

**Um Cheiro de Moxa no Ar:
Terapias Naturais, Integrativas e Complementares nos
Serviços Públicos de Saúde em Niterói-RJ.
Que Saúde, Que Cuidado?**

Doutoranda: Maria Aparecida dos Santos
Orientadora: Márcia Moraes

Niterói

Setembro de 2016

S237 Santos, Maria Aparecida dos.

Um cheiro de moxa no ar : Práticas Integrativas e Complementares no SUS de Niterói. Que Saúde? Que Cuidado? / Maria Aparecida dos Santos. – 2016.

146 f.

Orientadora: Marcia Oliveira Moraes.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2016.

Bibliografia: f. 138-146.

1. Saúde. 2. Cuidado. 3. Racionalidade. 4. Prática de saúde pública. 5. Política de saúde. 6. Sistema Único de Saúde (SUS). 7. Terapias Complementares. I. Moraes, Marcia. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

Maria Aparecida dos Santos

**Um Cheiro de Moxa no Ar:
Terapias Naturais, Integrativas e Complementares nos
Serviços Públicos de Saúde em Niterói-RJ.
Que Saúde, Que Cuidado?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Dra. Marcia Oliveira Moraes

Niterói

Setembro de 2016

Maria Aparecida dos Santos

Um Cheiro de Moxa no Ar:
Terapias Naturais, Integrativas e Complementares nos
Serviços Públicos de Saúde em Niterói-RJ.
Que Saúde, Que Cuidado?

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Departamento de Psicologia da
Universidade Federal Fluminense, como requisito
parcial para a obtenção do título de Doutora em
Psicologia.

Banca Examinadora:

Prof. Doutora Marcia Oliveira Moraes
(Orientadora) Universidade Federal Fluminense

Prof. Doutor Ronald João Jacques Arendt
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Doutora Heliana de Barros Conde Rodrigues
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Doutora Silvana Mendes Lima
Universidade Federal Fluminense

Prof. Doutora Laura Cristina de Toledo Quadros
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Não se faz uma tese sozinha!

Muitas mãos me apoiaram de forma generosa no caminho. Isto, por si só, me fez uma pessoa melhor. Agradeço imensamente ao meu irmão André Luiz que foi meu principal protetor, apoiador de cada passo do caminho e me deixou estruturalmente o mais confortável e segura para que eu cumprisse todas as oportunidades do doutorado e amplio este agradecimento a sua esposa Arlinda. Agradeço ao meu grande amigo, companheiro espiritual de muitas vidas, André Alfradique que cuidou da minha saúde com acupuntura, moxa e conversas búdicas que me encheram a alma de brilho. Agradeço, de maneira especial, a minha prima Valéria que fez longas leituras amorosas da tese, em voz alta, nos dias em que minha visão já não estava tão boa. Agradeço a querida Raquel Rodrigues, uma pessoa singular, lingüista que aceitou trocar cuidados interessantes: revisão do texto por terapias naturais. Agradeço aos meus filhos Mariana, Luciana e Ariom que me apoiaram como bons companheiros nestes quatro anos. Agradeço aos meus sobrinhos Júlia e Arthur, ao meu irmão Kike, a minha cunhada Idenir e aos meus amigos que tiveram a paciência e respeito de aguentar minha pouca presença entre eles. Agradeço postumamente a minha mãe que me ensinou a ter responsabilidade, coragem, ética e determinação. Ao meu pai “o Velho de Rio”, a Raquel e aos meus irmãos de Curitiba sou agradecida pelas histórias contadas, os teatros e filmes feitos em família – Ô gente criativa! Em especial, agradeço a Ana Cláudia Figueiró, que me acolheu na sua equipe da Fiocruz, incentivou meus estudos e deu sentido ao que é ser amiga. Agradeço a Márcia Moraes minha querida orientadora e as companheiras do grupo de estudos das quartas-feiras que mostraram as múltiplas versões do pensar. Obrigada colegas. Foi muito divertido!

Agradeço a Liliane, que em meio ao doutorado me deu um presente: deu a luz a minha neta Nailah a quem dedico esta tese.

“Nailah! Vovó espera contar muitas histórias para você!”

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AJ – Acórdãos Judiciário

ACSs – Agentes Comunitários de Saúde

AB – Atenção Básica

AP – Atenção Primária

APS – Atenção Primária de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CID – Código Internacional de Doenças

CFM – Conselho Federal de Medicina

CMI – Complexo Médico Industrial

CMSN – Conferência Municipal de Saúde de Niterói

CRM – Conselho Regional de Medicina

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DAB/SAS – Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde

DASE / PROAES – Departamento de Atenção à Saúde do Estudante / Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis

EEAAC – Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa

ESPUM - École de Santé Public de l'Université de Montréal

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HMA – Hospital de Medicina Alternativa

IHB - Instituto Hannemaniano do Brasil

LASER – Laboratório de Avaliação DE Situações Endêmicas Regionais

INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MT&C - Medicina Tradicional e Complementar

MT – Medicina Tradicional

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

MNPC – Medicina Natural e Práticas Complementares

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPIC – Núcleo de Estudos das Práticas Integrativas e Complementares

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PICs – Práticas Integrativas e Complementares

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TAR – Teoria do Ator Rede

UBSS – Unidades Básicas de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNIPAZ – Universidade Internacional da Paz

QUADROS

Quadro 1: Relação de profissionais autorizados para a prática destes serviços

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 PRIMEIRO MOVIMENTO: O TEMA E O PROBLEMA.....	14
1.1 Terapeutas naturais e médicos dos pés descalços	14
1.2 Metodologia.....	20
1.3 O contexto político das práticas não biomédicas.....	30
1.4 Fios em nós	41
2 SEGUNDO MOVIMENTO: PARTOS, PADRES E CURANDEIROS.....	48
2.1 As PICs entre reais controvérsias	48
2.2 O incômodo do parto natural.....	57
2.3 As PICs ... Entre saberes, lutas e resistências.....	63
2.4 Os sanitaristas em paz com as PICs.....	70
2.5 As PICS...entre os saberes estrangeiros e nacionais.....	73
2.6 As PICS e o estrangeiro: colonizados desfazemos de nós?.....	79
3 TERCEIRO MOVIMENTO: MEMÓRIA, SILÊNCIO E RESISTÊNCIA.....	88
3.1 Por que lembrar?.....	88
3.2 As PICS por Niterói: o cheiro de moxa no ar.....	91
3.3 Tempos de PICs no Caramujo: Que saúde, que cuidado, que racionalidades médicas?.....	114
4 QUARTO MOVIMENTO: APRENDIZADOS E INSCRIÇÕES NO DOUTORADO.....	128
4.1 Inscrições.....	129
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
6. REFERÊNCIAS.....	138

RESUMO

SANTOS, Maria Aparecida. Um Cheiro de Moxa no Ar: Terapias Naturais, Integrativas e Complementares nos Serviços Públicos de Saúde em Niterói-RJ. Que Saúde? Que Cuidado? Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

A Política das Práticas Integrativas e Complementares, do Ministério da Saúde do Brasil, desde 2006 solidifica-se no Sistema Único de Saúde (SUS). A intenção deste trabalho é mostrar como a dinâmica da relação de poder dos saberes hegemônicos e não-hegemônicos faz aparecer e desaparecer o serviço dos centros de saúde. Tais dinâmicas compostas de múltiplos interesses são aqui mediadas por narrativas de pessoas que viveram intensamente a experiência de atuar nestas práticas no SUS, nas décadas de 1900 e 2000, em Niterói-RJ. Procurando um cheiro de moxa no ar de Niterói, este trabalho foi atravessado pela pergunta: Que saúde? Que cuidado? Procurou encontrar respostas e fazer análises na utilização do ferramental qualitativo da História Oral e da Teoria do Ator-Rede por versões não oficiais. Encontrou múltiplas racionalidades de saúde e de cuidado que norteiam as Práticas Integrativas e Complementares na rede de saúde brasileira.

Palavras-Chave: Saúde; Cuidado; Racionalidades Médicas; Práticas Integrativas e Complementares

Abstract

Brazil's Ministry of Health's policy of Complementary and Integrated Practices has, since 2006, been consolidated into the Single System of Health (SSH). This work intends to show how the dynamics of power relations that take place between hegemonic and non-hegemonic types of knowledge are responsible for the appearance and/or disappearance of such services at the health centers. Such dynamics, composed of multiple interests, are presented in the text by people (and their narratives) who lived intensively the experience of using these practices within the SSH, in the decades of 1990s and 2000s, in Niterói, RJ. In search of a smell of moxibustion in the air of the city, this work was characterized by the questions "Which type of health?", "Which type of care?". The intention was to try to find answers and propose analysis with the use of qualitative instruments found in Oral History and in the Theory of Net Player, instead of utilizing the official versions. As a result, multiple health and care rationalities have been found, being used as parameters to the Complementary and Integrated Practices in the Brazilian health system.

Keywords: Health; Care; Medical rationalities; Complementary and Integrated Practices

INTRODUÇÃO

Buscando encontrar o cheiro da moxa no ar de Niterói, esta pesquisa de doutorado baseou-se na memória oral, em pistas disponibilizadas por narrativas construídas por profissionais que viveram ativamente um período em que Niterói serviu de exemplo de envolvimento com as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nas policlínicas de saúde do SUS, nas décadas de 1990 e 2000. O trabalho apresenta como, em rede e por paixão, servidores, gestores, usuários e comunidade fizeram acontecer uma realidade potente das PICs na saúde pública de Niterói, seu quase esquecimento e os esforços para uma coexistência de racionalidades distintas de saúde e de cuidado na rede de saúde brasileira.

Nos entremeios das narrativas, reflexões são articuladas na tentativa de desfazer os nós estabilizados em interesses políticos pelo caminho. Meu pai, o “Velho do rio”, ensinou-me desde muito cedo que o bom pescador tem um cuidado amoroso com sua tralha¹ e exercita a calma meditativa quando desata os nós das redes de pesca e faz novas costuras onde buracos surgem no exame com *olhos detalhantes* e com a sensibilidade dos dedos e digitais como *olhos tateantes* que seguem as linhas quase inaudíveis da rede. E se pergunta: o que a rede quer me dizer? Foi mais ou menos isso o que aconteceu nesses quatro anos de trabalho de pesquisa. Fui ao mar todos os dias. Encontrei dias bons, dias ruins entre tempestades e bonança. 1.460 dias meditando sobre o tema, coletando material, trocando escuta, acolhendo, estudando, aprendendo.

Assim, carreguei a minha caixa de tralhas com o ferramental da história oral de Portelli, Rodrigues e Pollak. Afinal, uma contadora de histórias, filha do meio do “Velho do rio”, haveria de encontrar pérolas pelo caminho nas narrativas coletadas. Carreguei mais uma vez a caixa de tralhas com o pessoal da Teoria do Ator-Rede de Callon, Latour, Law, Mol, Despret, Moraes, Arendt. Convidei as companheiras do grupo de pesquisa de todas as quartas-feiras e tantos outros bons encontros me ajudaram a seguir os rastros das pequenas marcas deixadas pelo caminho das histórias contadas.

Desta maneira, ao longo do tempo fui exercitando a escrita de textos, pois uma das coisas que eu queria aprender no doutorado era escrever artigos. Entendo que isto não seja algo nobre a se apreender de um doutorado. No entanto pensava: qual lugar melhor

¹ Tralhas: conjunto de material importante para a pesca.

para exercitar em acertos e erros uma escrita acadêmica se não na academia e acompanhada por uma orientadora e por outros professores e colegas? E por sorte, fui acolhida por uma equipe da Fiocruz como assistente de pesquisa. Assim, o doutorado me ajudou na Fiocruz e ambos me ajudaram a amadurecer no doutorado como pesquisadora. Escrever artigos? Ainda estou aprendendo.

No caminho entre algo estabilizado e outra margem estabilizada percebi que teria de atravessar um terreno muito instável e perigoso. Portanto, não teve desvio. Carregada com as minhas tralhas para conduzir o texto convidei o leitor para comigo fazer uma travessia por dentro de uma areia movediça e chegar ao outro lado, sempre com a calma do pescador, porém sem qualquer estabilidade do solo. Uma experiência que pode ser boa para todos. Ou não. Só passando por ela para dizer ao final. Assim, organizei a tese em quatro movimentos.

No primeiro movimento apresento o tema, o problema, o cheiro de moxa no ar e o desencontro com este. A busca pela metodologia que pudesse apoiar uma viagem para fora de centro de saúde que escolhi como campo: a metodologia qualitativa utilizando a Teoria do Ator-Rede (TAR) e a História Oral como ferramental. Esta *desterritorialização* obrigatória me fez pensar no pesquisador de fronteira como método de pesquisa. Com esta disposição, deixei revelar uma pesquisadora insegura, meio cega, tateante, meio enamorada do caos, mas sempre curiosa e corajosa. Uma pesquisadora aberta aos encontros, reflexiva nas histórias contadas pelo diplomata brasileiro Ricardo Primo Portugal ao assistir um espetáculo de dança sobre as escrituras chinesas, sensível aos sentimentos que brotavam como um poema escrito no canto de uma pintura, em nanquim. Em uma articulação tento mostrar para o leitor como a filosofia da saúde na racionalidade oriental pode ser pensada com a lógica do cuidado de Mol, e a normatividade vista por Canguilhem.

No segundo movimento o texto apresenta um percurso de histórias vividas por nós dentro do movimento das PICs pelo Brasil. De lugar em lugar no tempo, encontra-se as PICs com o “desbunde” da contracultura, na chegada dos imigrantes orientais e como conseguiram transladar seus conhecimentos entre nós, no estabelecimento cada vez mais potente do modelo biomédico, no fortalecimento das indústrias bioquímicas de medicamentos. Com os Acórdãos Judiciários, a cidade de São Paulo foi exemplo de como o Brasil empurrou para a periferia o cuidado mais suave da cultura popular e

chamou o seu saber de curandeirismo. Entre partos e discussões com padres e fiscais do Conselho Regional de Medicina-CRM, entre São Paulo, Niterói, Colatina, Rio Quente e o meu retorno a Niterói, dentro deste caldo movediço, as PICs borbulharam para tudo remexer. Encontros com interlocutores como uma etnobotânica que estuda os erveiros e mateiros da Mata Atlântica trouxe reflexões sobre como no Brasil vemos a propagação nas clínicas do SUS das práticas tradicionais orientais e não as brasileiras. Isto nos remete à poesia de Chico Buarque de Holanda e ao Norte colonizador que em nós habita... “ai esta terra ainda vai cumprir seu ideal, ainda vai tornar-se um imenso Portugal!”. E entre chás e bolos é apresentada uma conversa de amor fraternal entre as primas Maria *Dente de Leão* e Valéria *Estrela de Aniz* que refletem como a Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e as PICs modificaram a vida de quatro mulheres envolvidas com a saúde.

No terceiro movimento acontece um mergulho em Niterói. Nas histórias contadas por Vânia *Marapuama*, Ana *Capim Cidreira*, Fátima *Camomila* discute-se como o sistema de saúde, em certo momento, possibilitou a participação ativa delas, abrindo espaços na Atenção Básica para as PICs ou ao contrário, elas abriram espaços para novas ações de cuidado e visão de saúde para o SUS. Nas narrativas, o serviço se torna um exemplo de cuidado ampliado e integrado de saberes e de “convênios extraoficiais”, como na história em que a médica fez parceria e passou a encaminhar pacientes portadores de erisipela para o senhor que rezava e curava, no bairro do Caramujo. Em meio a atividades de acupuntura, moxa, Reiki, danças, horta de ervas, discute-se questões como: a participação dos usuários na falta do Estado; a forma de gestão e a dúvida sobre as condições dos gestores para acolher este tipo de cuidado; avaliações dos serviços e o repasse de verbas para sua manutenção; Ato Médico, e a influência do Complexo Médico Industrial colados nas PICs. Isto nos fez pensar e desenrolar os nós para compreender o quase desaparecimento desta atividade no SUS de Niterói.

O quarto movimento é composto por sugestões dos narradores para que as PICs voltem a fazer parte de Niterói com uma participação mais comprometida, amarrada ao ensino de saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF). Apresenta as inscrições construídas durante a tese deixando marcas como pistas pelo caminho e novos encontros com sinais para o futuro. As considerações finais levam o leitor novamente à terra firme. Ao menos momentaneamente.

1 PRIMEIRO MOVIMENTO: O TEMA E O PROBLEMA

1.1 Terapeutas naturais e médicos dos pés descalços

Venho trabalhando com Terapias Naturais há trinta anos. Um tempo onde a idéia sobre estes terapeutas (terapeutas alternativos) era atravessada pela referência dos “médicos dos pés descalços”. Esses foram terapeutas orientais, camponeses, da China pós revolução de 1966, que cuidavam da sua comunidade e não tinham formação acadêmica, pois, recebiam ensinamentos sobre cuidados na forma tradicional: oralmente, de mestre para discípulo. Tais terapeutas tiveram um papel importante na sociedade chinesa porque estavam mais próximos das comunidades e conseguiam manter uma referência cultural de cuidado em saúde (JAYASURIYA, 1995).²

No Brasil, entre as décadas de 1960 e 1970, o advento da contracultura fez despertar inúmeros terapeutas – dos pés descalços e calçados – com base nas técnicas milenares das práticas orientais de saúde. Ficaram conhecidos como “terapeutas alternativos” e conviveram em constante tensão com a medicina hegemônica (BARROS, 2006).³ Entre a utilização das agulhas de acupuntura, ervas, alimentação, banhos, massagens, danças e lutas, o cheiro da moxa queimada constantemente perfumava os ambientes deste tipo de cuidado e concepção de saúde. A moxa é feita a partir do veludo da planta *Artemisia* (*Artemisia vulgaris*, família *Compositae*) que queimada produz um calor mais penetrante. Seu efeito é semelhante à acupuntura, que age estimulando pontos no corpo para fortalecer a circulação do Qi (energia) (GUFINKEL, 2001).⁴

Nas minhas andanças, praticando e vivendo experiências com as terapias alternativas, um centro de saúde do SUS de Niterói, na década de 2000, no qual atuei com iridologia (diagnose orgânica e emocional pela observação da Iris), apresentou um trabalho expressivo com as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na comunidade, servindo de exemplo da convivência entre diferentes racionalidades em um mesmo local de saúde. Esta memória de bem estar e bom cuidado, me fez propor o

² Ver JAYASURIYA As Bases Científicas da Acupuntura. Rio de Janeiro: Sohaku-in Edições, 1995

³ Ver Nelson Felice de Barros, A Construção da Medicina Integrativa, 2006.

⁴ Para aprofundar o conhecimento ver a tese de doutorado de GUFINKEL, E. da Escola Paulista de Medicina, 2001.

projeto de pesquisa para o doutorado. Pretendia olhar mais de perto, desta vez como pesquisadora e mostrar para a academia e outros interessados em saúde e cuidado, os efeitos da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPICs) aplicadas no sistema de saúde da cidade de Niterói-Rio de Janeiro. Portanto, o local ponto de partida da pesquisa de campo deste trabalho foi uma policlínica comunitária e minhas memórias.⁵

1.1.2 Memórias e o reencontro com o campo

Convido o leitor a olhar uma imagem, chamo sua atenção para uma construção destacada da Avenida Ary Parreiras, em frente à Universidade Federal Fluminense - Veterinária, no bairro Vital Brazil, em Niterói. Trata-se de um prédio de três andares, concreto cinza aparente se contrapondo com algum branco na pintura das paredes e os vidros das janelas. Nesta construção, blocos de concreto retangulares e quadrados se misturam aos jardins por toda volta e no vão central. Possui um estilo que lembra arte em arquitetura, lembra Oscar Niemayer em Niterói. Está inserido em uma das pontas de uma praça. Possui corredores abertos ao ar livre, com bancos de cimento liso incrustados nas muretas frontais às portas dos consultórios e ambulatórios. Permite que as pessoas, em espera, permaneçam em contato com a claridade, ar livre, verde das folhas das árvores, o marrom da terra exposta e o canto dos passarinhos. Tudo misturado a conversas de gente...muita gente!

Subindo dois lances de escada, atingindo o terceiro andar desta construção, mesmo com as portas dos consultórios fechadas, é possível sentir, no corredor, o cheiro peculiar de moxa⁶ queimada. Tal cheiro indica que pessoas estão sendo cuidadas, de maneira onde aspectos complexos como energia circulante e o efeito vivificante da restauração da fluidez da vida está sendo levado em consideração. Ao menos, aparentemente.

