vrin; 1989. 414p, v. 1.

CANGUILHEM G. *La connaissance de la vie*. Paris: J. Vrin; 1975.

- CAMARGO JUNIOR KR. A biomedicina. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 1997; 7(1): 45-68.
- CAPRA F. O ponto de mutação. Tradução de: Álvaro Cabral. São Paulo: Ed. Cultrix ;1987. 432p. v. 1. Título no original: The turning point.
- CHALHOUB S. (org). Artes e ofícios de curar no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp; 2003. 428p. v.1.
- CHARON R. *Analyzing Narrative Reality*. New York: Oxford University Press; 2006. 261p. v.1.
- COMBES M. L'acte fou. *Multitudes*. 2004; 4(18): 63-71.
- COMBES M. Une vie à naître. In : P. Chabot (org.) *Annales de l'institut de philosophie et des sciences morales*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin; 2002. 208p. v.1.
- COMBES M. Do transindividual, do inseparável. In: Encontro Informação, tecnicidade, individuação: A urgência do pensamento de Gilbert Simondon, 2012, Campinas. Conferência de abertura. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Estadual de Campinas, 2012. (Manuscrito não publicado).
- COMBES, Muriel. *Simondon individu et collectivité : pour une philosophie du transindividuel*. Paris: PUF, 1999. 128p. v.1.
- DELEUZE G. Imanência uma vida. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. *Philosophie* 1995; 47(1): 3-7.
- DELEUZE G. Gilbert Simondon, l'individu et sa genèse physico-biologique. In: D. LAPOUJADE (org.) *L'île déserte et autres textes*. Paris: Minuit, 2002.
- DELEUZE G. Crítica e clínica. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34; 2011. 176p. v.1. Título no original: Critique et clinique.
- DELEUZE G. Diferença e repetição. Tradução de Luis Orlandi e Roberto Machado. São Paulo: Ed. Graal; 2009. 437p. v.1. Título no original: Différence et Répétition.
- DELEUZE G, GUATTARI F. O que é a Filosofia?. Tradução: Bento Prado Junior e Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. Xxp. v.1. Título no original: Qu'est-ce que la philosophie ?
- DELEUZE G, GUATTARI F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Tradução: Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995a. 96 p. v.1. Título no original: Mille Plateaux: capitalisme et schizophrénie.
- DELEUZE G, GUATTARI F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Tradução Ana Lúcia de Oliveira. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995b. 96p. v.2. Título no original: Mille Plateaux: capitalisme et schizophrénie.

CORBANEZI, E. Vida e Técnica: ressonâncias do pensamento de Canguillem em Simondon. Revista informática na educação: teoria e prática. 2012; 15 (1): 85-99.

FOUCAULT M. A hermenêutica do sujeito. Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes; 2011. 506p. v1. Título no original: L'herméneutique du sujet.

FOUCAULT M. Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. 493p. v1. Título no original: Dits et écrit.

FOUCAULT M. Microfísica do Poder. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 295 p. v 1.

GIDDENS A. Sociologia. Tradução de Sandra Regina Netz 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. 600p. v.1. Título no original: The sociology.

GOULART, F. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o Sistema Único de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Organização Mundial da Saúde. (2011).

GUATTARI F, ROLNIK S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1996. 327p. v1.

JARDIM, AFC. Como sair da ilha da minha consciência: Gilles Deleuze e uma crítica à subjetividade transcendental em Edmund Husserl [Tese - Doutorado] Universidade Federal de São Carlos; 2007.

ILLICH I. A expropriação da saúde - Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1981. 210 p. v1.

KAFKA F. A metamorfose. Tradução de Modesto Carone. São Paulo: Companhia das Letras; 1997. 104 p. v.1. Título no original: Die Verwandlung.

LEWIS CS. A abolição do homem. Tradução de Remo Mannarino Filho São Paulo: Martins Fontes; 2005. 95p. v1. Título no original: The Abolition of man.

LAPLANTINE F. Antropologia da doença. Tradução de Valter Lellis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes, 2011. 274p. v.1 Título no original: Anthropologie de la maladie.

LUZ MT. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1979. 295p. v.1.

LUZ MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no final do século XX. Physis. 2005; 5(1): 145-176.

MIGLIORIN C. Ensaios do real – o documentário brasileiro hoje. Rio de Janeiro: Azougue Editorial; 2010. 251p. v. 1.

POINCARÉ H. O valor da ciência. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Editora Contraponto; 1995. 173p. v. 1.

RIESSMAN CK. Narrative Methods for the Human Sciences. California: Sage Publications, 2008. 250p. v1.

ROSA JG. Primeiras estórias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988. 160p. v.1.

ROSZAK T. A contracultura: reflexões sobre a sociedade tecnocrata e a oposição juvenil. Tradução de Donaldson M. Garschagen. Petrópolis: Vozes; 1972. 180p. v.1.