⁵ Achei por bem não nomear a policlínica porque o que aconteceu nesta pode estar acontecendo em outra, portanto, a relevância está nos acontecimentos, processos e caminhos, conexões e controvérsias das PICs em Niterói: em rastrear o “cheiro de moxa no ar”.

⁶ A moxa é feita a partir do veludo da planta *Artemisia* (*Artemisia vulgaris*, família Compositae) que queimada produz um calor mais penetrante. Seu efeito é semelhante à acupuntura, que age estimulando pontos no corpo para fortalecer a circulação do Qi (energia). Para saber mais sobre moxa ver a tese de doutorado de GUFINKEL, E. da Escola Paulista de Medicina, 2001.

É possível contemplar o que acontece na parte interna de uma destas salas. Porta aberta cuidadosamente, se vislumbra um ambiente em penumbra, suficientemente silencioso, algum sinal de fumaça que exala dos bastões de moxa. Os quadros nas paredes lembram símbolos orientais do Yin e do Yang; canais dos meridianos da acupuntura desenhados no corpo humano; flores da cerejeira e traços de escritas em nanquim confundindo movimentos corpóreos com símbolos da comunicação oriental escrita à mão e pincel, talvez um poema. Os cheiros se misturam entre a suavidade seca da Artemísia queimada e algum óleo de cravo, cânfora e sândalo. Talvez cinco macas espalhadas no espaço, pessoas deitadas com agulhas de acupuntura fixadas nos pontos da pele; outras recebem massagem nos pés (reflexoterapia plantar) e aparentam relaxamento. Um profissional postado ao lado de outra maca possui um bastão de moxa em brasa na mão direita. Ele aproxima a moxa da pele do usuário deitado na maca. Tal aproximação, a menos de dez milímetros do contato com a pele, cria uma espécie de tensão - entre se deixar levar pelo calor curativo e o medo de ser queimado. Será este um ato de cuidado gerador de saúde; um ataque que leve a lesão; um ato de fé e crença?

Nesta fronteira, entre a pele e a moxa em brasa, entre as lembranças e aquilo que foi produzido no encontro das PICs com a racionalidade da biomedicina com o passar do tempo em Niterói, aconteceu a reflexão do meu trabalho. Será que a saúde vivenciada neste lugar é atravessada pela circulação da energia vital (Qi), ou seja, pela racionalidade da filosofia da Medicina Oriental? Será que o cuidado leva em consideração a potência criativa dos modos de viver saúde? Existe o reconhecimento da cultura dos conhecimentos locais/populares em saúde e cuidado? Como essas pessoas tomam doença e adoecimento? A doença é positiva, faz parte do vivo e não é exceção ou algo que deva ser extirpado como maléfico, maldito, indizível? Poderei encontrar pessoas que vivenciam outras formas de cuidado, saúde e de se sentir saudável ou encontrarei uma situação na qual o uso das terapias diferenciadas não passe de repetição e utilização mecânica de uma tecnologia sem questionamentos filosóficos sobre saúde e cuidado, mas, com o único intuito de alcançar os padrões de normalidade instituídos?

Com estas questões apresentei meu projeto de doutorado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense em 2012 e voltei a policlínica comunitária das minhas lembranças, após alguns anos morando fora de Niterói e agora como pesquisadora.

1.1.3 Quando a realidade se apresentou em tom cinza escuro

Após algumas trocas de emails, consegui marcar uma visita à policlínica comunitária de saúde, para apresentar o projeto e dar início ao campo. Foi um dia chocante para mim, pois, o lugar das lembranças descritas acima, me pareceu de um tom cinza escuro, velho, sem vida. Encontrei pessoas amontoadas em filas que aguardavam vacinas para gripe, a maioria das pessoas que aguardava e circulava estava com cara de poucos amigos, taciturnas, mas, o dia estava ensolarado. O jardim acerca do prédio onde antes se via plantas decorativas e uma horta de ervas medicinais, havia se transformado em estacionamento de carros para pessoas do serviço; mal se podia andar sem esbarrar a perna entre para choques de ferro, O ar já não era mais fresco, em meio aquele tanto de latarias reluzindo ao sol, o calor abafava. O canto onde antes assistia as aulas do Projeto Gugu⁷ para a terceira idade, com música animada e muita gente sacudindo e acordando o corpo, agora estava ocupado por carros e nenhuma música e riso. O que teria acontecido?

Por fim, na visita. a conversa caminhou inicialmente para perguntas sobre como apareceu o meu interesse em pesquisar sobre este assunto e o porquê da escolha do lugar. De pronto notei que a pessoa que me recebia não tinha conhecimento do meu projeto de pesquisa de doutorado que enviara semanas antes, junto ao pedido da carta de autorização do trabalho de campo. Estranhei e respondi ser frequentadora como usuária do lugar desde a minha adolescência até os dias de hoje. Bem como que acompanhara de perto a vida da policlínica em seus inúmeros momentos, incluindo a entrada das Terapias Naturais Integrativas e Complementares com suas práticas da acupuntura, moxa, terapias corporais, homeopatia, etc. Expliquei que eu mesma havia atuado no local com irisdagnose (leitura e análise da iris – parte colorida dos olhos), dando supervisão de estágio do curso que desenvolvia na época, incluindo inúmeras palestras para funcionários e usuários sobre o tema.

⁷ O Projeto Gugu é um programa de ginástica e incentivo à qualidade de vida voltado para idosos, idealizado pelo médico ortopedista Carlos Augusto Bittencourt Silva com início em abril de 1995, na Praia de Icaraí, em Niterói. Maiores informações em <http://www.funcab.org/gugu.php>

Entre expressões de espanto e olhares duvidosos a pessoa me inquiria “Sei, mas você fez pós-graduação em acupuntura, uma especialização?”; respondi que estudara acupuntura com o mestre Liu Pai Li de São Paulo, com o doutor Wu de Brasília, que havia feito um curso de dois anos em Belo Horizonte com Marco Aurélio Cozi presidente da Federação Nacional de Medicina Alternativa e Naturopatia e que havia trinta anos de estudos e envolvimento com estas práticas. Conteí que desde a década de 1970 até os dias de hoje, antes mesmo de existirem os cursos de pós e especialização na área, antes mesmo do primeiro conselho profissional (Fisioterapia e Terapia Ocupacional) aceitar a acupuntura como especialidade, meu interesse pelo tema fora sempre contundente.

Em algum momento dos olhares e movimentos de corpo entre nós, ela falou que só no dia anterior havia baixado o arquivo e lido aquele “calhamaço” da Política Nacional sobre as Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPICs) e que não havia gostado! Justificou dizendo que era homeopata e que colocaram a homeopatia no meio destas “terapias”. Disse estarem bagunçando com a homeopatia, assim como na Alemanha o fizeram, deixando quem não é médico prescrever. Onde já se viu leigo prescrever! Neste momento retruquei que não só na Alemanha, mas em toda a Europa e em países de outros continentes a homeopatia não era exclusividade médica e que as pessoas não eram leigas em homeopatia, pois estudavam para isso. A pessoa retrucou, disse saber desta informação e se irritar deveras com ela, pois acredita que este trabalho deveria ser feito apenas por médicos. Para não seguir em frente com a disputa, informei que nas PNPICs, a homeopatia estava prevista para ser efetuada apenas com atuação dos médicos. Afirmou não ser assim e eu afirmei - Sim, eu tenho a portaria do SUS que faz a recomendação de quem pode atuar em cada prática das Terapias Naturais, Integrativas e Complementares; enviarei por email.

Após meia hora de conversa percebi que a pessoa da policlínica não conhecia nada da história do lugar e menos ainda da forte relação que o lugar tivera com as terapias naturais. Saímos da sua sala para que me mostrasse onde o serviço de acupuntura estava sendo feito. Neste caminhar fui apresentando as salas que já haviam sido ocupadas pela acupuntura⁸, moxabustão, ventosas⁹, Shiatsu¹⁰, Tui-Na¹¹ e o local

⁸ Criada há mais de dois milênios, a acupuntura é um dos tratamentos médicos mais antigos do mundo. Consiste na estimulação de locais anatômicos sobre ou na pele – os chamados pontos de acupuntura.

onde antes fora a horta de ervas terapêuticas. Servi de guia e fui guiada. Tive a impressão de estar tendo uma conversa controversa. Passamos pela tal sala do terceiro andar de onde o cheiro da moxa tomava o ambiente há tempos atrás marcados na minha memória e a pessoa espantou-se quando contei que era naquela sala que outro modelo de saúde e cuidado era repartido com as funções biomédicas do posto de saúde. Disse-me que nunca soube disto! Que esta sala era o almoxarifado e precisam desta sala para guardar coisas!

Perguntei “Onde está o pessoal do Projeto do Gugu? Eles há anos têm parceria com esta policlínica e sempre assíduos”. A resposta foi que a parceria havia sido cancelada este ano! Comentei que no lugar onde acontecia o projeto com a terceira idade estava lotado de carros. Ela retrucou que sim, pois precisavam de estacionamento, pois os carros corriam risco de serem roubados se estacionados no em torno da praça.

Voltei para casa lembrando um tanto impressionada da informação de que nos últimos dois anos, três diretores diferentes passaram pela policlínica comunitária.

Algum tempo depois deste encontro de tom cinza escuro, após receber a carta de autorização do Comitê de Ética para dar início à pesquisa de campo, escrevi um email para os interessados da policlínica e novamente fui chamada para uma reunião .

1.1.4 O segundo desencanto

Desta vez, chegando à sala, escutei os comentários e perguntas feitas no contato anterior, principalmente sobre sua opinião pessoal de que somente médicos deveriam praticar acupuntura ou homeopatia. Pediu-me o projeto. Desta vez, me passou alguns nomes de médicos homeopatas que atuavam na policlínica, dentre eles um médico que pratica acupuntura nos seus clientes de cardiologia. Frisou que este médico não tem

⁹ É uma técnica milenar que usa a sucção da pele com aplicação de copos de vidro, acrílico ou bambu e que tem como finalidade criar um vácuo para eliminação de toxinas do sangue e tratamento da saúde.

¹⁰ O Shiatsu é uma terapia de reequilíbrio energético que consiste em pressionar determinados pontos (da acupuntura) que formam linhas ou canais de energia pelo corpo.

¹¹ O Tui-Na, é uma das mais antigas formas de medicina chinesa que usa as mãos em automassagem ou em outras pessoas como instrumento para tratar a saúde.

matrícula para acupuntura, portanto, o faz como terapêutica complementar à sua atuação como cardiologista. Esclareceu que os médicos só podem ter duas matrículas na policlínica e que, este médico teve que escolher entre acupuntura e homeopatia, pois além de cardiologista e acupunturista, também é homeopata. Suspirei e perguntei para mim mesma: Onde foram as PICs que estavam aqui?

Percebi que teria que seguir outro rumo para conseguir respostas e desta vez seria seguir o cheiro da moxa onde quer que ela estivesse. Até onde ela me levaria? A quais conexões? E assim, nesta toada, seguindo em frente, um pouco abatida com o que vira, decidi postar-me mais como um pesquisador de fronteira, mais pelas bordas, mais da terceira margem do rio (ROSA, 1994) e seguir os fluxos, os pequenos caminhos (MOL, 2002). E assim, segui em frente buscando encontrar fios, que ao final, me apresentasse uma amostra da rede das PICs na saúde de Niterói e seus nós, em encontros e desencontros.

1.2 METODOLOGIA

“Um pesquisador interceptado-intercedido embriagado torna-se imperceptível, em lugar de transcendente-soberano, ou seja, ao invés de postado em recuo quanto aos pontos de problematização vigentes e/ou emergentes. Correlativamente, esses pontos colorem o mundo a explorar (bem como aquele que o explora) de sua própria cor, instaurando univocidade, isto é, ausência de hierarquia nos modos de ser” (RODRIGUES, 2011, p.237).

1.2.1 O pesquisador de fronteira: uma questão de método

Não seria fácil, mas era necessário manter-me nas bordas como pesquisadora, para conseguir encontrar a fumaça da moxa que, naquele momento, já havia se dissipado daquele lugar. Chamei este ato de “o pesquisador de fronteira” e tento explicar a singularidade, apostas e medos desta posição.

Os caminhos e vicissitudes de o pesquisador de fronteira, aquele que, encarnado na sua pesquisa, assume politicamente sua posição de “pesquisar com” e insiste em novos caminhos textuais para suas reflexões acerca da ciência e de suas práticas é tortuoso e não garante nem a partida, nem a chegada. Este modos de escrita e posicionamento político me liga ao Grupo de Pesquisa do CNPq *Entre_redes*, linha de

pesquisa *PesquisarCOM*. Nele, nos envolvemos com leituras de autoras inspiradas na Teoria Ator Rede – TAR (LATOUR 1997, 2000, 2001,2005, 2012), tais como Vinciane Despret (2001, 2004; 2011), Isabelle Stengers (1998, 2002, 2003, 2011), Donna Haraway (1993,1995, 2000, 2009), Annemarie Mol (1999, 2002, 2008, 2010), Márcia Moraes (2000; 2004, 2010, 2013) - algumas feministas outras nem tanto - e também parceiros como John Law (2001, 2003; 2004, 2015) e sua escrita barroca e Ronald Arendt (2008, 2011, 2015, 2016).

Este grupo de pesquisa tem afirmado o feminino em um certo modo de conhecer e fazer ciência. A aposta é por um conhecer situado e que opera pelo laço, pelo vínculo, mais do que pelo corte e pela separação. Uma importante consequência desse modo de propor o conhecer – como um fazerCOM e não SOBRE o outro. Está na proposição de uma escrita que não oculte suas marcas, que faça vibrar em suas linhas seus posicionamentos, suas formas de composição com o outro, suas impurezas e gagueiras. Nesse sentido, entende que os relatos de pesquisa povoam o mundo e são performativos porque fazem existir realidades. Narrar histórias, povoar o mundo com histórias locais e situadas é uma das formas pelas quais se resiste ao poder de dominação da epistemologia desencarnada e deslocalizada de que nos fala Haraway (1995).

Desta maneira, pesquisei na fronteira entre a prática hegemônica da biomedicina que possui foco na medicalização para remissão da doença e as terapias naturais, com foco na ação do desbloqueio e/ou estímulo das forças vitais para manutenção da capacidade do próprio corpo manter-se são (LUZ, 1998, 1996; 2000). Ao habitar essa fronteira, acompanhei seus tensionamentos mais proximamente. Às vezes a passagem foi porosa, e entre essas formas “complementares” de cuidar muitas vias de atravessamento aconteceram. Outras vezes, no entanto, a fronteira foi tão impermeável que sequer pude acompanhar a possibilidade de interferências mútuas se operando no concreto das práticas de cuidado e saúde. Tal como aconteceu nos contatos com a pessoa da policlínica, que nem mesmo sabia que em algum dia as práticas integrativas e complementares existiram na área onde estava gerindo e que o lugar do almoxarifado de hoje havia sido uma sala de expansão do cuidado em saúde no SUS.

Segui a inspiração da Teoria do Ator-Rede que me facilitou a pesquisar as PICs em ação, na multiplicidade de lugares e influências, usos e efeito mediador por onde passou.

Tal como para Haraway (1995), que sugere ser nas fronteiras que se delimitam e instauram o que conta ou não como objetividade, assim pude perceber, nos dois encontros com a pessoa do centro de saúde, que em um dado momento, a homeopatia (ou a biomedicina e o Ato Médico) era indicada para ser reafirmada como a objetividade marcada e escolhida por alguém que estava no poder de dizer.

Na TAR, um fim pode sempre ser modificado em função de desvios, através de mediações imprevisíveis (LATOURET, 2005). E, no processo do *fazer fazer* não cabe estabelecer causalidade. Como afirma Ronald Arendt, a questão está sempre nos vínculos estabelecidos que proporcionam boas ou más articulações (ARENDR, 2014)

Logo, nesse lugar de fronteira conduzi a pesquisa lançando mão de algumas ferramentas, humanas e não humanas, como: revisão e análise de documentos; análise dos usos de materiais, serviços, cuidados e tecnologias em ação (moxa, agulha de acupuntura, massagem, shiatsu, tui-na, sementes de mostarda, etc.) nas PICs; de subjetivações produzidas nos envolvidos no processo, ações dos gestores, posições políticas; de histórias contadas, algumas vividas por mim em encontros com companheiros de estrada; outras através de algumas narrativas de entrevistas realizadas.

Fiz uso da História Oral, pois já havia trabalhado com esta metodologia por ocasião do mestrado e achei confortável e necessário incluí-la no manejo das narrativas. Pensava que seria importante encontrar pessoas do passado, aquelas que atuaram na mesma época que eu na policlínica e ouvir delas suas histórias e memórias, suas versões do que havia ocorrido. Pois, poderia eu estar sendo “*enganada por um gênio maligno*” que me confundia! Todavia, neste ponto de dúvidas em que me encontrava, triangular metodologias de pesquisa me favoreceu o encontro com as respostas. Portelli (1996) afirma que “ (...) Se considerarmos a memória um processo, e não um depósito de dados, poderemos constatar que, à semelhança da linguagem, memória é social, tornando-se concreta apenas quando mentalizada ou verbalizada por pessoas.” (p.4). Assim sendo, eu precisava resgatar estas memórias e as narrativas - minhas e dos colegas - as tornariam presentes e vivificadas; e, por fim, alguma coisa ficaria marcada na tese escrita que serviria para outro alguém que lesse o trabalho. Seriam memórias compartilhadas em encontros à beira do fogão, envoltos por atmosfera de chás, bolos, pães e cafés. Em vista desta possibilidade de encontros, o autor destaca que “as recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou sobrepostas. Porém, em hipótese alguma, as lembranças de duas pessoas são – assim como as impressões digitais, ou, a

bem da verdade, como as vozes – exatamente iguais.” (*ibidem*, p.7). Ao trabalhar com narrativas orais, uma visão de mundo está mais para uma colcha de *patchwork* do que para padrões coerentes e organizados de representações pré-estabelecidas. Não importa! Seja qual for a (jamais garantida) verdade factual, o que importa, para a história oral é a versão dos narradores (*ibidem*, p. 20). E esta posição da História Oral se alinhava fortemente com as contadoras de histórias da Teoria do Ator-Rede.

A postura do pesquisador respeitoso - consigo mesmo, com seu entrevistado e com sua pesquisa –, daquele que está no campo para aprender, para encontrar e trocar em um movimento dialógico, pode sustentar a ética na pesquisa. Neste sentido, Portelli assim definiu uma ética para o trabalho de campo: “O resultado final da entrevista é produto tanto do narrador quanto do pesquisador. Quando a voz do pesquisador é eliminada, a do narrador é distorcida” (PORTELLI, 1991, *apud* RODRIGUES, 2005). Por isso, na medida do possível, mostrei também as minhas histórias, lembranças que dialogaram todo o tempo com os entrevistados e situação que construíram as narrativas.

Se hoje, as terapias naturais estão oficialmente incorporadas ao sistema público de saúde brasileiro como uma complementaridade à biomedicina, isso não ocorreu e ainda não ocorre sem grande tensão e controvérsias. É um pouco desta história que aqui quero contar. Se, parto de uma narrativa, não é no intuito de traçar a história de um “eu”, mas antes, como salientam Despret e Stengers (2011) para articular um “nós”, isto é, para compor o campo da saúde no Brasil com histórias que não foram contadas nos documentos oficiais, mas que são histórias de práticas efetivas, de ações de cuidado exercidas nas tensas fronteiras entre a saúde considerada como oficial e o quê, de certo lugar, diz-se integrativo e complementar. De forma alguma se quer narrar aqui uma história pelo viés queixoso, acusatório ou mesmo ressentida. O que se pretende é oferecer novas versões (Despret, 2001), um olhar diferente.

Portanto, pesquisei este campo da saúde por interesse em criar mundo, em fazê-lo variar, pois aposto em novas possibilidades de inscrever na saúde e nas práticas de cuidado em saúde um outro trato, longe do destrato, como sugere Santos (2002), mais perto de outras gramáticas possíveis, alternativas, múltiplas, mais perto da fronteira e mais afastado do centro, para melhoria de condições do atendimento de quem depende do sistema público de saúde.