SANTOS BS. Um discurso sobre as ciências. Porto, Afrontamento: 2002. v.1.

SANTOS LG. Rumo a uma nova terra “Verso una nuova terra”. Aut aut, Milano. 1997; 277: 85-92.

SENRA S. Perguntar não ofende. Disponível em: <http://stellasenra.wordpress.com/2012/06/07/perguntar-nao-ofende/>.

SIMONDON G. L'individu et sa genèse physico-biologique. Paris: Presses Universitaires de France, 1964.

SIMONDON G. A individuação à luz das noções de forma e de informação: Introdução. Tradução de Pedro P. Ferreira e Francisco A. Caminati. Revisão de Laymert Garcia dos Santos. Campinas: CTEME; 2011.

SIMONDON G. La individuación a la luz de forma y información. Ediciones La Cebra y Editorial Cactus. Buenos Aires; 2009.

SIMONDON G. El modo de existência de los objetos técnicos. Tradução: Pablo Rodríguez. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2008. 139 p. v. 1. Título no original: Du mode d'existence des objets techniques.

SIMONDON G. Gilbert Simondon - O indivíduo e sua gênese físico-biológica. Tradução: Tradução de Luiz Benedicto Lacerda Orlandi. Revue philosophique de la France et de l'étranger. 2008; 156 (1-3): 115-118.

SIMONDON G. Les limites du progrès humain. Cahiers Philosophiques. Paris: Centre National de Documentation Pédagogique; 1990. n.42, p. 07-14, 1990.

SIMONDON G. Du mode d'existence des objets techniques. Paris: Aubier; 1969. 130 p. v. 1.

SIMONDON G. L'individuation psychique et collective: à la lumière des notions de Forme, Information, Potentiel e t Métastabilité. Paris: Aubier; 2007. 276 p. v. 1.

SONTAG S. A doença como metáfora. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Edições

Graal, 1984. 54p. v. 6. Título no original: Illness as metaphor.

SPADACIO C, BARROS NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42 (1): 158-164.

VENTURA MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*. 2007; 20 (5): 383-386.

VIVEIROS DE CASTRO E. O nativo relativo. *Mana*. 2002; 8(1): 113-148.

YIN RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. Porto Alegre: Artmed; 2008. 212 p. v.1.

ZOURABICHVILI F. O vocabulário de Deleuze. Tradução de André Telles. Centro Interdisciplinar de Estudos e Tecnologias de Informação. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas-UNICAMP, Campinas, 2004. Título no original: Le vocabulaire de Deleuze.

ANEXO I



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Convidamos você a participar da nossa pesquisa: “**A doença como devir – microfendas que se abrem para o conhecimento de si e possibilidades de reconfigurações na vida do sujeito**”. As informações contidas neste documento serão fornecidas pelo pesquisador responsável: **Janir Coutinho Batista** (Mestrando em Saúde Coletiva) a qual fará a apresentação deste TCLE e pelo **Prof. Dr. Nelson Filice de Barros** (Orientador).

Este estudo tem como objetivo analisar teórico-conceitualmente a relação sujeito-saúde-adoecimento-cuidado para compreender os motivos que levam uma pessoa com o diagnóstico de câncer a buscar formas de cuidado não convencionais.

Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, você será considerado participante. O participante responderá a uma entrevista sobre as impressões da doença, o histórico e a trajetória percorrida em busca de tratamentos. A entrevista será gravada, transcrita e as respostas ficarão sobre a responsabilidade do pesquisador principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas.

Na pesquisa qualitativa habitualmente não existe desconforto ou riscos físicos. Entretanto o desconforto que o participante poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar. Nestes casos, ressalta-se que o participante não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas na entrevista, se sentir que tal informação é muito pessoal ou sentir desconforto em falar. Não há métodos alternativos de obtenção da informação objetivada neste estudo. Ressalta-se a possibilidade de não haver benefícios diretos, bem como benefícios esperados com o conhecimento gerado. Não há previsão de indenização/reparação de dano. O participante receberá cópia do presente documento.

O pesquisador responsável o acompanhará e assistirá quando você precisar durante este estudo ou quando você solicitar para quaisquer problemas ou dúvidas a respeito do mesmo. Contato com o pesquisador: Pós-graduando Janir Coutinho Batista, e-mail janirbatista@hotmail.com, telefone (19) 97578676. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, situado na Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas - Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP, fone (019) 3521-8936, Fax (019) 3521-7187, e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Você tem a garantia de esclarecimentos antes, durante e depois da realização deste estudo. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do mesmo. Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento e caso deixe de participar por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo. Nós, os pesquisadores prometemos resguardar todas as suas informações acerca da pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

Consentimento: Eu, _____, RGno. _____, certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelo pós-graduando Janir Coutinho Batista, pesquisador responsável na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar da pesquisa **A doença como devir- microfendas que se abrem para o conhecimento de si e possibilidades de reconfigurações na vida do sujeito**. Dispensio o recebimento de qualquer auxílio financeiro, além do ressarcimento das despesas causadas pela participação na pesquisa. Declaro que recebi uma cópia deste documento.