“A fronteira enquanto espaço, está mal delimitada, física e mentalmente (...). Por este motivo, a

inovação e a instabilidade são, nela, as duas faces das relações sociais. (...) Espaço provisório e temporário, onde as raízes se deslocam tão naturalmente como o solo que as sustenta. (...) Viver na fronteira significa viver fora da fortaleza. Significa prestar atenção a todos os que chegam e aos seus hábitos diferentes e reconhecer na diferença as oportunidades para o enriquecimento mútuo” (SANTOS, 2001,p.349).

Para mapear como e quem decide quem fica de fora da ciência, o pesquisador de fronteira segue em movimentos de composição e rodeio, de idas e vindas, ao redesenhar a todo momento a área investigada, de permanentes ajustes (negociações). Era o que eu tinha que fazer, buscar na memória sem temer, as histórias que me ajudariam a compor o cheiro que queria seguir “da moxa no ar de Niterói”, mas, para isto buscava uns anos mais longe com memórias da minha infância e do meu tio médico que trabalhava com acupuntura nos anos de 1960, em São Paulo e outras histórias que haviam ficado entre as margens da história oficial. Sem dúvida uma ação trabalhosa, difícil, complexa, extenuante e divertida.

É preferível procurar ir pelas periferias e olha-las como zonas de fronteira, como define John Law (2004), olhar para a fronteira supõe-se olhar para a negociação, porém, fronteira é local de conflito onde se encontra controvérsias, não é um lugar cômodo. O que tomo por lugar cômodo é aquele lugar onde aparentemente tudo está estabilizado, seguro e, portanto, pouca energia de trabalho é mobilizada para se chegar ao final: um lugar previsível. A fronteira é lugar vibrante, vivo, efervescente onde a qualquer momento pode-se romper a estabilidade.

Fronteira é o que está à frente, tem a ver com o *front* - que se traduziu num sentido de batalha, muitas vezes. Logo, o que marca a fronteira é justamente a sua capacidade de fricção, de atrito, de porosidade, o que faz passar, o que se negocia. Podemos pensar fronteiras como projeto e projeto como algo não dado, não delimitado, mas tecido, feito e refeito, negociado.

Estas fronteiras quando são transgredidas, formam potentes fusões e perigosas possibilidades. Pode significar realidades sociais e corporais vividas, nas quais a luta política consiste em ver a partir de ambas as perspectivas ao mesmo tempo, porque cada uma delas revela inimagináveis possibilidades e combinações (HARAWAY, 2000). Fronteiras transgredidas e potentes fusões podem acontecer quando saberes

frequentemente locais se esbarram, se atritam, negociam e amalgamam, se mesclam produzindo um novo estilo de pensar e trabalhar sobre um assunto.

O deslocamento daquilo que parece estável, já dado, naturalizado para uma nova conformação, quer seja no conhecimento sobre algo, quer seja sobre as técnicas utilizadas a partir do conhecimento sobre algo, leva a modificação das estruturas e estratégias praticadas anteriormente; portanto, desestabiliza. Como efeito, a modificação afeta, inquieta, desassossega o estabelecido e por isto produz perigosas possibilidades. Estamos falando de possibilidades de polifonia, onde pesquisar é ter que ouvir todas as vozes, é feito de encontros inusitados e transgressores, encontros de condições potentes. Por este lado, já vejo como um encontro promissor o meu com a pessoa da conversa controversa!

Nesse modo de operar, conformaram-se arranjos, configuraram-se novas fronteiras, territórios e agenciamentos. Todo esse processo e disponibilidade me expôs, como pesquisadora a novas condições e produções de subjetividades; também fui me transmutando com as evidências produzidas no processo da pesquisa, pisei em falso. Eis então um aviso e recomendação para seguir este caminho:

Na areia movediça, quanto mais você luta, mais você afunda; mas como seu corpo é menos denso do que ela, basta relaxar para flutuar. O segredo é não entrar em pânico, nem precipitar uma reação afoita. A maior parte das pessoas que afundam na areia movediça ou em qualquer outro tipo de líquido é formada por aquelas que entram em pânico e começam a se debater. No caso do pesquisador de fronteira o avisado deve aprender a flutuar, a sentir a textura e as rugosidades da areia, em vez de entrar em pânico ou se afobar.¹²

Em um destes momentos de flutuação na areia movediça, com mais ou menos um ano de doutorado, após um email que circulou no grupo de estudos com um pedido de indicação de alguém que pudesse trabalhar em pesquisa com a Teoria do Ator Rede (TAR) e após uma seleção que incluiu uma espécie de prova teórica e entrevista fui contratada para trabalhar como pesquisadora assistente da equipe de avaliação de programas em saúde pública do Laboratório de Situações Endêmicas Regionais (LASER), da FIOCRUZ. Este grupo, coordenado por Ana Cláudia Figueiró viria com

¹² Para saber visite FREITAS, Eduardo De. "Areia Movediça"; *Brasil Escola*. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/geografia/areia-movedica.htm>>.

uma proposta de avaliação aproximada com o Instituto Canadense de Saúde Pública chefiado por Louise Potvin, (ESPUM/ Universidade de Montreal e Institutes of Health Research), juntamente com Zulmira Hartz (Instituto de Higiene e Medicina Tropical/ Universidade Nova de Lisboa). Assim, desde 2013, me desterritorizei e como boa nômade que sou, fui ao encontro do mundo que temia (ciência hard) e que ao mesmo tempo me deixava curiosa. Entrei no núcleo duro dos saberes em saúde. Mais adiante contarei um pouco desta história e seus efeitos na minha pesquisa.

Decerto lembrei-me de uns autores companheiros para minha trajetória e segui outra recomendação: aquela dada por Deleuze e Guattari (1997), em que o pesquisador de fronteira tem de ser meio nômade, porque a terra se desterritorializa debaixo dos seus pés, se move e o pesquisador se reterritorializa por alguns instantes, em um suporte momentâneo para pensar sua pesquisa, pensar seu olhar e intervir sobre aquele território. Como nômade se distribui em um espaço liso, ele ocupa, habita, mantém esse espaço, e aí reside seu princípio territorial. O espaço nômade é liso, porque é marcado apenas por “traços” que se apagam e se deslocam com o trajeto. Eu estava em busca desses “traços”, alguma rugosidade histórica e factual que me apoiasse a contar algumas outras histórias deixadas pelo caminho, mas, que poderiam ser interessantes para variar a reflexão sobre o tema.

Desta maneira, os autores companheiros deste pensar completavam que um espaço liso heterogêneo, abriga um tipo muito particular de multiplicidades: as multiplicidades assimétricas, descentradas, rizomáticas, que ocupam o espaço sem “medi-lo”, e que só se pode explorar “avançando progressivamente”, Tateando. Para Deleuze e Guattari:

“O nômade não tem pontos, trajetos, nem terra, embora evidentemente ele os tenha. Se o nômade pode ser chamado de o Desterritorializado por excelência, é justamente porque a reterritorialização não se faz depois, como no migrante, nem em outra coisa, como no sedentário (com efeito, a relação do sedentário com a terra está mediatizada por outra coisa, regime de propriedade, aparelho de Estado...). Para o nômade, ao contrário, é a desterritorialização que constitui sua relação com a terra, por isso ele se reterritorializa na própria desterritorialização. É a terra que se desterritorializa ela mesma, de modo que o nômade aí encontra um território. A terra deixa de ser terra, e tende a tornar-se simples solo ou

suporte. A terra não se desterritorializa em seu movimento global e relativo, mas em lugares precisos, ali mesmo onde a floresta recua, e onde a estepe e o deserto se propagam. (...) No espaço liso do Zen, a flecha já não vai de um ponto a outro, mas será recolhida num ponto qualquer, para ser relançada a um ponto qualquer, e tende a permutar com o atirador e o alvo” (DELEUZE&GUATTARI, 1997, vol.5).

Portanto, a noção de rede da Teoria do Ator-Rede se aproximou da noção de rizoma, elaborada por Deleuze (1995), que propõe um fluxo diferente do modelo da árvore ou da raiz, que fixam um ponto, uma ordem. De acordo com os autores de *Mil platôs*, no rizoma não há unidade, apenas agenciamentos; não há pontos fixos, apenas linhas, e o mesmo acontece na Teoria do Ator-Rede. Márcia Moraes (2000) compara uma rede a uma totalidade aberta, capaz de crescer em todos os lados e direções, como um rizoma, sendo seu único elemento constitutivo o nó, o encontro, a conexão. Para a TAR, a palavra “rede” indica que os recursos estão concentrados em poucos locais – nas laçadas interligando fios e malhas. Para Latour (2000), essas conexões transformam os recursos esparsos numa teia que parece se estender por toda parte (p.294). Desde o início, meu pensamento era desenhar esta rede, com seus nós e elementos que se compactassem momentaneamente, que se territorializassem para depois dissiparem-se, porém, que deixassem rastros que eu fosse capaz de enxergá-los e cartografá-los, deixá-los mais evidentes para que eu pudesse compreender melhor e para que outros o encontrassem em algum momento oportuno. Talvez, quando quisessem saber para além das histórias limpas, oficiais e desconectadas.

Para um pesquisador da Teoria do Ator-Rede, faz parte do seu cotidiano de investigação tatear, “mapear as redes sóciotécnicas e seguir pistas propiciadas por *actantes* agindo dentro de uma rede, e se caracteriza pela maneira particular por onde define os outros *actantes* aos quais ele se liga e faz conexões” (Latour, 2001).

De tal jeito que, para encontrar o que realmente interessa (inter-esse) é preciso saber coexistir como nômade, na área de fronteira, mutável, invisível, pouco explorada, caótica e conspirar com as controvérsias criando pontes. Tal disposição exige um estilo de pesquisador que vai ao encontro do desconhecido com jeito enamorado, se implicando com as evidências e principalmente com aquilo que não está aparente. Às vezes, como no texto de Guimarães Rosa, se postando na terceira margem do rio, no

limbo entre fronteiras, lugar onde, aparentemente, seria o seu fim. E de lá enxergar o que acontece nas fronteiras: negociações, sempre políticas. Dessa subjetivação mutante que se dá com o pesquisador de fronteira advêm possibilidades de novas gramáticas, as formas alternativas de conhecimento. E assim pode seguir a pesquisa. Com medo da terra que desapareceria dos meus pés, confiando numa memória que seria flutuante como pisar em nuvens e feliz por estar um aprendiz pesquisante.

Com a experiência junto ao grupo da Fiocruz, pude vivenciar como a Teoria do Ator-Rede vem sendo utilizada nas pesquisas em saúde. Participei de algumas pesquisas avaliativas e aprendi sobre os modos e usos da avaliação, que segundo Figueiró (FIGUEIRÓ et al., 2012, 2014) podem ser: a) instrumental (para orientar a política e a prática), b) conceitual (para gerar novas ideias ou conceitos que sejam úteis para prover de sentido o cenário político), e c) político (ou simbólico – para justificar preferências e ações preexistentes). Assim, este encontro, com as pesquisas avaliativas e seus caminhos, fizeram-me perceber e ficar atenta aos modos políticos que insistiam em aparecer na minha pesquisa do uso das PICs em Niterói. Ao reconstruir a rede sóciotécnica das PICs em Niterói, pude deixar visível alguns problemas que convocam para alguma solução mais estratégica.

Busquei uma entrada na rede pelo fio puxado das memórias das PICs em uma policlínica de saúde de Niterói, mas, penso que sejam problemas que estejam em outras cidades e outros estados do Brasil e que esta metodologia possa ser replicada na idéia de se construir um SUS com as PICs e suas ferramentas e modos de cuidar.

Ainda neste propósito, concordo com a avaliação contextual, com foco na reflexividade (BOURDIEU & WACQUANT, 1992), com o envolvimento dos interessados, possibilitando mudanças de pensamento, comportamento e programáticas nas práticas e cultura, como resultado da aprendizagem durante o processo pesquisante.

Como nos diz Heliana Conde (2011), referindo-se a Deleuze e Guattari (1995) sobre as árvores imperativas das verdades epistemológicas da ciência e a produção de ervas e musgos na cabeça dos cientistas sociais “(...) as ciências ditas “duras”, qual as neurociências, podem também tornar-se intercessoras – não por cânones de verdade frente aos quais deveríamos nos curvar, mas pelas eventuais linhas de fuga que sejam capazes de propiciar” (p. 237). Deste modo, este trabalho poderá trazer reflexividade para todos os envolvidos.

1.2.2 O que conta ou não como objetividade nesta pesquisa?

O método de pesquisa, longe de apreender uma realidade, ele performa uma realidade colocando em cena o que conta ou não conta como objetividade e racionalidade. Para Márcia Moares (2000), estudar a ciência em ação nos leva a um universo filosófico que não se confunde com o paradigma dualista típico do pensamento moderno, a ciência em ação se movimenta num mundo cuja realidade é múltipla, um mundo de conexões e elementos díspares, só dizível na mestiçagem das bricolagens dos saberes (p.5). Na bricolagem dos saberes, escolhas são feitas e a ação da escrita se maneja politicamente.

Assim, o pesquisador escreve para manejar e fazer existir mundo. Portanto, há uma luta que se faz também na escrita, uma luta política, usando o recurso da escrita e atentando em cada palavra para intervir na existência do que conta. Neste sentido, a escrita é encarnada, a linguagem pode criar mundo e mundos podem ser criados pelo leitor. Para Law, o maior é que nos constitui, a Grande Ciência nos constitui, no entanto, para criarmos outros mundos, o pesquisador que resiste traz a visão para o pequeno, o local, o parcial, o barroco (LAW, 2004).

O que aprendemos com a análise do pequeno? Aprendemos que é nas nuances do barroco onde se encontra a complexidade. Quando deixamos de falar do geral, do vôo panorâmico e superficial dos acontecimentos, tentamos modificar os modos de pesquisa, tentamos desfamiliarizar a tradição canônica e hegemônica do saber e abrimos espaço para o que não conta como objetividade para a Ciência; politicamente pensamos na mediação feita com conexões possíveis para uma coexistência de racionalidades não-coerentes, caracterizando assim o olhar e a escrita barroca.

Objetividade e racionalidade propõe análise corporificada. A ideia de “racionalidade” para Mol atravessa o sentido da organização ou “modos de ordenar”, que derivam mais de uma ação como verbo, um esforço contínuo, feito nas práticas, nas conexões, no suor para produção do real. Desta maneira, para esta autora, o papel do cientista social é conseguir encontrar as “conexões” “locais” e “parciais” em busca da “racionalidade” que performa o campo. O cuidado está em fazer pequenos ajustes sem saber previamente onde vai chegar, a finalidade não transcende a ação da própria prática. Sendo assim, mais de um modo é relevante em qualquer tempo e em qualquer espaço e o pesquisador cientista deve manejar com esses modos de operar (MOL, 2008; 2010, p. 263).

Nesta fronteira, entre a pele e a moxa em brasa, reflete-se que a convivência das Terapias Naturais, Integrativas e Complementares com a medicina ortodoxa dentro do sistema oficial de saúde proporciona uma zona na espera do que virá a ser, onde nem mais se pertence ao território de origem e nem se é aceito totalmente pelo novo território, trata-se de um estado de transição, que poderá durar por muito tempo.

Por fim pensei em navegar na areia movediça por analisadores que descobertos pelo caminho (gestores – práticas judiciárias – ideário do SUS – servidores – usuários – imigrantes – economia- indústrias – colonizadores – sabedoria cultural – academia), todos relacionados as PICs e ligados em um “e” que na análise mostraram uma estabilização momentânea e aqui no texto fez uma rede aparecer. Convido o leitor a navegar nesta areia movediça comigo, sem esquecer-se de manter a calma.

1.3 O CONTEXTO POLÍTICO DAS PRÁTICAS NÃO BIOMÉDICAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira (PAIM, 2009) e “apesar das dificuldades enfrentadas, o seu balanço expressa um saldo positivo em diversas dimensões e atributos de sistema de serviços de saúde, quando comparados com a situação anterior à Constituição de 1988 (PAIM, 2007,p.259).

Sua construção foi uma conquista, depois de um longo processo de acúmulo e de lutas que, desde os anos 70, envolveu movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram no mesmo período.

Em São Paulo, por exemplo, juntaram-se à luta donas de casa de bairros da periferia, militantes de comunidades de base da igreja católica, oposições sindicais e de entidades populares, jovens médicos sanitaristas, estudantes universitários, junto a outros trabalhadores em saúde, que então assumiram a direção das unidades de saúde nos bairros, passando a impulsionar a organização popular e as lutas por saúde e melhores condições de vida (MERHY, 2002).

Nesta pressão social, a Constituição de 1988 tratou da questão saúde de forma ampla e abrangente e aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, que pela primeira vez na história, considerou saúde como “direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Em seguida a promulgação da Constituição, divulgou-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), que dispôs sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo (Ministério da Saúde, 1993).

Desde 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) incentiva o uso, pesquisa e expansão das Terapias Orientais, Integrativas e Complementares (Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC - Portaria número 853, de 17 de novembro de 2006). Esta política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, a implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. Levando em consideração que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vinha estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa (MT/MCA) nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental moderna através de seu documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005". Assim, as diretrizes deste documento preconizavam o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso.

Neste sentido, as terapias recomendadas para implantação imediata no SUS foram: acupuntura, moxabustão, homeopatia, termalismo social/crenoterapia, práticas corporais. O documento considerava ainda, que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuravam prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumento do acesso.

1.3.1 Como arranjos internacionais induziram a entrada das PICs na política de saúde do Brasil?

O tema que revolucionou a política internacional de saúde nasceu com a Declaração de Alma-Ata, em seus dois momentos, 1962 e 1978, culminando na meta “Saúde para todos no ano 2000” (SPT2000). Essa meta principal, de cunho social, apoiada por 155 Estados membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ficou sendo a pedra angular da reorientação e reestruturação de muitos sistemas de saúde.

Neste momento, o documento da Declaração de Alma Ata definiu saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” e preconizou que “os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta fosse atingida”. Definiu Atenção Primária de Saúde (APS) como “a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autoresponsabilidade e autodeterminação”.

Neste contexto as Terapias Alternativas vieram gradativamente ocupando lugar na saúde social, pois, possuem características de cuidados mais voltados para atenção e disponibilidade de tempo dedicado ao paciente. Os procedimentos destas práticas têm como base a relação terapeuta-paciente em uma transferência positiva. É necessário ouvir atentamente as queixas, tocar o paciente já que muitas terapêuticas são técnicas de relaxamento e conforto corporal com acompanhamento semanal para os procedimentos terapêuticos ou, pelo menos, mais de uma vez por mês, coisa que proporciona muitas das vezes, um vínculo forte de confiança e alívio do quadro de saúde (LUZ, 2005)

O primeiro passo foi dado na reunião de Alma-Ata de 1962, com a criação do *Medicina Alternativa Institute*¹³. Em 1977, a trigésima Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou uma resolução dando a recomendação aos países que dessem “adequada importância à utilização de seus sistemas tradicionais de medicina, com regulamentação apropriada para atender às necessidades nacionais em saúde”. Imediatamente após a resolução de 1977 da OMS, foi lançada uma campanha a nível mundial para promover as Medicinas Naturais e Tradicionais (JAYASURIA & BASTOS, 1966; BARROS, 2006, 2007).

¹³ Atualmente, afiliado a The Open University, com sede administrativa em Colombo, Sri Lanka, com representação em 120 países. .

No ano de 1986, em Ottawa, no Canadá, por ocasião da Primeira Conferência Internacional sobre promoção de saúde, concluiu-se o evento com uma Carta de Intenções, cuja finalidade foi de contribuir para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Esta Conferência foi um marco de resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo.

A saúde passou a ser vista como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Portanto, as ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (Ottawa, 1986).

O documento Estratégia da Organização Mundial de Saúde sobre Medicina Tradicional 2002-2005, descreve a amplitude que tem tomado a Medicina Tradicional no mundo e compara as diferenças, principalmente referentes aos gastos públicos, sendo esse dispositivo sugerido, muito mais barato. Bem como definiu o que é Medicina Tradicional como um termo amplo utilizado para se referir tanto aos sistemas de medicina tradicional como, por exemplo, os da medicina chinesa, indiana, árabe ou indígena. Suas abordagens incluíram medicamentos a base de ervas, partes de animais e/ou minerais e terapias sem medicações como no caso o uso da acupuntura, as terapias manuais e espirituais.

Este documento citado também descreveu a amplitude que tomou a Medicina Tradicional no mundo e justificou seu uso crescente, afirmando que nos países em desenvolvimento, por exemplo, o amplo uso desta medicina se atribuiu a sua acessibilidade em contraste com as pessoas praticantes da medicina alopática. Para isto, os praticantes da Medicina Tradicional/Medicina Alternativa e Complementar (MT/MCA) podiam ser de origem popular ou de origem alopática como médicos, dentistas e enfermeiros que utilizavam de terapêuticas alternativas, como no caso da acupuntura.

Também comparou os gastos sanitários, considerando a medicina com ervas para certos tratamentos ser consideravelmente mais barata e mais de acordo com as

possibilidades financeiras do cliente. Descreveu em dados estatísticos a popularidade da MT, indicando a média da população que utiliza ou utilizou pelo menos uma vez na vida este serviço, sendo 48% na Austrália, 70% no Canadá, 42% nos Estados Unidos da América, 38% na Bélgica e 75% na França. Uma vez que em muitos países desenvolvidos a utilização popular da MT/MCA foi motivada pela preocupação sobre os efeitos adversos causados pelos medicamentos farmacológicos. Frequentemente havia maior acesso da população às informações a respeito da manutenção da saúde, a composição dos fitoquímicos e efeitos colaterais dos medicamentos alopáticos formando uma consciência contrária ao uso irrefletido deste tipo de medicamento.

O documento ainda analisou que o prolongamento da expectativa de vida e a convivência com doenças crônicas impeliram a população em busca de práticas terapêuticas mais suaves. No entanto, em termos relativos, são poucos os países que desenvolveram uma política sobre MT/MCA: apenas 25 dos 191 estados membros da OMS. Mesmo assim, esta política ofereceu bases sólidas para se criar mecanismos normativos e legais necessários para promover e manter uma boa prática, que assegure a autenticidade, segurança, qualidade e eficácia das terapias.

1.3.2 As PICs na política de saúde do Brasil

No Brasil, em 1986, no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, apareceu pela primeira vez, em documento oficial, a proposta de introdução de práticas alternativas de assistência à saúde, no âmbito de serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida e a inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento de práticas alternativas.

A legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se então, a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Como esclarece Barros (2007), em relação aos objetivos da PNPIC para o SUS, foram enfatizados: (i) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso,

garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção e racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

No que diz respeito às diretrizes da PNPIC, foram nomeadas 11 principais, com o fim de definir estratégias de inserção, gestão e avaliação das *práticas complementares* no SUS, quais sejam: 1. Estruturação e fortalecimento da atenção; 2. desenvolvimento de qualificação para profissionais; 3. divulgação e informação de evidências para profissionais, gestores e usuários; 4. estímulo às ações intersetoriais; 5. Fortalecimento da participação social; 6. acesso a medicamentos; 7. acesso a insumos; 8. incentivo à pesquisa sobre eficiência, eficácia, efetividade e segurança; 9. desenvolvimento de acompanhamento e avaliação; 10. cooperação nacional e internacional; 11. Monitoramento da qualidade.

Desta maneira consideramos que alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política de institucionalização das Terapias Alternativas:

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou no seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida" (MS/ 8ªCNS, 1986). No ano de 1988, as Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação n°s 4, 5, 6, 7 e 8/88, fixou normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia (MS/ Ciplan, 1988). Em 1995, foi instituído o do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria n° 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Por ocasião da 10ª Conferência Nacional de Saúde, seu relatório final aprovou a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" (MS/ 10ªCNS, 1996). Três anos após esta conferência de saúde ocorreu a inclusão das

consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999). Foi por ocasião da 11ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu a recomendação "incorporar na Atenção Básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia". Em 2003 formou o Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS. Em 2004, na 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa. Em um Levantamento realizado junto a estados e municípios, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas já existentes em 26 estados, em um total de 19 capitais e 232 municípios (MS/GT MNPC, 2004).

Por ocasião do Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2003, que enfatizou a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS e de acordo com o interesse do MS e MC&T, em 2005, foi promulgado o Decreto Presidencial de 17 de fevereiro, que criou o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Esta progressão de interesses pelas práticas não biomédicas no SUS, em 2006 fez com que culminasse na Portaria nº 971, de 3 de maio, do Ministério da Saúde que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Entendendo que as PNPIC compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa – MT/MCA. No mesmo ano foi promovida a Portaria nº 1.600, de 17 de Julho, que aprovou a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira complementar à Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006. Bem como a Portaria nº 853, de 17 de novembro, do Ministério da Saúde considerando a necessidade de identificar integralmente os procedimentos da PNPIC no SUS, relativos à Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Práticas Corporais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, incluindo na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas

Integrativas e Complementares. Nela está incluída uma relação de profissionais autorizados para a prática destes serviços. Sendo eles:

Atividade em MT/MCA	Profissional indicado
Acupuntura	Médicos acupunturistas, enfermeiros, biomédicos, biólogos, fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos.
Fitoterapia	Farmacêuticos, médicos e odontólogos.
Outras técnicas de Medicina Tradicional Chinesa	Médicos acupunturistas, enfermeiros, biomédicos, biólogos, fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos.
Práticas corporais e atividade física	Qualquer profissional da saúde.
Homeopatia	Médico homeopata e os farmacêuticos.
Termalismo/crenoterapia	Médicos.
Medicina antroposófica	Médicos e enfermeiros.

Quadro 1: criado a partir das informações da PNPICs (MS, 2006)

É possível considerar que o surgimento e institucionalização destas práticas de saúde podem ser justificadas por inúmeros analisadores, não sendo possível apontar um como o mais correto, mas, uma complexidade de razões e interesses.

Podemos aventar que talvez as razões estejam numa espécie de resistência cultural, afinal, grande número dos praticantes foi criado observando e reconhecendo a eficácia dos cuidados de saúde da cultura leiga e alternativa. Deste modo, atravessados pelo gosto de cuidar, buscaram a formação acadêmica na área de saúde. Mesmo, em alguns casos, de proibição pelos seus conselhos profissionais, da utilização destas ferramentas, não se afastaram destas maneiras de cuidado em saúde, fazendo uso delas em seus consultórios particulares. Ainda, contribuíram para popularizar e dar estatuto de confiabilidade a população sobre as Terapias Alternativas.

Talvez o desencanto e decepção com a relação terapeuta/paciente dentro do formato alopático, que promoveu um distanciamento do humano, setorizando o corpo e distinguindo as emoções das condições sociais de existência, encontra a possibilidade de mudança de mentalidade através das práticas das Terapias Alternativas. Nesta visão,

“o projeto epistemológico da medicina passa a ser a produção de conhecimento sobre as doenças, suas origens, causas e localização” (LUZ, 1988). Ainda neste caso, a doença tendeu a ser objetivada e a terapêutica, por sua vez, orientada pela identificação e pelo combate desses objetos (doenças), a noção de vitória sobre a doença embasando a medida da eficácia terapêutica” (SOUZA & LUZ, 2009). Como observa:

“A biomedicina tem como preocupação central o diagnóstico e o tratamento de órgãos e sistemas doentes em todo corpo; ainda uma visão mecanicista de consertos em peças avariadas, descrita numa típica linguagem militar do pós Segunda Guerra Mundial, expressa através de conceitos como “ataque”, “combate” e “defesa”. (...) Ao analisar pejorativamente outras culturas e racionalidades como “crenças”, ajuda a reproduzir uma epistemologia subalterna, submetida a uma prevalente, numa recorrente estrutura de relação de poder” (DINIZ, 2006, p.151).

Outra possibilidade, as condições econômicas da saúde pública nos países pobres e em desenvolvimento que promoveram um sucateamento das condições de oferta do produto pelo Estado, fazendo com que as condições de atendimento às populações fossem precárias e desumanas, abrindo espaços para que as práticas de saúde alternativas com base na cultura popular fossem ocupando os espaços e de forma ampla. No entanto, é possível se pensar que, as tais terapias entraram na lista de produtos oferecidos à população pelo Sistema Único de Saúde porque o Estado ao invés de perder dividendos (econômicos) resolveu regulamentar a profissão e incluir nova categoria de profissionais entre os pagantes de impostos.

Ainda na esfera econômica entram na questão os gastos sanitários com medicamentos, internações e tratamentos secundários. Dentro das possibilidades que a medicina com ervas poderia sair consideravelmente mais barata para o poder público do que a alopática e que, os tratamentos energéticos e corporais trariam maior bem-estar físico e psíquico passível de diminuir as ocorrências hospitalares e desafogar as filas para os especialistas.

Percebe-se, nos documentos oficiais analisados, que o leque de profissionais que são indicados a praticar as Terapias Alternativas é bem amplo: farmacêuticos, médicos, dentistas, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e todos os outros profissionais de

saúde. Deixando de fora aqueles, que realmente são práticos constituídos na cultura e racionalidade desta prática de cuidado em saúde e que não passaram pela formação acadêmica. Dessa maneira, ocorrerá a manutenção do discurso desqualificador do curador formado na cultura popular sob o poder da hegemonia científica do especialista.

Dentre as razões que explicam o florescimento das práticas alternativas, Ávila-Pires (1995) afirma que

“(...) se destacam os problemas ocorridos com medicamentos modernos tais como a talidomida, assim como a ineficácia de certos tratamentos para os quais a alopatia ainda é impotente. Acresce o alto custo da medicina científica, dos exames sofisticados, das intervenções cirúrgicas complexas e dos equipamentos modernos de diagnóstico. Um aspecto sempre criticado é a tendência de se restringir a atenção à patologia de órgãos e sistemas, desconsiderando-se os componentes psicológicos, emocionais e sociais da doença (ÁVILA-PIRES, 1995, p.147).

Outra condição que atravessou a institucionalização das terapias não biomédicas no SUS foi o fato de que a implantação do programa das Terapias Alternativas aconteceu em um momento em que o SUS ainda está sendo consolidado, portanto, tendo plenas condições de absorver novos serviços e demandas.

Talvez, os meios de comunicação social tenham favorecido o conhecimento popular destas práticas do cuidado em saúde através de ampla divulgação da eficácia das Terapias Alternativas para os problemas que abarcam o universo contemporâneo, como por exemplo, o estresse e as fobias (LUZ, 2005).

No cotidiano da vida moderna surgiram problemas de doenças crônico-degenerativas e diante do envelhecimento da população brasileira, esses problemas são de longa duração, de tratamento sem cura, e, com conseqüências psicológicas - como depressão, fadiga, impotência, baixa auto-estima; bem como, de doenças secundárias. Neste sentido as terapias não biomédicas constituem um meio de atenção e conforto a esses pacientes (CARVALHO & GARCIA, 2003).

Nomeadamente, diante de um quadro social de aumento da violência urbana que possivelmente amplia a incidência de disfunções psíquicas, provocadas pela convivência com o estresse e medo constante, o cuidado em saúde através das terapias

de outra racionalidade que não a biomédica traz apoio à comunidade para que leve sua vida mais ativa, de forma continuada, evitando afastamentos, paralisias ou rompimentos com o processo de viver (MINAYO & SOUZA, 1993).

Por fim, uma série de patologias contemporâneas que levam a uma espécie de mal-estar geral e que não necessitam de serem tratadas com medicamentos alopáticos, mas, que obstaculizam os sujeitos. Tais patologias formadas pelo atual modo de existência, do mundo globalizado e consumista, são carentes de tratamentos mais sutis, mais globais, mais indiretos, mais humanizados, disponíveis nesse tipo de terapêutica proposta pela Organização Mundial de Saúde e sistematizada pelo Sistema Único de Saúde (SOUZA E LUZ, 2009).

1.3.3 Mudanças ocorreram dos termos “alternativo”, “integrativo” e “complementar”¹⁴

De acordo com o documento Estratégia da Organização Mundial de Saúde sobre Medicina Tradicional 2002-2005, o termo “medicina tradicional” é utilizado quando se faz referência à África, América-Latina, Sudeste Asiático e/ou Pacífico-Occidental. Quando se utiliza o termo “medicina complementar e alternativa” há referência a Europa, América do Norte e Austrália.

O termo MT/MCA (Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa) faz referência em um sentido geral englobando todas essas regiões descritas anteriormente. Para Luz (2005, p.5) trata-se de um grupo de novas terapias designadas como "alternativas", "paralelas" ou "complementares" à biomedicina, introduzidas nos últimos vinte anos na cultura urbana dos países latino-americanos, como "medicinas alternativas". São terapias derivadas de sistemas médicos complexos tradicionais que têm sua própria racionalidade, como a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica, ou ainda a homeopatia. Segundo Trovo, Silva & Leão (2003), o termo “terapias alternativas/complementares” (TAC) é designado às técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente/corpo/espírito e não um conjunto de partes isoladas (p.03).

¹⁴ Este trabalho deixará os termos utilizados sobre estas práticas exatamente como foram utilizados no tempo para que o leitor perceba suas modificações .

No entanto, o que se verifica é que a partir da década de 1980, se justificava como terapia “complementar”, para qual a mediação deixava de ser “alternativa”, ou seja, deixava de haver a conjunção “ou” e passava-se a conjunção “e”. Onde, aquilo que complementa não se opõe *a priori*. Passava a ser um grupo de “racionalidades médicas” e de cuidado em saúde, práticas e produtos que não necessariamente faziam parte da biomedicina, mas que poderia ser utilizada como práticas terapêuticas que complementariam os tratamentos da medicina ortodoxa.

1.4 FIOS EM NÓS

1.4.1 Haveria possibilidade de construir pontes entre ontologias diferentes?

Proponho um exercício de reflexão para pensar uma aproximação da ontologia de base oriental que costure “vida-corpo-cuidado à arte-luta-saúde” com a lógica do cuidado em Annemarie Mol (2008) e a normatividade da vida em Georges Canguilhem (1987) no ponto comum onde inúmeras negociações superam crises na saúde e faz pensar com as Práticas Integrativas e Complementares no cuidado para o Sistema Único de Saúde.

1.4.2 Uma cena , um palco, uma dança

Em certa noite de verão, do ano de 2012, tomei contato com a leitura de um texto. Tratava-se de uma descrição narrativa sobre uma apresentação artística de dança no teatro chinês, redigido pelo diplomata e literato brasileiro Ricardo Primo Portugal (PRIMO PORTUGAL, 2011). Fiquei tão envolvida e emocionada com a descrição lida, que mais adiante, revivendo-a em meus sonhos de maneira constante, resolvi trazê-la para o texto sem antes complementá-la com minhas alegorias poéticas e é com esta costura entre mim e Ricardo Portugal que proponho em uma viagem meditativa dançada irromper percepções de como a filosofia oriental vive corpo-cuidado em saúde em conexões que se materializam nas práticas de dança, arte, luta, em múltiplas artesanias da saúde. Como corpos performados na diferença.

...

Em uma noite, no teatro da Companhia de Dança Moderna de Guangzhou (Cantão), província do Sul da China, no ano de 2010, um grupo apresentou um espetáculo de dança, chamado Sobre a Caligrafia.

O espetáculo de dança se desdobrava como poesia coreografada em sequências de movimentos corporificados, entre longas mangas das vestes que reproduziam as cerdas das pontas dos pincéis, circunscrevendo formas e sombras que reproduziam estilos de época e de execução da caligrafia chinesa. Os corpos bailando, imitavam caracteres específicos e enunciavam radicais componentes das letras dançadas.

Em um instante, os bailarinos trabalhavam em zonas quadradas no palco, seus traços se combinavam dentro desse espaço, traçando a evolução histórica dos caracteres chineses. A dança desenhava formas amplas, voluptuosas, curvilíneas e vigorosas, de movimentos alongados que se vinculavam ao encantamento e à adivinhação em cascos de tartarugas e ossos de animais; levando aos bronzes da Dinastia Xia. Em outro momento, havia delicadeza e leveza nos movimentos e gestos, executados por bailarinas, em roupas prateadas brilhantes que no escuro se expandia, pela explosão de movimentos circulares velozes, ágeis, quase voadores, horizontalizados ... confundindo desenho de nuvens nas montanhas, como em certas pinturas tradicionais. Nuvens se dissolvendo a partir de um poema escrito em um canto superior da tela.

O cheiro do incenso encantava o ar e confundia os sentidos, fazia ferver o fascínio de estar em outra dimensão, em outro tempo, em tempo algum. Nada mais importava naqueles momentos.

A conexão com os movimentos lembrava vida vigorante, primaveril e poesia; a fixidez da letra, sólida e fria, nanquim preto no branco em papel de arroz lembrava um instante cristalizado, paralisado, de quase morte. De outra feita, em um novo movimento, diante da manifestação de outro ideograma, ocorria o renascimento. E assim por diante, de fluxos fugidios à instantes estáticos, em nós condensados se pressupunha a rede da vida.

O caractere reproduz e imita visualmente o corpo em diferentes posições e funções; o *corpo em movimento* anima o caractere conduzindo-o a significados, e manifestações de arte. A vida em seu curso, respirando, inspirando e expirando, derivando e ressurgindo, encenada no palco.

1.4.3 Fluidez no traço do pincel no canto da tela

A relação entre a dança e a caligrafia é muito antiga, na China, cujo exercício como arte é uma manifestação peculiar a esta cultura. A caligrafia é vista como dança fixada, congelada, concentrada a um espaço; a dança, uma caligrafia fluida ou estendida.

A arte da dança chinesa tem suas origens anteriores ao aparecimento do primeiro caractere escrito. Movimentos coreográficos das mãos e dos pés fazem expressar a reverência aos espíritos do céu e da terra, as estações do ano, aos aspectos da vida cotidiana e expressões aos sentimentos compartilhados de alegria, prazer e penar.

As lutas orientais são como caligrafias dançadas no ar e riscadas no chão. Ao usar instrumentos, como leques, adagas, espadas, bastões de bambu, os corpos se metamorfoseiam em corpos estendidos, híbridos com suas ferramentas e, os mesmos instrumentos utilizados para a dança cultural folclórica, podem lutar, sulcando feridas abertas, marcadas pelo vermelho sangue ou podem trazer saúde. Como no Kung-Fu¹⁵ Tchi Kun¹⁶, Tai-Chi-Chuan¹⁷, Tui Na, os exercícios feitos em ritmo lento, com atenção à respiração - à inspiração da luz do sol passando por pontos de acupuntura e, movimentos circulares ou inspirados nos animais são praticados para aquisição da saúde.

O que os diferencia o toque é a intenção (guerreiro-ator-cuidador): Um toque dos dedos da mão em um ponto de acupuntura no corpo do outro, pode desbloquear o QI (fluxo de energia) estagnado, e deixar fluir o rio da saúde em energia; porém, com a força empregada como arma, o mesmo toque, pode fazer desfalecer, pode matar.

¹⁵ O Kung Fu é a arte marcial chinesa que remonta ao período da dinastia Chou (1111 a.C.-255 a.C.), simultaneamente forma de cultura física, técnica de desenvolvimento espiritual baseada em exercícios de concentração e instrumento de defesa pessoal.

¹⁶ O Tchi Kun é uma técnica milenar chinesa de treino interior para promover a saúde, longevidade e expandir a consciência, praticado de forma regular no dia-a-dia. O Tchi Kun também está associado a diversas artes marciais e também pode ser empregue como método de defesa.

¹⁷ O Tai-Chi-Chuan é uma prática corporal complexa de movimentos que visam a harmonia Yin e Yang como meio de melhorar o desenvolvimento da mente e das habilidades físicas, com movimentos naturais do corpo estimulados por energia interna.

As práticas do cuidado e manutenção da saúde pelo viés oriental, muitas vezes, acontecem via atividades que são consideradas por nós ocidentais como lúdicas. Refiro-me aos exercícios, meditação, contemplação, dança e todo tipo de arte. Na visão da medicina oriental, tais atividades são importantes métodos terapêuticos para a manutenção da vida em saúde, num cotidiano de saúde fluida e reorganizada a cada instante de dificuldade.

Como no Tchi Kun, corpos em atitude de gafanhotos, tigres, macacos, águias, serpentes, dragões e tartarugas são corpos múltiplos, híbridos, auscutados nos elementos da natureza, que inscrevem múltiplas histórias.

Assim racionalizando, como tecer rede com os fios puxados da cultura oriental versada aqui, com a lógica do cuidado, de Mol e a normatividade da vida em Canguilhem? De que saúde e de que cuidado estamos falando aqui?

Para alguns ocidentais, a idéia de crise, fragilidade e adoecimento é pouco ou de forma alguma aceita como parte da vida e saúde. Não compreendemos a doença como parte da vida e oportunidade de ressignificação do trajeto. Esta base de conhecimento envolve a população e o serviço de saúde como um todo, em uma espécie de condensado cultural, sem paciência para o processo da travessia do viver.