Campinas, _____ de _____ de 2012.

Nome: _____

Assinatura do Voluntário: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ANEXO II



49(2)

2012

ISSN 0524-2053



In Memoriam

- 79 Sydney Abrão Haje: modelo de competência profissional e humanística
Caio Fernando Vicente da Silva

Editorial/Editorial

- 80 Revisões sistemáticas da literatura
Taís Freire Galvão

Artigos Originais/Original Articles

- 82 Tempo decorrido entre o primeiro contato com a unidade de nefrologia e o início da diálise em pacientes com insuficiência renal crônica
Flávia Gomes de Campos, Dilson Palhares Ferreira, Rodolfo Archanjo de Souza Emídio, Ana Caroline de Melo e Barros e Fábio Herbert Borges Santos
- 87 Estudo da morbimortalidade em pacientes com trauma hepático
Olival Cirilo Lucena da Fonseca Neto, Rogério Ehrhardt e Antônio Lopes de Miranda
- 93 Resultados em ciclos de fertilização *in vitro* de acordo com a faixa etária feminina
Bruno Ramalho de Carvalho, Manoela Porto Silva Resende, Hitomi Miura Nakagava, Iris de Oliveira Cabral, Antônio César Paes Barbosa e Adelino Amaral Silva

Artigo Especial/Special Article

- 98 Hipotensão pós-exercício: influência da modalidade e intensidade do exercício sobre as respostas hipotensoras agudas
Rafael Rodrigues de Sousa Frois, Pedro Henrique Pereira Barbosa, João Bartholomeu Neto, Ricardo Yukio Asano, Lillian Alves Pereira, Yasmim Santiago de Araújo e Leonardo Almeida Cavalcanti

Artigo de Revisão/Review Article

- 104 Planejamento e execução de revisões sistemáticas da literatura
Camila da Silva Gonçalves, Cecília Muzetti de Castro, Michele Mazzocato Bonon, Pedro Mourão Roxo da Motta, Andréia Benati Dahdal, Janir Coutinho Batista, Márcio Sussumu Hirayama, Sílvia Miguel de Paula Peres e Nelson Filice de Barros

Educação Médica/Medical Education

- 111 Aplicabilidade da educação a distância na educação médica continuada
Kleyton de Carvalho Mesquita, Josenilson Antônio da Silva e Ana Carolina de Souza Machado Igreja

Estudos de Caso/Case Reports

- 118 *Myasthenia gravis* e gestação: relato de caso e discussão sobre manejo durante gravidez, parto e puerpério
Miriam da Silva Wanderley, Ana Carolina Samaan Werlang e Lívia Custódio Pereira
- 125 Tratamento cirúrgico da dilatação cística das vias biliares em adultos
Olival Cirilo Lucena da Fonseca Neto, Moacir Cavalcante de Albuquerque Neto e Antônio Lopes de Miranda
- 131 Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel para tratamento de hiperplasia endometrial complexa com atipias celulares: relato de caso
Baltasar Melo Neto, Giuliano da Paz Oliveira, José Andrade de Carvalho Melo Júnior, Isadora de Melo Castro, Marina Sousa Carvalho e Sabas Carlos Vieira
- 135 Advanced breast cancer at diagnosis: role of patients' inadequate attitudes
Vitorino Modesto dos Santos, Ricardo Ferreira Coelho de Miranda, Diogo Wagner da Silva de Souza, Anna Gabriela Oliveira Camilo e Milena Priscila Aragão Pereira Pinto
- 138 Acrocórdon de vulva: relato de dois casos
Parizza Ramos de Leu Sampaio, Anderson de Azevedo Damasio, Diego Fraga Rezende e Lorene Laiane Ferreira da Silva
- 142 Volvo do íleo em torno de cordão fibroso do divertículo de Meckel
Wendel dos Santos Furtado, Diego Antônio Calixto de Pina Gomes Mello, Vitorino Modesto dos Santos, Wilian Pires de Oliveira Júnior e Walter Ludvig Armin Schroff

Instruções para Autores / Instructions for Authors



Revista Científica da Associação Médica de Brasília



Planejamento e execução de revisões sistemáticas da literatura

Camila da Silva Gonçalo, Cecília Muzetti de Castro, Michele Mazzocato Bonon, Pedro Mourão Roxo da Motta, Andréia Benati Dahdal, Janir Coutinho Batista, Márcio Sussumu Hirayama, Sílvia Miguel de Paula Peres e Nelson Filice de Barros

RESUMO

Objetivo. Tendo em vista que as revisões sistemáticas da literatura têm sido a principal fonte de informação para adoção da prática baseada em evidências, e que são escassas as publicações nacionais que orientem o processo de sua elaboração, o artigo apresenta as etapas de planejamento desse tipo de revisão.