No entanto, para outras cosmovisões de saúde e de modos de viver, no momento de fragilidade e crise pode-se encontrar uma nova ordem, um amadurecimento criativo da vida. Para tanto, é necessário estar afeito a posição de fronteira - entre o estado que era antes e o novo estado que será depois da crise. É nesta impaciência de estar um desterritorizado momentaneamente, que se encontra uma importante diferença entre a filosofia da medicina oriental e a ocidental. É no cultivo da paciência, da calma, do tempo de aguardar entre lançar a flexa e ser a flecha ou o alvo é que se vive a dança da saúde.

Falamos de um estado de ser mais fluido, aquele que valoriza o tempo do processo de espera para encontrar novos caminhos. Para Mol (2008), “a fragilidade faz parte da vida e a calma é imprescindível ao bom cuidado” (p. 25). Na saúde e nos modos de cuidado Mol afina-se com Boff (2001), para quem a auscuta dá lugar a rigidez das recomendações inflexíveis e idealizadas, onde cuidar exige uma abertura ao outro, “(...) entrar em sintonia com, auscutar-lhes o ritmo e afinar-se com ele” (p. 96). O que

significa que na lógica do cuidado, o paciente faz parte da equipe e os coletivos se auscultam; o conceito de normal passa a ser colocado em outra instância e acontece com ontologias diferentes da biomedicina.

O termo normal, explica Canguilhem (1995), em medicina, costuma-se identificar com o estado que se deseja restabelecer, no caso de acometimento de doenças. Normal, portanto, é aquilo que deve ser, mas também é entendido como aquilo que se encontra na média (p.97). Para este pensador, “(...) um ser vivo é normal num determinado meio na medida que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder às exigências do meio (...)” (p.113). Portanto, o conceito de normatividade da vida dado por este autor, irá fazer uma torção qualitativa na noção de normalidade, pois, os fatores em que o processo vital antecede e determina a emergência de normas, podem ser alterados conforme os caminhos percorridos e, aceita as leis naturais em estado patológico (PUTTINI & PEREIRA JÚNIOR, 2007).

Nesta idéia, o patológico não é ausência de uma norma biológica, mas a ocorrência de uma norma recusada pela vida; é um constrangimento da vida. Portanto, a normatividade indica que a vida estabelece normas para si mesma e que essas podem ser negociadas e renegociadas para que se estabeleça o fluxo da vida (Canguilhem, 1995).

Oposto a isso, entender a vida como a normalidade tomada como um ideal a ser alcançado, traz insegurança e medos. Afasta a possibilidade de melhor convivência com as desordens, acontecimentos inesperados, pedras no caminho e diferenças. Diminuiu a capacidade de produção de novos sujeitos e novas práticas, de ser tal qual água que aceita o desvio do encontro com a pedra do rio, tomando a vida em seu movimento, de produção de novas normas.

Logo, na saúde, tanto Canguilhem como Mol buscam evidenciar que “doentes” e “crises” são momentos de vida, na sua lógica. Diferente seriam as pessoas saudáveis. Pois, os “modos de ordenar” a saúde para Mol e a “normatividade vital” para Canguilhem derivam mais de uma ação como verbo, envolve esforço contínuo em auscultar-lhe a vida em movimento; e mesmo assim, pode falhar.

Portanto, na lógica do cuidado, Mol (2008) sugere que “sincronizar as viscosidades da vida é um processo contínuo, ele segue, segue, segue, até o dia em que você morre” (p. 62). Nesta lógica, o tempo é diferente, pois não é linear, mas, sim o

tempo que gira, dá voltas e os problemas emergem. As práticas e cuidados em saúde não podem ser realizadas com movimentos robóticos, estanques, travados, previstos e controlados. Neste contexto, “estabelecer um alvo é uma parte do tratamento. (...) não faz sentido a fixidez sem levar em conta as negociações com as variáveis, sintonizar as variáveis umas com as outras, ajustar tecnologias a cada situação específica (...)” (*ibidem*, p. 63). Por isso Mol sugere que é necessário variar as perguntas, de quem cuida, de quem é cuidado e de quem pesquisa. Talvez a pergunta do pesquisador devesse ser mudada para: “O que uma pessoa com diabetes (com uma doença) faz cotidianamente para se manter em saúde?” (Mol, 2008, p.11).

Desta maneira, os pensamentos ocidentais destes autores citados parecem se aproximar à filosofia das terapias orientais que estão no SUS. Com base nesta maneira de olhar para a saúde, pode-se dar importância ao Projeto do Gugu para acordar e movimentar o corpo em um espaço nos jardins do posto de saúde, mais do que para alocar espaço a veículos para protegê-los dos arrombadores. Assim, é possível perceber que dança-luta-arte faz mais sentido para manter o corpo-cuidado-saúde no seu tempo de vida, com paciência e compreensão aos movimentos de crises e prazer. É vida vivendo em dança corporificada.

Neste sentido, tanto para os usuários, quanto para o pessoal do serviço é importante que a ideia de fluidez e variação, como uma tinta do pincel vista como nuvem no canto superior da tela, possa fazer parte da negociação do bom cuidado em saúde.

Pois, na lógica do cuidado assim como na normatividade da vida inúmeras negociações superam crises (Mol, 2008; Canguilhem, 1987). Se “A normatividade vital funciona através de crises e superações, estando intimamente ligada à existência e seus incontornáveis movimentos e diferenciações” (Canguilhem 1990, p.261). Se, em Canguilhem, a normatividade da vida propõe criatividade, coragem para assumir novas normas, mesmo que carregando outras conformações de saúde, distantes daquele estado que já se foi, na compreensão de Annemarie Mol, a lógica do cuidado necessita de criatividade e negociação, não podendo ser expressada seguindo as regras da normalidade técnica.

Portanto, a vida diante da possibilidade de constrangimento cria novas normas. Esta nova forma de viver não é parada, estática ou segura. É como um Ouroborus (a

serpente que morde o rabo): em algum momento encontrará nova crise, outro obstáculo e nova ação criativa, em um quantum constante de criação. Na lógica do cuidado, assim como na normatividade ou no pensamento da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) não se quer o retorno ao estado anterior e sim a possibilidade de continuar, amadurecendo na criatividade.

2 SEGUNDO MOVIMENTO: PARTOS, PADRES E CURANDEIROS

2.1 As PICs entre reais controvérsias

Diante das controvérsias no encontro com as PICs, na policlínica comunitária, passei por muitas noites em claro, pensando na possibilidade de encontrá-las em outros lugares de Niterói, ou não. Cheguei a pensar que talvez fosse só ilusão ou erro, que tudo havia acabado ou perdido a força e desaparecido por mais uma vez. No entanto, esta insegurança me fez buscar na memória as inúmeras vezes em que estas terapias já haviam crescido no apreço popular, para decair em seguida, diante de algum *lobby* (político e dos veículos de comunicação) forçado pela biomedicina. Lembrei-me que, em muitas destas ocasiões, eu havia participado intimamente dos fatos e seria importante fazer esse caminho nas memórias para saber que outras histórias eu teria para contar.

Por esta situação, me veio à mente a história da “aparição do demônio na fábrica”, contada por José de Souza Martins, em que de uma lembrança da juventude, quando trabalhou em uma fábrica de azulejos do ABC paulista fora marcado pela memória de “o menino que entregava papéis” e participou na ocasião, repetidas vezes, em que algumas operárias viam um demônio em um canto de uma sala na fábrica. Ele teve dúvidas sobre o seu imaginário juvenil e o que teria acontecido e partiu em uma pesquisa motivada pessoalmente por sua dúvida na veracidade da sua memória, mas que, ao final revelou interessante escrito para a sociologia do trabalho e para todos nós que lemos seu livro (MARTINS, 2008).

Percebi que pelo lado de dentro de uma família como a minha: misturada, um tanto confusa, nada ortodoxa, formada de histórias de ciganos contadas pela avó paterna, viajantes inquietos, por vezes ocultos, secretos, subterrâneos, outras vezes instituídos, seria possível desvendar pequenos detalhes do cotidiano. Falar de um lugar ao mesmo tempo secundário por se tratar de uma família não tradicional e central ao mesmo tempo por estarmos envolvidos com a temática da saúde e com as terapias naturais. Para Michel de Certeau (2008), “(...) a narrativização das práticas seria uma maneira de fazer textual, com seus procedimentos e táticas próprias” (CERTAU, 2008, p.152). É um ‘saber dizer’, ‘arte de dizer’, ‘arte de fazer’, são táticas e ‘sutis cá e lá’ no tempo oriundo do trabalho, da culinária às lendas, das astúcias das histórias vividas, às histórias narradas (*ibidem*, p.151).

Por conseguinte, quando Certeau (2008), refere-se aos jogos e artes do dizer, traz a idéia de que a linguagem está submetida à lógica dos jogos de ações, relativos aos tipos de circunstâncias. Argumenta que narrativa não se trata de descrição e observa que se o discurso produz efeitos e não objetos, então é narração e não descrição. Portanto é uma arte de dizer.

A narratividade como estilo desloca os campos em que sucessivamente se insinua, cria um novo arranjo do conjunto. Não possui discurso próprio. Não se diz a si mesma. Pratica-se o não lugar, o ali e não ali. Induz-se como um dançarino disfarçado em arquivista (*ibidem*, p. 154). Assim sendo seguiremos com a força atemporal da narratividade em muitos fios e nós nesta porção da rede de saúde da qual fizemos parte. Como nos narra Maria dente-de-leão¹⁸,

“Fui criada com apreço ao conhecimento brasileiro sobre saúde. Minha bisavó materna era parteira em Belém do Pará, recebeu todos os filhos de sua filha em casa e por suas mãos; minha mãe quando menina teve crupe (doença infectocontagiosa grave) e foi desenganada pelos médicos para ser curada com embrocações (pinceladas diretas na garganta e amígdalas) de óleo de copaíba feitas pela avó (memórias 2014, MARIA dente-de-leão)”.

Nascida ao final da década de cinquenta na capital paulista, estudo e atuo como terapeuta das práticas naturais de saúde desde o final da década de 1970. Desde menina convivi com as histórias da bisavó materna, a parteira de Belém do Pará, bem como as histórias da bisavó paterna uma cabocla da cidade de Goiás Velho (terra da sábia poetiza Cora Coralina), senhora que em certo momento da velhice escolheu viver sozinha no silêncio de uma casinha à beira do Rio Araguaia, acorada, pitando seu cigarro de palha e cuidando das pessoas que a procuravam. Com sabedoria e com as ervas.

Tais entrelaçamentos de saberes, vividos por mim, iniciados na cidade de São Paulo, produziram histórias por vezes confusas, talvez intrigantes, tanto no que se refere à promoção das práticas naturais de atendimento alternativo à biomedicina, como na desmoralização deste tipo de cuidado.

¹⁸ Os sobrenomes dos entrevistados estão dados a partir da escolha dos mesmos. Foi sugerido que dessem o nome da erva ou fitoterápico de maior sinergia consigo. Dente-de-leão (*Taraxacum officinale*) é uma erva desintoxicante para o fígado. Maria Dente de Leão é quem escreve esta tese.

“O crescimento do uso de novas práticas terapêuticas (...) denominadas alternativas, complementares, integrativas ou holísticas, essas práticas ganharam progressivo espaço em grupos civis e em instituições e serviços públicos de saúde. Seu surgimento e desenvolvimento remontam ao final da década de 1960, tendo desempenhado importante papel no conjunto de transformações denominado contracultura (Campbell, 1997; Luz, 1997; Queiroz, 2006). Naquele momento, uma juventude revolucionária partia em busca de novas soluções terapêuticas, utilizando tais práticas não apenas como terapias, mas como símbolos de uma ‘revolução cultural’ (SOUZA E LUZ, 2009, p.394).

Madel Luz (2005) observa que o surgimento e desenvolvimento das terapias chamadas “holísticas” iniciados nos EUA e na Europa a partir dos anos 1960 e prolongados nos anos 1970, sendo que, principalmente na década de 1980, atingiram os países latino-americanos (Luz, 2005). Na década de 1960, tais terapias eram parte de uma tentativa de unidade profissional de pessoas que se reconheciam como “terapeutas holísticos” e integravam o movimento social urbano denominado contracultura, (Tavares, 2003; Luz, 2005; Souza & Luz, 2009). Dentre as possíveis profissões incluídas na terapia holística, temos: “acupunturistas, terapeutas florais, psicanalistas, fitoterapeutas, terapeutas em estética, cromoterapeutas, terapeutas corporais, quiropraxistas, terapeutas ortomoleculares, radiestesistas, reikianos, etc.” (Vieira Filho, 2004, p. 3).

Desta maneira, ao final da década de 1960 e início da década de 1970, quando o público buscava as terapêuticas naturais influenciadas pela idéia de uma vida mais integrada à natureza, ao equilíbrio da energia, aos cuidados mais simples, porém eficazes, também se vivia com as marcas do período de ditadura civil-militar no Brasil.

2.1.1 O médico multifário

“Na minha família tínhamos um médico e minha avó paterna (que contava histórias de quando foi roubada por ciganos aos 12 anos de idade... e eu adorava e estranhava tais histórias) fazia a vez de enfermeira dele. Era bem engraçado, pois o que acontecia na minha família era uma espécie de reflexo do que acontecia no Brasil: existia um conhecimento da cultura nacional sobre saúde, inegavelmente forte e bem sucedido nos seus efeitos terapêuticos. Por outro lado, meu tio médico também trazia para seu campo os aprendizados do momento, ou seja, a acupuntura, a hipnose, a ortomolecular

da Dra. Aslan. Ele treinava comigo estas práticas. Às vezes fazia demonstrações em família dos poderes da hipnose e me fazia inclinar para frente, até a um ângulo provavelmente impossível de estabilidade. Outras vezes, aplicava agulhas de acupuntura em mim e mostrava para o meu pai (que temia), como aquilo não doía. Em outros momentos recebi injeções de polivitamínicos, antibióticos e aqueles recursos da biomedicina que ele também fazia. O meu tio era um médico multifário, complexo ou era confuso? (memórias 2014, MARIA dente-de-leão)”

Assim era o Brasil, naquela época. Possuía uma imensa sabedoria popular de saúde que havia dele cuidado até aquele momento e estava em mudança para o desenvolvimento que contava com a industrialização dos medicamentos e insumos para esta ‘evolução’ do rótulo do que era considerado como científico.

“As transformações na medicina moderna ilustram muito bem um movimento mais geral, o da construção da ciência na sociedade ocidental e sua ascensão à forma socialmente legítima de produção de conhecimento, em detrimento da arte e da experiência comum cotidiana (‘senso comum’)” (SOUZA E LUZ, 2009, p.399).

São Paulo, capital, era recheada de novidades e uma delas era a acupuntura, passada de mestre para discípulo oralmente e, a cidade estava cheia deles. Mestres oriundos da grande imigração chinesa, japonesa e coreana, fugidos das misérias do pós-guerra e vindo no Brasil um bom lugar para tudo acontecer. Esses imigrantes trouxeram e mantiveram fortemente a sua maneira e cosmovisão de saúde e conseguiram transladar¹⁹ seus conhecimentos para os nacionais. Para Madel Luz (1996), a busca social de culturas médicas orientais, intensificada a partir dos anos setenta, sobretudo das medicinas chinesa e hindu, com suas visões da saúde estava mais enraizada no sentido de serem espiritualizadas. Afirma a autora que se tratava de um sintoma de um abalo sísmico de natureza ideológica que se propagava, desde então, na cultura ocidental, com maior ou menor intensidade nacional ou conjuntural (p. 361).

¹⁹ Aqui no sentido da translação do conhecimento que é um processo que promove mudanças nas relações entre os atores envolvidos e novas formas de conciliação entre diferentes saberes, pois possui a capacidade de não somente trocar como transformar maneiras de conceber, conhecer e agir. Para saber mais sobre o assunto consultar Clavier & Potvin (2011); Callon (2008) e Latour (2005).

O termo contracultura pode se referir ao conjunto de movimentos de rebelião da juventude que marcaram os anos 60 com o movimento hippie, o rock, um movimento nas universidades, viagens de mochila, drogas, orientalismo, etc. bem como a certo modo de contestação, de enfrentamento da ordem vigente e bastante diferente do movimento de oposição mais tradicional (PEREIRA, 1986). Tratou-se de manifestações mais ou menos espontâneas, ainda que carregados de teor político. Pode-se definir como a representação dada a um conjunto de manifestações de repúdio ao *modus vivendi* predominante no Ocidente, que resultaram em algumas transformações socioculturais, tais quais: a) a desvalorização do racionalismo a favor de novas visões de mundo; b) a recusa ao *american way life*; c) o pacifismo e d) a valorização das emoções e revolução sexual (CAPELLARI, 2007).

A contracultura brasileira em geral é descrita pela rebeldia da juventude de classe média e alguns visceralmente contrários à ditadura pegaram em armas, outros tantos, ainda que de esquerda ou até de extrema-esquerda, acabaram internalizando posturas do *desbunde*, mas também *underground*, *alternativo*, *experimental*, *vanguarda*, ou seja, aqueles que se recusavam a participar dos ritos sociais consagrados pela tradição ocidental (FAVARETTO, 1980).

“Para estrangeiros ou brasileiros, a revolução, nesses termos, não consistia jamais na tomada do Estado, mas na implantação, nos interstícios da realidade dominante, de formas alternativas de viver. (...) a contracultura propôs a vida em comunidade (...) uma maneira barata e agradável de viver (...) baseada no contato com a natureza, na produção agrícola sem uso de pesticidas e fertilizantes químicos, na alimentação natural com base na macrobiótica ou do vegetarianismo. (...) as comunidades rurais ou urbanas, representavam uma forma de contestar o *way life* do consumo” (CAPELLARI, 2007, p.50).

2.1.2 Jurisprudência: curandeirismo ou reserva de mercado profissional?

Por outro viés, Carvalho (2005) aponta que no período dos anos 1950 a 1980 ocorreram mudanças culturais significativas quanto aos hábitos e valores vigentes na sociedade brasileira. Transformações na estrutura produtiva formando de maneira crescente uma “sociedade de consumo”, com desdobramentos na área da saúde, aplicando uma reeducação da população com vistas a incorporar novos hábitos e

práticas próprios da medicina erudita, ortodoxa. Dessa maneira, a repressão visando à expropriação das práticas populares de saúde inclui a criminalização e a inclusão do termo “curandeirismo” aos terapeutas de fora da biomedicina (p. 12).

Curioso é que Carvalho (2001, 2004, 2005) pesquisou sobre as práticas populares de saúde em São Paulo, a partir de 179 Acórdãos Judiciários (AJ) relativos aos casos de práticas de Curandeirismo, Práticas Ilegais da Medicina, da Odontologia e da Farmácia, entre outros, publicados na Revista dos Tribunais em São Paulo, entre os anos de 1950 e 1980. Tais acórdãos possibilitaram obter algumas informações importantes e permitiram refletir sobre as concepções vigentes sobre as práticas populares de saúde. Na década de 1960, por exemplo, segundo a fonte pesquisada, ou seja, a Revista dos Tribunais (vol. 185 a 536. Maio de 1950/Junho de 1980), os AJ marcavam os temas e volume: curandeirismo (50), exercício ilegal da medicina (16), exercício ilegal da arte dentária (13), exploração da credulidade pública (06), homicídio culposo (02), estelionato (01). De todo modo, o autor chama a atenção para ser neste período que se forma a jurisprudência sobre o curandeirismo e práticas correlatas no Brasil, sendo estas mais interessantes do que homicídio ou estelionato (*in* Carvalho, 2004). Uma verdadeira caça às bruxas!

Já na década de 1970, notou-se uma evidente redução destes delitos. Na mesma fonte de pesquisa, os AJ marcavam os temas e volume: curandeirismo (13), estelionato (08), exercício ilegal da arte dentária (07), exercício ilegal da medicina (05), exploração da credibilidade pública (05), exercício ilegal da arte farmacêutica (05), homicídio culposo (01), estupro (01). Chamo sua atenção para o item curandeirismo estar em reduzida quantidade nos AJ da época, talvez pelo fato do quase esgotamento das forças de um saber popular cultural sobre saúde, se vendo obrigado a calar-se e esconder-se nas bordas da sociedade.