Método. Apresenta-se a narrativa detalhada de todas as fases da realização de revisões sistemáticas da literatura.

Resultado. É exposto um roteiro do processo de elaboração de revisões sistemáticas da literatura composto de onze etapas sucessivas e complementares.

Considerações finais. Considera-se que este delineamento de estudo propicia conhecimento preciso, sistematizado, com base em critérios rigorosos e método consistente, além de momentos de validação interna durante sua execução.

Palavras-chave. Revisão; saúde coletiva; revisão por pares.

ABSTRACT

Planning and execution of systematic literature reviews

Objective. Considering that systematic literature reviews have been the main source of information for the adoption of evidence-based practice and that there are few national publications to guide the process of

Camila da Silva Gonçalo – cirurgiã dentista, doutoranda, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Cecília Muzetti de Castro – educadora física, mestranda, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Michele Mazzocato Bonon – psicóloga, mestranda, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Pedro Mourão Roxo da Motta – fisioterapeuta, mestrando, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Andréia Benati Dahdal – enfermeira, mestranda, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Janir Coutinho Batista – educador físico, mestrando, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Márcio Sussumu Hirayama – fisioterapeuta, doutorando, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Sílvia Miguel de Paula Peres – cientista social, pós-doutoranda, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Nelson Filice de Barros – cientista social, doutor, coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil



Correspondência: Nelson Filice de Barros. Laboratório de Práticas Alternativas Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis), Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, n.º 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, CEP 13083-887, Campinas-SP. Telefones: 19 35219240 e 19 35218036.

Internet: camilagoncalo@gmail.com



Recebido em 20-5-2012. Aceito em 15-6-2012.

Os autores declaram não haver potencial conflito de interesses.

preparing systematic literature reviews, this article presents the steps for planning and executing this process.

Method. *We present a detailed account of all the phases required for the completion of a systematic literature review.*

Results. *We present a roadmap of the process of developing a systematic literature review composed of eleven successive and complementary stages.*

Final considerations. *It is considered that this study design provides accurate, systematized knowledge based on rigorous and consistent methodology, as well as moments of internal validation during its execution.*

Key words. *Review; public health; peer review*

INTRODUÇÃO

O campo da saúde se depara hoje com um contexto amplo de publicações disponíveis, que apresentam metodologias variadas e níveis de complexidade distintos. Por esse motivo, surge a necessidade do emprego de ferramentas que sintetizem informações sólidas oriundas de múltiplas fontes, que possam auxiliar na tomada de decisões embasadas em evidências científicas consistentes.^{1,2}

Muitos recursos metodológicos têm sido usados com finalidade de compilar resultados de estudos independentes sobre a mesma base temática, entre eles, a revisão sistemática da literatura, que produz sínteses concisas sobre uma questão específica, já que é conduzida de modo que identifica, analisa e reúne dados procedentes de fontes diversas e independentes sobre o mesmo assunto.³

De acordo Perissé e colaboradores,⁴ “revisão sistemática é a aplicação de estratégias científicas que limitem o viés de seleção de artigos, avaliem com espírito crítico os artigos e sintetizem todos os estudos relevantes em um tópico específico”. Segundo Ciliska e colaboradores,⁵ “revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica. A revisão sistemática difere da revisão tradicional, uma vez que busca superar possíveis vieses em todas as

etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas; avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos das pesquisas”. Para Lima e colaboradores,⁶ “revisão sistemática é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. Ela tem como princípios gerais a exaustão na busca dos estudos analisados, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, podendo quantificar o efeito dos tratamentos por meio de técnicas estatísticas”.

Pádula e colaboradores⁷ apontam três características fundamentais para que uma revisão sistemática da literatura seja considerada de boa qualidade. Primeiramente deve-se reunir toda a evidência disponível até o momento mais recente. Em segundo lugar, deve-se avaliar a qualidade dos estudos individualmente e, finalmente, em terceiro lugar, devem-se resumir os resultados dos estudos encontrados. Nos casos em que a revisão sistemática da literatura não apresente as três características citadas, recomenda-se cautela na interpretação dos resultados, pois estes podem apresentar distorções da realidade.