De outra ponta a modernização, imposição de saberes colonizadores e organização econômica também perseguiram e faziam morrer a arte da prática dentária e da arte farmacêutica, disponibilizando estas práticas para uma classe de sujeitos profissionais oficializados, instituídos.

Por conta disso, de acordo com a análise de processos-crime realizada por Carvalho (2001), a maioria das denúncias contra curandeiros continua a ser feita por médicos diplomados e também, principalmente nas décadas de 60 e 70, por órgãos de

fiscalização do exercício profissional, ligados à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Órgãos como os Serviços de Fiscalização Profissional da Medicina, da Odontologia e da Farmácia.

Não obstante, naquela época, cada vez mais era tido como moderno e superior usar medicamentos da indústria farmacêutica com influência européia e norte-americana. As marcas do colonialismo se refaziam na demonstração de como a ciência do norte (Europa e Estados Unidos da América) era séria e culta, separando e impondo um saber fazer de práticas de saúde, onde cada vez mais a imagem do caboclo, do índio, do negro, do caipira estaria vinculada à credice e ignorância. Como nos diz Boaventura de Souza Santos, “(...) O que há de específico na dimensão do colonialismo é a violência apresentada na ideia da inferioridade do outro (...)” (Santos, 2006). Desta maneira, os saberes da cultura nacional ficariam guardados em casa, nas zonas rurais, nas beiras dos rios e nas matas. As pessoas que ousavam exercer os cuidados naturais, populares, tradicionais e culturais brasileiros poderiam ser presas.

2.1.3 Captando energia e corpos abraçando árvores

A década de 1980 foi marcada por longos períodos de aprendizagem sobre as práticas de conhecer e cuidar do corpo inseparadas da natureza. Fazia-se conexão com a terra em cataplasmas, com as águas em banhos, com as árvores (quem nunca abraçou ou quis abraçar um Jequitibá centenário?). No uso das ervas nós aprendíamos sobre garrafadas, unguentos e chás; com os cristais desbloqueávamos os chakras; com a acupuntura fazíamos mover a energia fluida dos meridianos, com as benzeduras e impostação das mãos fazíamos circular a energia do corpo. Maria dente-de-leão conta-nos deste momento,

“Estávamos muito envolvidos em captar e resgatar estes conhecimentos, ainda sob efeito de resistência à ditadura militar, tais fustigações movia-nos na contracultura, dos movimentos alternativos, da preocupação com a ecologia e o meio ambiente. Quando engravidei da minha primeira filha, fazia o pré-natal no Instituto Hannemaniano do Brasil, que formava obstetras homeopatas e a Maternidade Pública da Praça XV tinha a primeira sala preparada para receber parto de cócoras; na época um parto experimental. Fiz todos os exercícios preparatórios de yoga de saudação ao sol prescritos no livro Parto das Índias do doutor Moisés Parcionik, mas, como a sala de parto só fazia o experimental às terças e minha filha quis nascer no sábado... ficou para o próximo filho o parto do jeito das índias brasileiras. Nos deslocávamos para

lugares com menos poluição do ar e sonora. Buscávamos água da fonte para beber, cozinhar e tratar” (memórias 2014, MARIA Dente-de-leão).

E assim, em meados da década de 1980, fui morar em Colatina, no interior do estado do Espírito Santo. Morava em frente ao Rio Doce (hoje soterrado por resíduos de lixo tóxico de uma mineradora). Fui para aquele local por conta de uma transferência de trabalho do marido que atuava como representante da indústria farmacêutica alemã de medicamentos químicos Merck (um contrasenso?).

Ao me instalar em Colatina, com o passar do tempo (6 meses), iniciei atendimentos em um pequeno consultório de terapias naturais. Em pouco mais de um ano, estava ocupando um andar inteiro de um prédio e trazia da capital (Vitória) profissionais para práticas de Yoga, Tai-Chi-Chuan, meditação, palestras sobre os benefícios da homeopatia. Não tardou para saber que o pároco da cidade estava alertando aos fiéis (muitos deles meus clientes) sobre uma mulher que estava trazendo novas seitas para o local e que aquilo era deveras perigoso. Maria dente-de-leão continua seu relato,

“foi um tempo muito curioso, em que os embates aconteciam publicamente nos jornais, rádios e revistas. Por vezes, mostrando como a meditação, o Tai-Chi-Chuan, a Yoga ofereciam benefícios para a saúde de estudantes e trabalhadores. Por outras vezes, tais elogios se contrapunham a um forte lobby da classe biomédica que anunciava em veículos publicitários, revistas populares e televisão a charlatanização dos terapeutas e destas práticas. Em Colatina tive minha segunda filha e foi outra condição estranha, pois foi considerado por muitos profissionais médicos uma aberração ter um parto natural na cidade onde quase cem por cento dos partos eram cesáreas. O médico que aceitou fazer o meu parto me disse que foi chamado por colegas para ser alertado que estava cometendo uma irresponsabilidade, uma loucura! Sim, foi parto normal! De Colatina eu viajava para Belo Horizonte, duas vezes por mês, de trem, passando por cidades do interior, por oito horas seguidas, para estudar acupuntura e naturopatia. Em certo momento, recebi aulas com o mestre chinês Wu, que havia recém chegado ao Brasil e um tanto aflito buscava apoio para trazer a mulher e filha da China de onde estava exilado por conta da época de protestos da Praça Celestial de 1989. Entretanto, o período de Colatina terminou e ao final de quatro anos de rica atividade e grandes debates, quando deixei a cidade, ela contava com uma farmácia homeopática, um farmacêutico especializado em homeopatia, uma loja de produtos naturais e dois médicos especialistas em homeopatia. Influenciados pela vertente naturalística que ocupava as nossas vidas. (memórias 2014, MARIA dente-de-leão)”

Neste período, mestres chineses davam aulas pelo Brasil, muito por conta desta fuga dos intelectuais e profissionais da China, por serem perseguidos em seu país. A

esta altura o mestre Liu Pai Li já era chamado para congressos e mantinha um grande centro de Tai Chi e escola de acupuntura na cidade de São Paulo. Os mestres orientais eram convidados a Brasília para administrar aulas na UNIPAZ – Universidade Internacional da Paz, coisa que os fez muito conhecidos e fortalecidos na disseminação dos seus conhecimentos. Neste tempo, a busca por medicinas naturísticas ganhava adesão de camadas, por vezes elitizantes, das populações urbanas e além da importação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, por conseguinte tal fato podia ser evidenciado no crescimento de farmácias e lojas de produtos naturais (LUZ, 1997).

2.2 O incômodo do parto natural

O assunto parto natural entra neste trabalho porque ocupa um importante espaço na narrativa que compõe o terreno em rede por onde as PICs passam. Uma das entrevistadas que fez parte do movimento das PICs no centro de saúde que inicia este trabalho também atuou com a saúde feminina em Niterói. Assim, as coisas se mesclaram: PICs, mulheres, partos, cadeira de parto de cócoras, etc. Humanos e não humanos em um importante agenciamento de mediação e translação do conhecimento.

Explorar os acontecimentos aproximadamente, através das práticas, torna mais claro os movimentos e as agências dos atores. Além disso, há uma diferença, a partir da TAR, em considerar um ator como mediador ou intermediário. Nas palavras de Latour (2005), um intermediário seria aquele que transporta o significado ou a força numa situação, sem ocasionar, no entanto, algum tipo de transformação. Os mediadores, por outro lado, alteram as circunstâncias, fazem a translação, distorcem e modificam o significado daqueles a quem deveria representar. Os actantes são inúmeros e a TAR não tem preferência por algum tipo de ator como mediador. Suas ações possuem sempre um resultado inesperado e sua natureza é complexa (LATOURE, 2005). (CAMILIS et al, 2013, p. 13).

Neste sentido, no Brasil, segundo o trabalho de Helena Torres (2014), os partos, antes realizados por parteiras ou “aparedeiras”, foram progressivamente incorporados como práticas médicas com o advento da obstetrícia nas Escolas de Medicina e Cirurgia

da Bahia (em 1818) e do Rio de Janeiro (em 1812). Neste sentido, o discurso e intervenção anatomo-patológico do parto tornou-se potente e a obstetrícia uma especialização médica que passou a incluir toda a gestação, a sexualidade, higiene e moral feminina (BRENES, 1991 *in* TORRES, 2014). Desta maneira, a parteira ficou na ilegalidade no Brasil até 1973, quando o ensino de obstetrícia passou do curso de medicina para o curso de enfermagem (COSTA, 2002).

O parto, após a segunda metade do século XX, dentro das maternidades funcionou como uma linha de produção estereotipada (DINIZ, 2005), colocando a mulher parturiente afastada da sua feminilidade e na sua hora ela foi uniformizada, separada dos seus familiares e pertences pessoais. Além disto, se sujeitou ao ato da tricotomia (raspagem dos pelos púbicos), lavagem intestinal e a episiotomia de rotina (corte do tecido vaginal para ampliar o diâmetro de passagem do bebê), constituindo a hora do parto como evento extremamente medicalizado²⁰. Desta maneira, independente de haver risco ou não, de ser vaginal ou cirúrgico, o hospital foi privilegiado como ambiente propício com o maior uso de tecnologias e instrumentos que levaram a redução do tempo do procedimento (TORRES, 2014).

Em 2013, também esquentou a discussão sobre a atuação das parteiras no Brasil. Uma tradição cultural importante e de grande serviço para as mulheres de comunidades ribeirinhas, onde, por inúmeras vezes, o SUS não consegue ter cobertura.

“Parteiras tradicionais integram o SUS e melhoram atendimento a mulheres e recém-nascidos. Mulheres que aprenderam a realizar o parto no dia a dia ou com outras parteiras são respeitadas onde residem e apontadas como referência para a saúde de mulheres e crianças da sua comunidade. [...] Através do projeto, as parteiras vêm participando de encontros de saberes e trocas de experiências, onde recebem informações sobre como melhorar a assistência à mulher e ao recém-nascido, e são beneficiadas com equipamentos médicos e de apoio como balança pediátrica, estetoscópio, toalha, capa de chuva, fraldas, entre outros. [...]” Fonte: Jornal Conexão Tocantins, Saúde 12/12/2013,

²⁰ A medicalização é o processo onde problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos. Tais como define doenças, condições de alcoolismo, menopausa, fadiga, tristeza, nervosismo com conseqüente prescrição de medicamentos. A gestação e o parto não são doenças, porém esteve cada vez mais associado a potenciais riscos (CORDEIRO, 1980).

<http://conexaoto.com.br/2013/12/12/parteiras-tradicionais-integram-o-sus-e-melhoram-atendimento-a-mulheres-e-recem-nascidos>. Consultado em 14/09/2014,

No entanto, atualmente, a humanização do parto é uma preocupação para o cuidado no SUS. Em maio de 2014, a ministra Ideli Salvatti, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, lamentou o alto índice de cesarianas, que chega a 40% no Sistema Único de Saúde (SUS) e a 84% nos hospitais privados, contra um índice de 15% referido como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo ela, o número mais elevado na rede privada revela um “viés econômico”, devido ao custo mais alto do parto cirúrgico²¹.

Nesta determinação, a humanização do parto, hoje é uma questão central para o Programa Rede Cegonha e também um desafio, pois envolve mudar a organização e a cultura vigentes nas estruturas de saúde. Segundo Dario Frederico Pache (MS), historicamente a cultura produzida pelo campo médico avançou para a “medicalização da vida”. Assim, a gestação, o parto e nascimento acabaram se transformando antes de tudo num “ato médico”.

A OMS destaca que as medidas são pactuadas com estados e municípios, para que as mulheres possam contar com orientação sobre direitos reprodutivos e que o acompanhamento pré-natal, além do parto seguro, se enquadram dentro de programa mais amplo de atenção à saúde da mulher, o Rede Cegonha.

Neste sentido, para que o sistema público possa avançar mais rapidamente, uma das estratégias é favorecer o parto natural, em centros de natureza não-hospitalar, com acompanhamento de profissionais de enfermagem qualificados em obstetrícia. Segundo Pache, o modelo é o sistema inglês, em que 85% dos partos são “absolutamente fisiológicos”.

“Uma questão problemática para os militantes da humanização é a confusão que às vezes se estabelece quanto ao próprio termo “humanização”, pois não se restringe ao toque no paciente, ao atendimento acolhedor, embora este seja um dos princípios e efeitos fundamentais. Do mesmo modo, a humanização como política pública diz respeito também à democratização

²¹ Ver assunto <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/05/27/debate-sobre-parto-humanizado-e-marcado-por-criticas-ao-alto-numero-de-cesarianas> sobre humanização do parto Programa Rede Cegonha.

das relações, desverticalização nas relações de trabalho, à cogestão, em suma, a uma luta que certamente inclui a sensibilidade do toque, mas a ultrapassa também” (BARROS & GOMES, 2011).

Desta maneira, em outro momento, ao final da década de 1990, de volta à Niterói, Maria *Dente-de-leão* se vê em outro acontecimento interessante,

“A coisa já tinha mudado bastante, tanto no Rio de Janeiro como em Niterói. Em Niterói, lugar onde naquele momento morava, tínhamos a ‘Casa do Parto Nove Luas Lua Nova’, onde o parto tinha uma proposta de ser humanizado. No âmbito do SUS, era na Maternidade Santa Rosa, em uma salinha ambientada, com uma cadeira própria para este tipo de parto, luz em penumbra, música new-age no ambiente de teto azul violáceo com estrelas pintadas em branco, esse era o lugar onde acontecia o parto de cócoras. A médica fazia as vezes de aparadeira do bebe que descia para suas mãos. Nada de apressar, cada um no seu tempo...e olha que eu nem fiz aquela preparação do Dr. Parcionik, nem precisou. A médica dizia que todas estavam prontas e que tudo sairia bem. E saiu! Nasceu o meu terceiro filho, finalmente de cócoras (memórias 2014, MARIA Dente-de-leão)”

E por falar em parto de cócoras e Dr. Parcionik nas minhas andanças do doutorado, procurando por onde passeava o cheiro de moxa no ar, consegui encontrar uma pessoa importante para as mulheres e humanização do parto em Niterói. Ela criou a Casa do Parto Nove Luas Lua Nova nos anos de 1980 e participou ativamente das PICs no centro de saúde que iniciou este trabalho. Quando a convidei para um chá com bolo e entrevista descobri naquele momento que ela também havia participado do evento do nascimento do meu terceiro filho em parto de cócoras. Conta como adquiriu, influenciou os médicos e colocou a cadeira de parto de cócoras na Maternidade Santa Rosa. Vânia *Marapuama*²² revelou que

“(...) uma vez a gente convidou o Moysés Paciornik, porque eu sabia que ele viria ao Rio. Eu li em algum lugar que ele viria ao Rio. Eu falei: Eu vou convidar o velho pra ir lá na Maternidade Santa Rosa.

Porque era lá que a gente fazia o nosso laboratório (de saúde da mulher e humanização do parto), porque a gente era amigo de todo mundo e fazia o que queria, né²³? E fazia na rede pública. As minhas clientes do centro de saúde eu acompanhava o

²² *Marapuama* (Ptychopetalum olacoides) erva indicada para esgotamento físico e mental como tônico em geral, antifadiga e antidepressivo suave; para síndrome da fadiga crônica como estimulante do sistema nervoso central; para impotência sexual como afrodisíaco masculino e feminino.

²³ Esta frase “naquela época nós fazíamos o que queríamos” não foi retirada para deixar o texto limpo ou jogada para debaixo do tapete ou fechada em uma espécie de caixa preta. Na TAR ela é uma pista a seguir que me fará compreender melhor as conexões da rede de saúde evidenciadas em um tempo e lugar.

parto no Hospital Santa Rosa. Nessa época a gente podia fazer tudo o que bem entendia. E aí como Moysés vinha, aí eu falei com uns amigos:

Gente, vamos trazer o Moysés (Parcionik) e vamos encher a platéia. Vocês tragam todos os alunos e coloquei todo mundo para trabalhar na divulgação do evento. E aí chegou aquele velhinho lindo de morrer de gravata borboleta e tinha muita gente, todo mundo se acotovelando. Mais de 100 pessoas no auditório do centro de saúde.

Ai eu liguei pro filho (filho do Parcionik), porque eu sabia que ele tava produzindo a cadeira para parto de cócoras. Ele tinha produzido 4 cadeiras, as primeiras 4 cadeiras dele, tudo vendido. (...). Foi uma negociação difícil mas consegui! E o valor foi dividido entre amigos médicos interessados em atuar com o parto de cócoras. Foi a primeira cadeira de parto de cócoras de Niterói, esta comprada quando o Parcionik esteve aqui e ficou na Maternidade Santa Rosa, onde seu filho nasceu! (Vânia Marapuama).

Após este feito veio a Casa do Parto?

E aí a gente fez um anteprojeto da Casa do Parto e entregou ao secretário de saúde... que era até acupunturista (...) explicamos que não tinha gastos enormes, não tinha isso. Não tinha grandes investimentos. O cara falou que (...) já tava minimizando tudo, que (...) Eu saí aos prantos do lugar dessa apresentação. Aí eu cheguei em casa não conseguia dormir, falei:

- Marcelo, eu vou abrir.

Ele falou:

- Pirou, né?

Eu falei:

- Não, não pirei. Tenho certeza que eu vou abrir e vou abrir a Casa do Parto e certeza que não é muito gasto, entendeu? (...) visualizei, fui ver uma daquelas casinhas agarrada no Santa Rosa, porque assim que eu queria. Eu queria uma casa pequena agarrada no Santa Rosa e era tudo meio tido de herança, ninguém queria vender nada (...). Eu falei:

- Ah, não vou desistir.

Aí um dia eu ta... fui acompanhar um parto ali na Otávio Kelly na casa de uma amiga, mas na hora que eu pisei na casa..., primeiro ela me mostrou a casa uma semana antes, eu falei:

- Deixa eu olhar a casa, deixa eu ver como é que é, né? Parto em casa dá sempre um certo... teu nome tá na reta, né? Pode dá tudo certo, tem tudo pra dar certo. Mas não pode dar errado, né? Aí a gente, quando ele abriu a porta eu falei:

- Que engraçado, eu vi a Casa do Parto. O filho da minha amiga(...) cada movimento dentro da casa eu vi, eu vi o parto. Falava:

- Cara, isso aqui vai ser a Casa do Parto. Isso aqui vai ser a Casa do Parto.

Aí na hora que nasceu o filho da minha amiga, dentro d'água, Denise olhou pra ele e falou assim:

- Entendeu, não entendeu?

Isso assim, ela não tinha um mês de casa reformada. Ela mudou dois meses depois. Um neném de dois meses (...) ela já morava em São Francisco e deixou a casa pra gente, a gente inaugurou três meses depois. Foi um... assim. Esse neném é do final

Durante as entrevistas vocês verão que várias entrevistadas falaram a mesma frase referindo-se àquele tempo. Discutiremos isto mais adiante.

de Julho, a Casa do Parto foi inaugurada 18 de Janeiro. Então ela mudou em dois, três meses, nós inauguramos em dois, três meses. (Vânia Marapuama)²⁴

Para dar continuidade a essas histórias vividas e contadas, no ano de 2015 o filho da Maria *Dente-de-leão* engravidou de uma menina junto com a esposa. Os dois procuraram todas as informações pelas redes sociais de como ter um parto humanizado e natural. Fizeram os exercícios para o parto de cócoras durante toda a gestação. Agora mais do que a saudação ao sol do Dr. Parcionik, contavam com a bola da fisioterapia para sentar e alargar a pelve. Fizeram alimentação natural, alongamento, yoga e meditação. Procuraram pelo SUS o acompanhamento pré-natal pelo Programa Rede Cegonha. Receberam do programa um enxoval muito cuidadoso e de boa qualidade para o bebê que chegaria. Tiveram atendimentos cuidadosos, gentis, de bom trato.

O jovem casal escolheu pelo SUS a Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira, no bairro de Charitas, Niterói, onde equipes do sistema Programa Saúde da Família (PSF)²⁵, contendo doulas²⁶ estavam prontas para o parto de cócoras ou o mais natural e humanizado possível. Para estas equipes o parto é um momento natural e de preferência

²⁴ A **Casa do Parto**, à princípio, foi pensada para o município de Niterói, que, na época, não bancou. E, foi aí, que alguns “loucos” já cansados de colocar cadeiras em hospital para acolher gestantes e sensibilizar equipes médicas, resolveram que não podiam mais. (...) queriam provar que não era necessário ser frio, intervencionista, para ser respeitado como obstetra. A Lua Nova celebra a vida; as nove luas, o processo... **A Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova** acolheu ambas... Grupos de gestante e casais, consultas de pré-natal, acompanhamento terapêutico durante o trabalho de parto, partos (normais, cócoras, água e cesáreas necessárias), orientação no pós-parto e amamentação, cursos e reciclagem profissional... foram algumas das ofertas oferecidas por esse espaço.. Consultado em 28-04-2016. Fonte: <http://casadopartonoveluasluanova.blogspot.com.br/>

²⁵ O Programa de Saúde da Família vem sendo implantado pelo MS/SUS desde 1994, com a expectativa de imprimir nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, com maior integração e racionalidade. O princípio operacional do PSF visa estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde da família com a população, possibilitando, em tese, o resgate da relação de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Reafirma os princípios do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (CAETANO e DAIN, 2002). Para maior conhecimento ver “Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde” (BRASIL, 1997).

²⁶ A doula é uma prestadora de serviços que recebeu treinamento básico sobre parto, estando familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Tem como atividades, fornecer apoio emocional por meio de elogios, reafirmações, contato físico, como friccionar o dorso da parturiente, segurar suas mãos, como atendê-la em suas necessidades básicas; enfim, dar-lhe explicações sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto; sendo assim, uma presença amiga constante. É um elemento importante no elo entre a parturiente-família-equipe de assistência (OLIVEIRA, 2002).

não necessita de intervenção médica. Assim, a gestante entrou em trabalho de parto em casa. Sabia de tudo o que era necessário saber sobre a sua hora: contagem das contrações, como respirar, como melhorar a dilatação trabalhando com a bola de fisioterapia, etc.

O casal passou a gestação morando na casa da mãe do pai da criança. Quando havia passado mais quatro horas das dores terem dado início Maria *Dente-de-leão* sugeriu ao pai que começasse a apertar os pontos de shiatsu para facilitar a passagem do bebê e diminuir as dores da mãe. Quando se passaram 15 horas do trabalho em casa, Maria sugeriu que fossem para a maternidade e lá eles continuaram com as massagens nos pontos de shiatsu, exercícios na bola de fisioterapia. Isto chamou a atenção também da equipe de serviço que quis informações sobre o que o pai fazia para ajudar naquela hora de dor. Perceberam que as dores cediam quando os pontos eram massageados sem a necessidade de outra intervenção da equipe e medicamento. Assim, mesmo com todo esforço e dedicação de todos para proporcionar um parto de cócoras a moda das índias, 24 horas após o início das contrações mas sem o encaixe da criança e dilatação suficiente para o parto natural, nasceu Nailah, neta da Maria *Dente-de-leão*, de parto cesariana.

É importante ponderar que mesmo sendo um parto de cesariana, com corte no baixo ventre e costura, ele foi um parto humanizado. Tratado com atenção, carinho, paciência, com a participação ativa de todos (pai, mãe, pessoal de serviço) e com aplicação de saberes diferentes integralizados e complementares. Parece claro que as ações foram em benefício do nascimento e do bem estar para a mãe, o bebê, a família e para o serviço.

Os médicos, enfermeiros e doulas que acompanharam este processo pediram para conhecer os recursos que o pai utilizara. Perguntaram como podiam receber este conhecimento focado no processo do parto, pois acharam que muito ajudaria para o serviço e também para a participação do pai no pré-parto.

Com estas marcas, contadas neste momento, pudemos verificar que não acontece nada que não esteja implicado a outras pessoas (DESPRET & STENGERS, 2011) e à actantes humanos e não-humanos (LATOURE, 2005). Por exemplo, a cadeira de parto de cócoras das histórias contadas por Maria *Dente de Leão* e Vânia *Marapuama*, foi um mediador potente, local e momentâneo, ou seja, aquele que age e faz agir em agências e agenciamentos (LAW & MOL, 2008), que transforma por onde passa, direta e indiretamente.

Para o movimento da TAR este actante não humano foi um mediador que transformou e não deixou nada igual. Vânia *Marapuama*, no seu ideal de fazer uma casa de parto para facilitar às suas clientes a terem um momento de parto mais humanizado e de cócoras, implantou uma cadeira para parto de cócoras em uma maternidade do serviço público de saúde de Niterói, influenciou médicos e outros profissionais a outro tipo de relação com o nascer das crianças.

Coincidentemente Maria *Dente-de-leão* encontrou Vânia *Marapuama*, 21 anos após o nascimento do seu terceiro filho, de parto de cócoras e descobriu que esta (Vânia) foi quem colocou a cadeira de parto de cócoras e trouxe o Moyses Parcionik para Niterói. Ele foi “*o velhinho lindo de gravata borboleta*” que ensinou os médicos a fazer aquilo que a natureza já induzia. E em outro momento, mais recente, o filho de Maria *Dente de Leão* teve sua filha em um novo programa de saúde pública nomeado Programa Cegonha que oferece o parto natural e de cócoras, mas pelas circunstâncias da dificuldade do parto recebeu Nailah das mãos do médico após o parto de cesariana por vezes necessário e sem ser desumano.

2.3 As PICs ... Entre saberes, lutas e resistências

Na busca por boa qualidade de vida para a família, junto à natureza, fui trabalhar na região central do Brasil. Atuava na Pousada do Rio Quente, em Goiás, na década de 2000, com prestação de serviços em promoção de saúde, bem-estar com terapias naturais (acupuntura, massagens, iridologia, florais de Bach, cataplasmas, orientações do uso dos banhos termais e orientação sobre sucos terapêuticos). Naquela ocasião, recebia algumas visitas de representantes do Conselho Regional de Medicina (CRM) de Goiás com ameaças sobre o que fazia como prática. Naquele momento, ocorria um enfrentamento bem tenso entre a medicina e os praticantes não médicos da acupuntura, em todo o Brasil. No interior de Goiás não era diferente e representantes do CRM ameaçavam-me.

Maria *Dente-de-leão* nos dá conta das discussões que aconteciam de tempos em tempos em Goiás,

“Dois homens que se diziam representantes do Conselho Regional de Medicina chegavam à Pousada do Rio Quente, dentro do ambiente onde eu atuava dizendo assim

- A senhora está fazendo uma prática proibida, clandestina, de falsa medicina. Apenas médicos podem fazer acupuntura. A senhora pode ser presa! - Diante desta fala eu no mesmo instante telefonava para São Paulo e pedia orientações legais para lidar com aquela interferência e baseada no aconselhamento respondia: Pois os senhores ponham-se daqui para fora e me processem. Não existe legislação sobre acupuntura. Ela não pertence à biomedicina, nem a nenhuma classe. É uma prática livre. E assim, os homens iam embora, para voltarem em menos de um ano para uma nova tentativa de constranger meu trabalho (memórias 2014, MARIA Dente-de-leão)”.

Aquelas ameaças representavam outra coisa: a medicina queria a prática da acupuntura como exclusividade para a sua classe. Assim como, de tempos em tempos naquela década, o Ato Médico²⁷ ressurgia e se reforçava, reivindicando para a classe médica os espaços terapêuticos. O Ato Médico foi e ainda é um movimento da biomedicina que obriga a presença do médico na acupuntura e em todas as outras formas de terapia. Tal evento continua se atualizando. Portanto, sugiro lembrar o encontro da pesquisadora com o desconhecimento e apagamento das memórias quanto às PICs. Pergunto: estará a presença ou sumiço das PICs no SUS na dependência do gestor ser um adepto ao Ato Médico?

Chamo a atenção para este tipo de governança focada no gestor ser deveras controversa. Pois, se, uma pessoa é posta em uma missão de gerir um serviço público de saúde, suas convicções não deveriam estar de fora da sua administração e missão? Afinal, o foco de uma administração de saúde para o SUS seria privilegiar e promover o bem estar e saúde dos usuários, estamos falando de uma administração municipal inserida em um estado democrático.

Neste sentido, o movimento de reforma na saúde brasileira, que tomou forma em meados da década de 1970 e deu origem a formatação do SUS , em 1988, trouxe como fim a descentralização do poder, a variação e multiplicidade na governança. O ideário político do movimento da Reforma Sanitária brasileira “defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (Paim *et al*,2011). Um gestor sanitaria estaria mais implicado com o conceito de saúde elaborado na reforma?

27 Lei do Ato Médico atualizada em 2013. Consultado a 24/09/2014.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm

Um gestor despreparado para o SUS reforçaria o modelo biomédico focado na clínica ambulatorial?

Um gestor “de fora”, que desconhece as atividades locais anteriores à sua gestão, poderia ser criativo ou inovador apenas tirando ideias da sua cabeça sem consultar as bases sociais que constituem o local de sua recomendação? Esta é uma atitude comum e que vem dando problemas onde quer que seja praticada. Uma gestão participativa, nos moldes democráticos e sanitaristas estaria com melhores possibilidades de acertar no seu propósito.

A descentralização e gestão participativa conferiu ao gestor municipal maior autonomia. No entanto, trouxe o efeito da “dança das cadeiras” e a queixa da frequente descontinuidade do serviço e daquilo que se implantara na gestão anterior (uma cultura política brasileira em todos os níveis). Lembro-me que quando fui procurar o posto de saúde, em 2012, havia a realidade de três gestores trocados em um período de dois anos e ao final do doutorado contavam com o quarto gestor. O que poderia ter acontecido? Niterói passava (como ainda passa) por uma grande crise na saúde e este dado me fez ver no Conselho Municipal de Saúde a responsabilização dos atos dos gestores. Em agosto de 2011, por ocasião da VI Conferência Municipal de Saúde de Niterói, foi adotada a Lei de responsabilidade fiscal, em que os gestores passaram a ser responsabilizados (civil e criminalmente) pela verba que vinha do SUS e não era utilizada. Uma ação de proporcionalidade para os diferentes setores no comprometimento orçamentário com Recursos Humanos (CMSN, p.8). Isso fez crescer a insegurança naquele que assumisse este cargo. Talvez tenha sido este um motivo para tantas trocas.

Outro problema que aparece com certa frequência nos textos sobre a gestão de saúde foi o despreparo dos gestores municipais. Mesmo com o SUS fornecendo cursos e apostilas como orientadores para os gestores, ainda é apontado uma defasagem a eficácia destes programas²⁸.

Por exemplo, nos estudos de André e Ciampone (2007), que mostra a análise referente a percepção do gestor sobre as competências necessárias para a gestão de

²⁸ Curso de Qualificação de Gestores do SUS (MS, 2009).
http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/19_qualificacao_gestores_sus.pdf

Unidades Básicas de Saúde, o primeiro tema emergente dos estudos referiu-se aos conhecimentos gerenciais necessários para desempenhar o seu papel de maneira eficiente e eficaz.

As percepções revelaram que estes deveriam conhecer: as propostas do SUS, a máquina administrativa, a população, a Unidade, o pessoal, a dinâmica das relações humanas, o potencial de cada funcionário e como trabalhar a intersectorialidade. Destacaram a necessidade de ter compromisso com a proposta da atenção básica; ter participado das propostas ou estar consciente das metas e prioridades da região e do município.

Os conhecimentos básicos que aparecem como fundamentais para a formação de um gestor da saúde são os seguintes temas: estatística, economia, epidemiologia, sociologia, tecnologia da informação, teoria geral da administração, psicologia, legislação em saúde, políticas de saúde e outros que propiciam a instrumentalização mais específica como: administração financeira, contabilidade, administração de recursos humanos, logística, administração de recursos físicos e materiais.

Comparando os conhecimentos gerenciais necessários na percepção dos gestores com os conhecimentos fundamentais dos cursos de gestão da saúde percebe-se um hiato entre uma habilidade humana e uma habilidade burocrática. A segunda pode trazer base para a primeira, mas por si só não proporcionará as habilidades necessárias para a gestão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), tais como: capacidade de negociação com as instâncias externas da unidade, com a hierarquia superior e com a máquina administrativa; habilidade de diálogo com os funcionários e com a população; persistência para manter um projeto construído coletivamente mantendo clareza dos objetivos; manter-se atualizado tecnicamente e na sua área de atuação; ter jogo de cintura, flexibilidade para relacionar-se com a população e colegas da equipe; ter controle emocional e da maneira de se portar e de conduzir; ter habilidade para lidar com dados e interpretá-los e paciência. Verificou-se que as atitudes dos gerentes frente à inovação influenciaram as atitudes dos seus subordinados e que o modelo de administração burocrática em vigor em muitas instituições públicas é ainda de cunho patrimonialista, com o objetivo dominante de conquistar e manter espaços de poder(16-17).

Com os resultados da investigação se pode concluir que o gestor despreparado para tal é hoje um dos nós críticos do serviço público, pois propicia discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudança e executar políticas de saúde, levando à manutenção de projetos que devem ser superados.

Assinala-se ainda, que construir competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde ainda é muito mais um projeto individual do gestor de buscar capacitação ou não do que uma política de recursos humanos do Estado ou Município que valorize esse desenvolvimento como essencial. (...) Uma hipótese formulada diz respeito ao fato da lógica política predominar em relação à lógica técnica que opera a condução de mudanças tanto assistenciais como gerenciais no sistema público.

Não se pode deixar de mencionar que há necessidade de redesenhar os macroprocessos e de entender que novas competências devem ser desenvolvidas para que haja condições de melhorar os serviços prestados à população no serviço público, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde.

Os dados mostraram que a percepção dos atuais gerentes, em relação às competências para gerir as UBS, tende a uma visão simplista e que existe despreparo desses agentes para assumirem a posição (...) se sabe que o despreparo do gestor influencia diretamente o modo de operacionalização das estratégias e a dinâmica das equipes envolvidas nos serviços podendo levar à ineficácia e ineficiência dos processos.

De toda maneira, se, as PICs já se encontravam implantadas quando o gestor chegou, por que desativá-las, em nome do que ou de quem se desativa um serviço de baixo custo e indicado pela OMS como um bom cuidado para os pacientes crônicos que tanto ocupam os consultórios médicos ?

“Todo serviço depende muito da gestão. Nenhum, nenhum serviço se sustenta se não houver o apoio da gestão. (...) uma coisa é você desconhecer (as PICs), outra coisa é não querer conhecer” (Fátima Camomila).

“(...) a Estela fazia acupuntura nas pessoas todas aqui do Largo da... ali no Bairro de Fátima Camomila. Aí (o gestor) falava assim: - Ela é muito mais importante no atendimento público do que fazendo isso” (Vânia Marapuama).

Para André e Ciampone (2007), além das limitações de ordens práticas, financeiras e as ligadas à legislação municipal, na administração da saúde existe a subjetividade permeando as relações de poder advindas da dimensão político-partidária. A ascensão à posição de gestor de UBS não é decorrente de avaliação meritória, mas proveniente de indicação política, relações de amizade e confiança mantidas com o superior hierárquico imediato ou com instâncias políticas superiores. Por exemplo, cada vez que muda o Prefeito, ocorrem indicações para cargos considerados de confiança, que se estendem também aos escalões técnicos no âmbito dos serviços de saúde, gerando descontinuidade de ações em função de interesses partidários e não em função de avaliações ancoradas em necessidades reais. Nestes interesses, o processo decisório de um gestor de UBS envolve não somente a análise dos dados, dos processos, dos recursos, da relação custo-benefício como também da base de suporte político que o gestor deve ter para a aprovação e sustentação de planos de ação. Assim, a gestão do serviço de saúde legitima um conjunto de intervenções como modo operatório de um dado modelo. O modelo de gestão empregado permite ou não transitar de um modelo assistencial pautado na atenção médica para um modelo de atenção à saúde; de um modelo tradicional (flexneriano) para um modelo de produção social da saúde, ou seja, de um modelo clínico para um modelo epidemiológico; da lógica da programação tradicional para a da organização tecnológica do processo de trabalho em saúde (ANDRÉ & CIAMPONE, 2007).

Além disto, na década de 1990 um tipo de regulamentação negociada para dar continuidade aos fluxos financeiros e à funcionalidade ao sistema, grandemente baseado na compra de serviços, vão forçar os gestores do SUS a estabelecer formas negociadas de definição dos critérios de distribuição dos recursos, de caráter precário, consubstanciadas em instrumentos normativos denominados Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As duas primeiras Normas Operacionais, a NOB 91 e a NOB 92 foram editadas ainda no período do governo Collor de Mello. Editada pela Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), à época recém incorporado à estrutura do Ministério da Saúde. A NOB 91 transplantará para os serviços públicos a mesma lógica de financiamento de pagamento por produção de serviços com que aquele órgão remunerava os serviços privados contratados:

(...) a NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, consolidando um sistema de pagamento por produção de serviços ao setor público que permanece, em parte, vigente até hoje. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, executados em unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Ou seja, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, aplicados aos gestores públicos estaduais e municipais. (OLIVEIRA JR., 2000, p. 4 *in* BRASIL/MS, 2001, p. 93).

As críticas ao modelo também se estendiam ao seu papel indutor de práticas médico assistenciais, predominantemente curativas, relegando a um segundo plano ações preventivas e de promoção à saúde. Posteriormente, várias dessas ações passaram a ser paulatinamente incorporadas à Tabela de Procedimentos, ainda que remuneradas na mesma lógica de produção de serviços (BRASIL/MS, 2001).

Desta maneira, a partir de uma época em que a regulamentação via NOB passou à normatizar a entrega financeira aos centros de saúde vinculada à produção, uma cobrança mais acirrada aos atendimentos de consultórios, de forma mais hegemônica e ortodoxa foi enrijecendo a relação dos gestores com as PICS. Muito por se tratar de uma prática de cuidado ainda não mensurável o suficiente no seu valor epidemiológico; outra por não haver interesse político do seu fazer, uma vez que por diversas vezes nas entrevistas escutei a queixa de que os gestores cobravam dos profissionais que utilizavam as PICS, questionando a homeopatas e acupunturistas, que estes estavam fazendo com que os usuários deixassem de freqüentar os atendimentos de consultório e visitas aos médicos. Coisa importante, uma vez que a racionalidade administrativo

financeira estava e ainda está vinculada à produção, ou seja, controlado por uma contagem do número de atendimentos em consultórios.

Juntando a isto, a formação e pactuação ao qual o gestor foi estruturado conta nas suas escolhas. Se decorre de um saber-fazer sanitaria ou corporativista aderido ao Ato Médico.

Por exemplo, ao perguntar a uma das entrevistadas sobre a posição dos gestores e sua importância nas PICs, Fátima Camomila responde assim:

“E aí a gente tinha a gestora, que é uma médica que você deve lembrar, né? Eu já entrei com a Mônica lá, porque quando eu entrei a Mônica tava assumindo, tinha acabado de sair de uma gestão que era de uma enfermeira (...). E a gestora era uma pessoa que dava muita carta branca, sabe? Desde que você fizesse o seu trabalho e esse trabalho tivesse um desempenho com resultado, mas se eu quisesse um usar uma técnica de, sei lá:

- Ah, eu resolvi botar esparadrapo, bandagem nas pessoas.

- Então vamos lá, vamos conseguir esparadrapo, vamos ver recurso pra isso.

2.4 Os sanitaria em paz com as PICs

Pergunto de onde seria a origem desta gestora e deste movimento das Terapias Alternativas (PICs) naquele lugar, sanitaria? Fátima Camomila responde:

“Ela era sanitaria e depois ela fez formação em homeopatia. É, uma pessoa muito bacana, ela ficou muito tempo lá com a gente, aí depois quando ela saiu, e aí ela saiu também porque não tava aguentando a pressão política de, das gestões que vinham na, no governo e que mandavam arrotar é, produção, mandavam arrotar, não pro posto, o posto tinha uma produção muito grande, mas isso ia descaracterizar o bom atendimento. Se ao invés de fazer 8 atendimentos por turno, tivesse que fazer 14, então assim, e aí ela começou a se sentir, assim, como se as pessoas tivessem invadindo muito a gestão dela, nesse meio tempo ela também recebeu esse convite pra trabalhar na secretaria de saúde de Itaboraí, era uma coisa nova.” (Fátima Camomila).

Iniciou a rotatividade dos profissionais e seus efeitos sobre as PICs naquele centro de saúde. Comenta que:

“Naquela época Não tinha (rotatividade de profissionais), porque quando eu entrei na, na fundação, o salário que a gente ganhava, profissional de nível superior, que era tudo igual para os profissionais, tudo igual pra médico, pra fisio, pra TO, pra

psicologia, era equivalente a 10 salários mínimos, então a gente não ganhava mal. Quando eu saí pra ir pra universidade meu salário chegava, não chegava a 3, então com essa desvalorização do salário as pessoas começaram a fazer outros concursos ou investir em consultório, porque ninguém dava conta de trabalhar 16 horas pra ganhar 2 mil Reais, né? Que é o que tá hoje pagando a fundação, né?” (Fátima Camomila)²⁹.