No modelo da prática baseada em evidências, existe uma escala de avaliação da força de evidência científica. Tal escala é frequentemente chamada de “pirâmide de evidência”, e a revisão sistemática da literatura se encontra em seu topo, junto às metanálises. Esta posição privilegiada reflete o grau de confiança dos resultados das revisões sistemáticas e metanálises, fato que se relaciona diretamente com a qualidade metodológica desses dois tipos de estudos. De outro lado, do ponto de vista da prática baseada em evidência, a revisão narrativa, por apresentar grau de confiança reduzido – característica inerente ao próprio método dessa revisão –, muitas vezes não é considerada na pirâmide de evidência ou, quando considerada, se localiza nos estratos mais próximos à base da pirâmide, posição que corresponde a estudos de baixo grau de confiança.⁸

A revisão narrativa consiste na elaboração de uma ampla análise sobre um tema, em virtude de



apresentar a discussão de dados à luz de uma teoria ou de um contexto, como também para integrar visões de campos de pesquisa independentes.⁹ Geralmente não descreve explicitamente os procedimentos e critérios utilizados nas estratégias de busca, na seleção ou análise dos estudos incluídos na pesquisa, o que dificulta a avaliação e a reprodutibilidade dos trabalhos desenvolvidos, impossibilitando a aplicação dos resultados na prática clínica.⁸

Sendo assim, a revisão sistemática da literatura constitui um tipo de delineamento metodológico que reúne estudos primários e sintetiza rigorosa e amplamente todas as pesquisas disponíveis sobre um tópico particular, e todo o processo ocorre com o cuidado de evitar vieses que possam favorecer conclusões errôneas.² Além de uma questão clara, a revisão sistemática da literatura realiza e descreve explicitamente as fontes de dados consultados, as estratégias de busca – palavras-chave utilizadas e combinadas –, o critério de seleção dos estudos, o critério de avaliação dos estudos incluídos e a síntese dos dados colhidos, podendo também ser desenvolvida como metanálise.¹⁰

Metanálise é o método estatístico que combina a evidência de dois ou mais estudos originais. Assim, a revisão sistemática da literatura pode ser conduzida com metanálise ou não. Nesse tipo de estudos, são utilizados os dados da revisão sistemática da literatura, porém estes são submetidos à análise estatística. Portanto, o delineamento experimental, as hipóteses dos estudos originais e os resultados devem ser similares para que seja criada uma base de dados homogêneos, que permita, desse modo, a análise estatística, procedimento que configura a chamada revisão sistemática da literatura com metanálise ou simplesmente metanálise.¹¹

Diante do exposto, a revisão sistemática da literatura permite a produção de evidências científicas, pois declara sistematicamente as etapas de sua condução, além de incluir momentos de validação do processo de sua execução.

O presente artigo tem como objetivo apresentar, de modo esquemático, porém detalhado, as principais etapas para a realização da revisão sistemática

da literatura segundo a experiência dos pesquisadores do Grupo de Estudos de Revisão Sistemática da Literatura (GERSL), do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

MÉTODO

Etapas para realização da revisão sistemática da literatura.

1) Definição do tema. A primeira etapa para a realização da revisão sistemática da literatura é a definição do tema de interesse. Para isso, é necessário entrar em contato com o assunto por meio de leituras e entrevistas exploratórias dos estudos preexistentes. A *leitura exploratória* pode ser realizada de várias maneiras, ou seja, busca genérica nas bases de dados científicos (Pubmed, Embase, SciELO, Medline entre outras), ferramentas de busca na internet (Google, Bing, Yahoo) bem como em material bibliográfico chamado de “literatura cinza”, que inclui livros, anais de congressos e outras fontes. Outra forma de investigar o tema de interesse são as *entrevistas exploratórias* com docentes e investigadores especializados no tema de interesse. Os especialistas podem auxiliar ampliando o olhar sobre o campo, na medida em que fornecem informações sobre o universo a ser pesquisado, expondo os resultados, procedimentos, problemas e vieses a serem evitados.¹² A exploração do tema de interesse tem como propósito verificar sua relevância, bem como identificar se há necessidade da realização da revisão sistemática da literatura. Nesse momento, o pesquisador será capaz de identificar o mérito do seu trabalho com base nas seguintes premissas: (a) O tema já foi estudado? O fato de o tópico já ter sido estudado é um indício favorável para a elaboração da revisão sistemática da literatura, pois revela que há material disponível a ser revisado, ou seja, há estudos primários que já foram conduzidos e publicados, fato que possibilita a síntese das evidências e atende ao princípio básico da revisão sistemática da literatura; (b) já existem revisões sistemáticas da literatura atuais sobre o tema de interesse? Em caso positivo, deve-se analisar sua qualidade metodológica. Caso a revisão sistemática

da literatura em questão seja reconhecida pela comunidade científica como um estudo que oferece evidências suficientemente fortes e que apresente a compilação de estudos primários reconhecidos como de alto grau de confiabilidade,¹³ não há necessidade de conduzir nova revisão. Entretanto, do contrário, configura-se a necessidade de realização da revisão sistemática da literatura. A qualidade dos estudos primários a serem incluídos na revisão sistemática da literatura reflete-se diretamente na qualidade dessa revisão. Desse modo, vários critérios podem ser adotados para a avaliação do rigor metodológico dos estudos primários, tais como a escala Jadad.^{14,15}

2) Formulação da pergunta de pesquisa. É importante ressaltar que a formulação da pergunta de pesquisa representa um passo fundamental na construção da revisão sistemática da literatura, uma vez que orientará todo o processo de busca do material relacionado ao tema proposto. Não há uma ordem ou um caminho específico a ser seguido, ou seja, o pesquisador decide se primeiramente formula a pergunta e, em seguida, avalia os atributos do material encontrado (busca exploratória), verificando se esse material permite resposta satisfatória à questão estabelecida ou se realiza o processo inverso. No primeiro caso, a pergunta emerge da leitura do conteúdo resultante da busca exploratória e, no segundo caso, o pesquisador propõe uma pergunta e parte para realizar a busca.

3) Elaboração do delineamento de pesquisa. Essa etapa consiste na elaboração do delineamento da revisão sistemática da literatura, ou seja, trata-se do delineamento da metodologia a ser adotada para responder à pergunta de pesquisa. O pesquisador deverá identificar e selecionar as bases de dados disponíveis sobre o tema. Esta seleção tem o propósito de eleger as fontes de pesquisa mais adequadas ao objetivo da revisão sistemática da literatura. É necessário determinar as palavras-chave, considerando-se a pergunta inicial e o tema da pesquisa. Ressalta-se que elas podem estar denominadas de formas diferentes nas diversas bases de dados, sendo imprescindível a adoção de termos que permitam a recuperação do maior número possível de material. Nesse contexto, a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)

oferece o uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DecS) e o Pubmed, do mesmo modo, apresenta o *Medical Subject Headings* (MESH). As estratégias de busca do material variam de acordo com as bases de dados escolhidas, por isso é necessário dominar a interface da(s) base(s) em que se pretende recuperar o material, pois, elas apresentam recursos distintos para realização das buscas. Outro procedimento importante é o estabelecimento dos critérios para seleção do material a ser considerado na revisão sistemática da literatura, que determinam a inclusão ou exclusão dos estudos em virtude da coerência com relação à pergunta da pesquisa. Desse modo, pode-se, incluir ou excluir estudos, material ou dados de acordo com o método empregado como, por exemplo, a inclusão apenas de estudos clínicos controlados randomizados.

4) Condução de buscas independentes. Considera-se busca independente o levantamento executado nas bases de dados por dois ou mais pesquisadores distintos. Tal procedimento visa a conferir melhor qualidade à revisão sistemática da literatura, pois cada pesquisador deve realizar buscas individuais segundo as estratégias delineadas no item 3. Ressalta-se que esse é o primeiro momento de validação do material encontrado, sendo, portanto, a fase de produção de listas independentes que contém título e resumo do material identificado.

5) Identificação dos achados. De posse das listas os pesquisadores farão a comparação entre seus achados e, havendo concordância, passa-se para a etapa 6. Caso haja discordância, é necessária uma reunião de consenso, procedimento que consiste na leitura de todo material levantado pelos pesquisadores no intuito de verificar e eliminar as diferenças. Nesse contexto, o consenso é obtido quando os pesquisadores entram em um acordo referente ao material selecionado, produzindo uma lista única, que representa o universo dos achados a serem estudados, porém, ainda de forma genérica.

6) Aplicação dos critérios de seleção dos achados e justificção das possíveis exclusões. A partir do estabelecimento de uma lista única os pesquisadores aplicarão os critérios de inclusão e exclusão que foram constituídos na etapa 3.

**7) Avaliações independentes dos textos completos.**

Esta etapa representa o segundo momento de validação dos achados, em que os pesquisadores farão uma nova reunião de consenso sobre os conteúdos a serem incluídos e excluídos, com produção de uma lista definitiva. É importante ressaltar que a partir dessa etapa trabalha-se com textos completos, de forma que os pesquisadores farão a leitura integral dos textos considerados para a revisão sistemática da literatura, visando-se a verificar a adequação do material à pergunta que será respondida.

8) Análise crítica e avaliação dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura.

Nesta etapa, os pesquisadores analisarão se os métodos utilizados, os resultados obtidos e as conclusões relatadas atendem aos objetivos propostos pelos estudos incluídos. Ressalta-se que os pesquisadores nesse momento podem deliberar novas exclusões a fim de obter o fechamento do universo de dados a serem trabalhados. A análise crítica tem como objetivo verificar a qualidade metodológica dos estudos incluídos e compará-la com os níveis de evidência científica. Visando-se à excelência na elaboração da revisão sistemática da literatura, sugere-se a aplicação do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* para avaliar a qualidade do material considerado. O CASP é um instrumento desenvolvido pela *Public Health Resource Unit* da Inglaterra para auxiliar na interpretação da melhor evidência disponível com base em pesquisas conduzidas e publicadas no campo da saúde.¹⁵ Em caso de revisão sistemática da literatura composta de estudos puramente clínicos, sugere-se a classificação dos achados de acordo com os graus de evidências científicas mais frequentemente reconhecidos e respeitados pela comunidade científica, como, *Levels of Evidence by Centre for Evidence Based*

Medicine,¹⁶ *GRADE*.¹⁷ Como citado anteriormente, além da classificação e análise por meio dos níveis de evidência, pode-se avaliar a qualidade individual dos estudos considerados na revisão sistemática da literatura por meio da Escala Jadad.^{14,15} É importante destacar que cada área do conhecimento define o que é evidência de acordo com pressupostos ou critérios específicos.¹⁸

9) Extração e organização dos achados. Para realizar a extração dos dados é necessária a releitura na íntegra do material definitivamente incluído, a fim de conhecer o universo de informações publicadas, visando-se a organizar os achados para responder a pergunta da revisão sistemática da literatura. Uma forma de organização dos dados é a construção de planilhas compostas das categorias (pré-concebidas ou que emergem dos achados), que podem ser organizadas com base no ano de publicação do material, nos autores, na instituição onde o estudo foi conduzido, no objetivo dos estudos, nas características metodológicas empreendidas, nos principais desfechos, nas peculiaridades e em outros eventos.

10) Análise, interpretação e discussão dos achados.

Com base nas categorias estabelecidas e das planilhas construídas, os achados são analisados, interpretados e discutidos, do ponto de vista quantitativo, com análises estatísticas e gráficos e ou qualitativo, com desfechos clínicos, locais de publicação, instituições, periódicos de publicação e outros.

11) Relatório final e publicação.

Após o cumprimento de todas as etapas da revisão sistemática da literatura, um relatório final é elaborado, podendo ser publicado nos periódicos de divulgação científica.

RESULTADOS

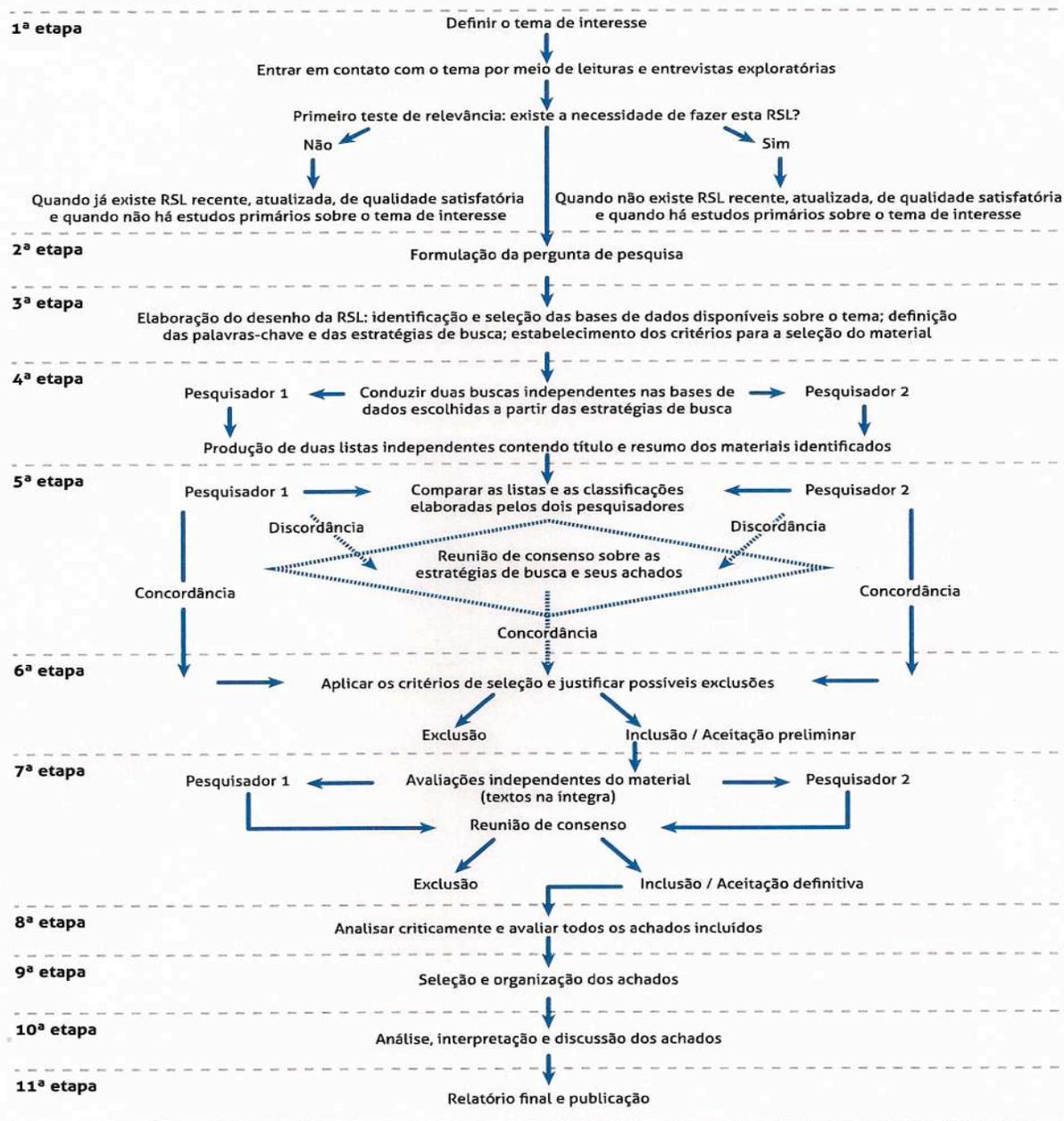


Figura. Fluxograma do processo de revisão sistemática da literatura (RSL)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo relata as principais etapas para a realização da revisão sistemática da literatura segundo a experiência dos pesquisadores do Grupo de Estudos de Revisão Sistemática da Literatura (GERSL), que está inserido no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Tendo em vista que as revisões sistemáticas da literatura têm sido a principal fonte de informação para adoção da prática baseada em evidências e que são escassas as publicações nacionais que orientem o processo de sua elaboração, o GERSL/Lapacis tem se dedicado ao desenvolvimento de revisão sistemática da literatura e à sistematização das suas etapas.

Considera-se que este delineamento de estudo propicia conhecimento preciso, ou seja, sistematizado e fundamentado em critérios rigorosos e método consistente, além de momentos de validação interna durante sua execução e, por isso, é de extrema relevância no direcionamento da prática fundamentada em conhecimento científico.

Agradecimento. À Cristiane Spadacio, doutoranda em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelas contribuições e pelo auxílio na revisão da versão final do manuscrito. ✦

REFERÊNCIAS

1. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1 Pt 1):102-6.
2. Justo LP, Soares BGO, Kalil HM. Revisão sistemática, metanálise e medicina baseada em evidências: considerações conceituais. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(3):242-7.
3. Silveira RCCP. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
4. Perissé ARS, Gomes M da M, Nogueira SA Revisões sistemáticas (inclusive metanálises) e diretrizes clínicas. In: Gomes MM (Org.). *Medicina baseada em evidências: princípios e práticas*. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2001. p. 131-48.
5. Ciliska D, Cullum N, Marks S. Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions. *Ev Based Nurs*. 2001;4(4):100-4.
6. Lima MS, Soares BGO, Bacaltchuk J. Psiquiatria baseada em evidências. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):142-6.
7. Padula RS, Pires RS, Alouche SR, Chiavegato LD, Lopes AD, Costa LOP. Análise da apresentação textual de revisões sistemáticas em fisioterapia publicadas no idioma português. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(4):281-8.
8. Nobre M, Bernardo W. *Prática clínica baseada em evidência*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
9. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med*. 1997;126(5):376-80.
10. Whittemore, R, Knalfl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
11. Oxman AD, Guyatt GH. Guidelines for reading literature reviews. *CMAJ*. 1988;138(8):697-703.
12. Quivy R, Campenhoudt LV. *Manual de investigação em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Gradiva; 1992.
13. Oxford. Levels of evidence by Centre for Evidence Based Medicine (March 2009) [acesso 1 Jun 2012]. Disponível em: www.cebm.net/index.aspx?o=4590.
14. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ *et al*. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996;17(1):1-12.
15. Olivo SA, Macedo LG, Gadotti IC, Fuentes J, Stanton T, Magee DJ. Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Phys Ther*. 2008;88(2):156-75.
16. Levels of Evidence by Centre for Evidence Based Medicine (March 2009) [acesso 10 maio 2012]. Disponível em: www.cebm.net/index.aspx?o=4590.
17. The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). [acesso 10 maio 2012]. Disponível em: <http://www.gradeworkinggroup.org/>
18. Broom A, Adams J. *Evidence-based healthcare in context. Critical social science perspectives*. Farnham, United Kingdom: Editora Ashgate; 2012.