As mudanças de gestão e o encobrimento do serviço das PICs:

“E aí, assim, o que a gente percebe é que algumas coincidências aconteceram, foi mudar a gestão e o serviço acabar, né? E eu não tô colocando a culpa em nenhum gestor, né? Eu tô colocando a culpa em várias coisas de gestões superiores também. Nós passamos a ganhar muito mal. O salário foi achatando... e as pessoas, assim, pelo mesmo motivo que eu saí a 3 anos atrás, eu saí porque eu não posso, eu não podia me sustentar aposentada com o que eu ganhava lá, eu não vou conseguir fazer consultório o resto da vida. Eu tô ficando velha, então assim, eu precisava ganhar pelo menos o dobro do que eu ganhava lá, fiz um concurso, passei, e gente, eu moro em (...), o que que eu estou fazendo do outro lado da baía, minha vida toda certinha aqui em Niterói, eu adoraria poder ficar aqui o resto da minha vida, mas as pessoas precisam ganhar dinheiro.” (Fátima Camomila).

2.4.1 A política do Ato Médico nas PICs

Desde 2001, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) pediu à Justiça a anulação de resoluções que autorizavam enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos e fisioterapeutas a praticar acupuntura, a tensão vem aumentando, mas nunca esteve ausente. O CFM defendeu e defende ainda hoje, que a acupuntura é usada para tratar dores que precisam ser diagnosticadas, atividade exclusiva dos médicos.

No entanto, uma interessante controvérsia que aquece este caso é quando se pergunta: Qual é a base do diagnóstico que está sendo discutido e postulado? Qual é a ontologia e racionalidade médica que faz o diagnóstico da acupuntura: biomédica ou energética? Se, o diagnóstico parte de cosmovisões totalmente diferentes, então há de argumentar que a biomedicina não possui aptidão para fazer diagnóstico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a não ser que o médico se torne especialista na MTC. E, para fazer isto, seguindo a tradição do conhecimento ontológico destes saberes (o Tao),

²⁹ Matricaria chamomilla, também conhecida como Camomila-vulgar, Macela-nobre, Macela-galega ou Camomila, muito utilizada no tratamento da ansiedade, devido a seu efeito calmante.

a visão do movimento energético (do Yin e do Yang), o médico precisa antes de tudo, despir-se dos conceitos que embasam a biomedicina (não existiriam doenças conhecidas por sua nomenclatura), para então pensar de outro jeito, por outras versões de saúde. Madel Luz argumenta:

“Tanto a homeopatia como a medicina oriental tradicional prestam-se admiravelmente para mostrar que, sob o ponto de vista de um paradigma, os fatos dimensionados por um outro são invisíveis ou não-existent. É precisamente o caso quando se pensa nos princípios terapêuticos da homeopatia ou no conceito de meridiano da medicina chinesa. Esses aspectos não podem ser percebidos pela medicina ocidental simplesmente porque falta nela a lente e o mapa que dimensionam esse tipo de realidade” (LUZ, 1996, p.21).

Notadamente é algo muito difícil e angustiante para o profissional que parte para este desafio de atravessar uma fronteira e rumar para o desconhecido. Deste modo, não há como não reconhecer uma grande controvérsia nestas justificativas e lutas judiciais de mais de dez anos.

Fontes jurídicas são apenas a “ponta do iceberg”, neste sentido, autores como Mandrou (1979: 17/18) e Ginzburg (1989: 39) afirmam que estas fontes podem ser consideradas como verdadeiras “cristalizações” e “luzes” reveladoras de complexas e abrangentes relações sociais de uma época (*in* Carvalho, 2004).

Por exemplo, no ano de 2012, outra luta jurídica foi travada entre os conselhos de medicina e de farmácia e o resultado foi:

[...] Em primeiro lugar, não existe lei determinando que a acupuntura é um ato privativo do médico. Em segundo, o Código Brasileiro de Ocupação prevê a figura do médico acupunturista, ou seja, a medicina também pode exercer a atividade. Em terceiro, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 971/06, que trata da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, inclui a acupuntura, SEM restrição profissional. [...] Consultado a 24/09/2014. <http://www.fenafar.org.br/portal/emprego-e-trabalho/66-emprego-e-trabalho/1477-conselhos-de-farmacia-e-fisioterapia-vao-recorrer-de-decisao-que-da-aos-medicos-exclusividade-no-exercicio-da-acupuntura.html>).

Desta maneira, observamos que as apelações civis sobre o exercício profissional da atividade de acupuntura no Brasil, desde o ano de 2001 até os dias de hoje, vêm caindo na mesma sentença. Diante deste forte embate entre conselhos profissionais de especialistas vindos de formação acadêmica. Maria Dente-de-leão constata nas suas experiências que,

“Nestes lugares por onde andei, pelo interior, pude perceber que os erveiros continuavam sua função, porém, distantes da zona da cidade. Para fazer uma consulta com esses conhecedores dos efeitos curativos das plantas, este contato era envolvido por certo silêncio. Deixando claro que algo estava errado: o medo de ser preso, o risco de ser considerado um fora da lei. O que primava era a força ativa da biomedicina e por fora das vistas dos doutores as pessoas se tratavam com o senhorzinho ou senhorinha conhecedores das ervas e garrafadas. (memórias 2014, MARIA dente-de-leão)”

Entretanto, onde estariam os saberes nacionais nas PICs?

2.5 AS PICs...ENTRE OS SABERES ESTRANGEIROS E NACIONAIS

2.5.1 Café e bolo de milho com Mariana uma etnobotânica

Em um dado momento, do doutoramento houve um encontro com Mariana, uma etnobotânica começando o seu pós-doutorado em Biologia interessada em continuar seus estudos sobre como os erveiros poderiam passar seus ensinamentos adiante, uma vez que tais ensinamentos, transladados tradicionalmente na família, estavam se perdendo. A etnobotânica é o estudo para a investigação de sociedades humanas, passadas e presentes e suas interações ecológicas, genéticas, evolutivas, simbólicas e culturais com as plantas (FONSECA-KRUEL e PEIXOTO, 2004).

Ao finalizar o seu doutorado, havia percebido que quando os filhos e sobrinhos dos erveiros da Mata Atlântica seguiam os estudos formais, logo que acessavam a escola formal, descredenciavam o saber popular e familiar sobre cuidados em saúde. Uma vez que a cientificidade, descritas nos livros e cobrada nas provas escolares, indicava que fora da visão biomédica o que existia era ignorância (QUINTEIRO, 2012).

Ao mesmo tempo, nós duas pesquisávamos as terapias naturais e sua implementação no serviço público de saúde. Isso fazia-nos interrogar: por quanto tempo o ensino formal iria continuar (des)informando os jovens quanto ao que vale e ao que

não vale como verdade em saúde? Quem decide e ao decidir, colonializa? A quem se obedece quando se decide o que conta e o que não conta como saber responsável, autorizável? Será possível transladar saberes culturais dos erveiros antes de se extinguirem?

A etnobotânica tenta explicar

“(...) Primeiro o conceito de tradicional, que é muito difícil e... e o que seria medicina tradicional, então cada povo teria a sua. A tradicional da Índia, a tradicional da China, a tradicional da Tailândia, que foram as três que a gente viu muito lá no congresso e teria a tradicional brasileira, que é aí que a gente não se fala, não se vê...” (MARIANA rosa-branca³⁰).

Aquelas dúvidas acessavam outras: por que as terapias orientais estavam tão fortemente nas policlínicas do SUS e não os saberes, por exemplo, dos erveiros da Mata Atlântica ou da Mata Amazônica? Mariana lembrou-se que no último congresso sobre as PICs em que havia comparecido, o seu trabalho era o único que versava sobre a prática nacional do cuidado em saúde; o restante todo era sobre as terapias orientais de saúde.

“(...) A crítica que eu levei naquele congresso é que aqui no Brasil quando a gente fala medicina tradicional, é tradicional chinesa, é tradicional indiana, é tradicional japonesa, mas não é tradicional brasileira (...). Então a gente não fala a medicina cabocla, a medicina indígena um pouco, porque é aquilo que eu te falei... O trabalho com os xamãs indígenas tem um pouco, mas bem mais ligado à planta de poder também... ou é o Kambô, que é o sapo, ou é a Ayahuasca o máximo da nossa medicina tradicional assim que eu vejo” (MARIANA rosa-branca).

Dias mais tarde, em uma conversa realizada por skype ³¹, Mariana estava angustiada com sua pesquisa de pós-doutoramento, pois, para falar com os erveiros do alto da Mata Atlântica, teria que passar por tantos protocolos de ‘proteção’ à mata e às pessoas dela consideradas ‘desprotegidas’ que já não estava certa se conseguiria tempo propício para fazer a pesquisa. Estava desanimada. Isso provocou em nós angústias e controvérsias.

³⁰ O banho de chá de rosa-branca (*Rosa Alba*) é passado pelos erveiros para a sinergia da paz.

³¹ Mariana rosa-branca vive em Visconde de Mauá na Mata Atlântica e Maria dente-de-leão vive em Niterói.

“Estou tendo dificuldades em dar continuidade ao trabalho de pesquisa. Eles (academia) pediram para os informantes assinarem um monte de papéis, mas a maioria nem sabe escrever, será um constrangimento. Eles (erveiros) ficam super desconfiados. Os erveiros tem uma relação de desconfiança com o pessoal que controla o parque, eles acham que sou do parque. (...) Talvez as pessoas de fora tenham mais acesso ao conhecimento da nossa medicina natural brasileira do que nós mesmos e nós tenhamos mais acesso à medicina tradicional de fora... que coisa mais difícil (...)” (MARIANA rosa-branca).

Para pensar no que estava acontecendo era necessário entender de qual realidade estávamos falando. Em seu livro *Reagregando o Social*, Latour afirma que as conexões transformam os recursos em uma teia que parece se estender por toda parte (Latour, 2012: 294). Portanto, são os mediadores que performam uma realidade que não existia antes, e nós pesquisadores, precisamos cartografar as conexões para *fazer* uma realidade, que nunca é dada *à priori*. A saber, é uma questão política.

Para trabalhar com o conceito de política ontológica, uma expressão utilizada por Mol (1999), bem como por Law e Urry (2003) é necessário pensar que o “real” está implicado no “político” e vice-versa. A combinação dos termos “ontologia” e “política” de pronto sugere-nos que a realidade não precede às práticas banais nas quais interagimos com ela, antes sendo modelada por estas práticas. Portanto, a realidade é modelada pelas práticas, política é ação, processo de modelação; a pergunta é: como interagem? Era isto que precisávamos saber fazer.

2.5.2 Um país megadiverso perdido do seu conhecimento tradicional

O Brasil pertence a uma minoria de países ditos megadiversos contando com, aproximadamente, 200.000 espécies registradas (FUNARI & FERRO, 2005). Megadiversidade é o termo utilizado para designar a riqueza de países mais ricos em biodiversidade do mundo. O número de plantas endêmicas – aquelas que só existem no país e em nenhum outro lugar – é o critério principal para que ele seja considerado ‘de Megadiversidade’. Outros critérios são o número de espécies endêmicas em geral e o número total de mamíferos, pássaros, répteis e anfíbios.

Além dessa rica biodiversidade, conta com rica diversidade étnica e cultural que detém um valioso conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais e práticas naturais em saúde.

Campeão absoluto de biodiversidade terrestre, o Brasil concentra 55 mil espécies de plantas superiores [22% de todas as que existem no mundo], muitas delas endêmicas; 524 espécies de mamíferos; mais de três mil espécies de peixes de água doce; entre 10 e 15 milhões de insetos [a grande maioria ainda por ser descrita]; e mais de 70 espécies de psitacídeos: araras, papagaios e periquitos.

Quatro dos biomas mais ricos do planeta estão no Brasil: Mata Atlântica, Cerrado, Amazônia e Pantanal. Infelizmente, correm sérios riscos. Muitas áreas mantêm apenas 3 a 8% do que existia inicialmente, como a Mata Atlântica, que hoje guarda 7% de sua extensão original e o Cerrado, que possui apenas 20% de sua área ainda intocadas³².

Entretanto, a diversidade sociocultural brasileira se constitui uma “riqueza”, em que pesem alguns exemplos de comunidades tradicionais como os povos indígenas, os quilombolas, ribeirinhos, caipiras, caiçaras, grupos extrativistas, entre outros.

Igualmente, diversas são as figuras dos curandeiros, parteiras, mateiros, erveiros e benzedeiros, especialistas locais que recebem seus saberes de formas orais ou através de contatos com o mundo que a ciência considera como mágico, simbólico e o repassam a pessoas específicas, escolhidas, que nascem com ou adquirem esses saberes ao longo da vida. Possuem intensa ligação com os recursos naturais locais, mais notadamente as plantas, mas também os animais e minerais, sendo a própria natureza o meio primeiro para o restabelecimento da saúde.

Mariana não entendia como esta riqueza estava desprestigiada na prática, no chão das policlínicas, nos caminhos das pesquisas e nas dificuldades do pesquisador.

“(...) é isso, vemos movimentos das parteiras, das benzedeiros, mas é de município pra município. (...) das medicinas tradicionais, ou seja, das garrafadas, da planta, dos chás, das infusões. (...) o grande gargalo, é onde (...) se você quiser fazer um sabonete de aroeira você pena, tem que passar pela ANVISA etc. Mas se você quiser comprar uma tintura chinesa, você compra. Ou sei lá, a Schering-Plough já lançou esse sabonete de aroeira” (MARIANA rosa-branca).

32 Fonte: Conservação Internacional Brasil, disponível em www.conservation.org.br, acesso em 09/09/2014.

É evidente que o SUS e as prefeituras têm feito cada vez mais um movimento de aproximação das práticas naturais e tradicionais da cultura brasileira. Em 2012, por exemplo, de forma pioneira, a prefeitura de Rebouças, no Paraná, chamou benzedeiros, erveiros e raizeiros para oficializarem suas atuações junto à Rede Básica de saúde. Com todo esse histórico de ameaças e lutas por poder, não poderia ter outro efeito: as pessoas que desenvolviam estas atividades ficaram deveras desconfiadas e demoraram o processo de aproximação, pois pensavam ser uma espécie de armadilha para prendê-los.

“No Paraná: benzedeiros são reconhecidas como profissionais da saúde.

A proposta, que é de 2010, também permite que estas pessoas colham plantas medicinais nativas no município livremente para o exercício do ofício. A lei concretizou uma parceria entre a tradição e as políticas públicas voltadas para a saúde. “O município de Rebouças reconhece os saberes e os conhecimentos localizados realizados por detentores de ‘ofícios tradicionais’ , como instrumento importante para a saúde pública do município”, diz o Artigo 3º da lei.[...] Para poder exercer o ofício livremente, a benzedeira deve ir à Secretaria Municipal de Saúde e solicitar a Carta de Auto-Definição, na qual deve descrever de que forma trabalha. Depois, o órgão emite o Certificado de Detentor de Ofício Tradicional de Saúde Popular e uma carteirinha. [“...”]

Fonte: <http://susbrasil.net/2012/05/23/benzedeiros-sao-consideradas-profissionais-da-saude-no-parana/> . Consultado em 14/10/2014.

Essa aparente negociação de fronteiras parece, por vezes, como uma tentativa de controle desses saberes tradicionais, para a manutenção do poder biomédico. Não se tratando de transladar o conhecimento entre as diversas cosmovisões e interesses, e sim de tentar fechá-los, orientá-los, formalizá-los naquilo que seja condizente a maneira de cuidar da biomedicina. Para alguns pesquisadores o que se observa é que se, por um lado, os organismos internacionais influenciam o processo de elaboração das políticas públicas nacionais; por outro, o Estado se apoia nos discursos internacionalmente veiculados para instaurar um sistema de vigilância sobre as populações adstritas ao seu território, bem longe do propósito de transladar o conhecimento sobre cuidado em saúde de cada região (FERREIRA, 2010).

“temos uma controvérsia aqui, os saberes tradicionais da cultura brasileira têm dificuldades para serem implantados nos cuidados brasileiros. Foi mais fácil incorporar os saberes tradicionais da medicina oriental” (observa Maria dente-de-leão).

Curiosamente, nota-se nas comunicações acima, que os erveiros (raizeiros, benzedeiros e parteiras) estão classificados como pessoas oriundas da “população” ou “sociedade tradicional” e este detalhe classificatório lhes conferem a herança do cuidado em saúde, dono de um saber tradicional. Ocorre que tal conceito “população tradicional” é bastante conflituoso dentre os historiadores, sociólogos e antropólogos. Para o antropólogo Arruda (2000), as populações tradicionais são as que apresentam um modelo de ocupação do espaço e dos recursos naturais voltados principalmente para a subsistência, com fraca articulação com o mercado, baseado em uso intensivo de mão-de-obra familiar, tecnologias de baixo impacto, derivadas de conhecimentos patrimoniais e, habitualmente, de base sustentável (p. 278). Para o sociólogo Diegues (2001), algumas características identificam culturas e sociedades tradicionais: modo de vida, dependência e até simbiose com a natureza; conhecimento aprofundado da natureza e de seus ciclos que se reflete no manejo dos recursos naturais. Esse conhecimento é transferido de geração em geração por via oral; noção de território ou espaço e ocupação desse território por várias gerações, dentre muitas outras características difíceis de serem comprovadas.

Aparentemente, não existe definição universalmente aceita de quem são as “comunidades tradicionais” ou “nativas”. No sentido mais literal, o termo “tradicional” (*indigenous*) implica uma longa residência em uma determinada área. Contudo, as tentativas de definições são, por vezes, contestadas e por outras esvaziadas de significado e embargadas quando tentam representar uma comunidade humana na prática. Além disso, se muitos grupos podem ser caracterizados como tradicionais genuínos, como as comunidades indígenas e quilombolas, outros se definem justamente pela mistura das matrizes que compõe o povo brasileiro, como é o caso dos *caipiras* e dos *caiçaras*, oriundo da miscigenação entre determinada etnia indígena, negros de origem africana e europeus. Com isso, sua identidade esporadicamente é reconhecida como “tradicional” e isso se torna um embaraço na hora de uma integralidade na Rede de Saúde.

Por outra vertente argumentativa, no Brasil, observamos que a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC acredita que o conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais deve ser cientificamente validado por meio da realização de pesquisas voltadas para o desenvolvimento tecnológico destes recursos. A promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos e o monitoramento

da qualidade desses produtos deve ser feito pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e isto também está previsto no escopo desta política (LUZ, 2000). Neste caso, é sabido que a pesquisa sobre medicamentos leva muitos anos para seu credenciamento desde a entrada em pesquisa até o momento do consumo. Portanto, talvez seja esta uma manobra controversa em que no discurso se promete agregar saberes populares aos cuidados em saúde e por outro lado, na prática se legisla no sentido oposto deste querer, já que um dos grandes patrocinadores das pesquisas de medicamentos é a indústria farmacêutica, a qual não leva vantagem alguma quanto ao uso dos tratamentos culturais a não ser a captura deste saber.

Se, por um lado se reivindica o desafogo do sistema de saúde no intuito de estabelecer melhorias no atendimento e maior humanização do serviço, por outro lado, a proposta dos cuidados naturais, visando o bem-estar, o cuidado familiar regional e usos de sistemas culturais tradicionais brasileiros não encontram caminhos para vingarem. Talvez seja por isso, encontremos tantos serviços orientais no chão das policlínicas e não os nacionais.

“A sabedoria vai passando de geração em geração. Os netos vão aprendendo para repassar para seus filhos e assim por diante. Minha vó passou para mim...eu passei para os filhos e os netos. Ela era parteira, garrafeira e raizeira. Fazia remédio, garrafada e ensinou tudo o que sabe (...)” (Souza & Loureiro, 2012, Memória Oral e Troca Intergeracional: a voz silenciosa de mateiros, erveiros e cultivadores do bairro do Sapê, Niterói, Rio de Janeiro).

Mediante tensões e controvérsias, a polissemia do cheiro de moxa, dos sons de rezas e da distribuição de fármacos propõe algo a ser apreendido: nós mesmos.

2.6 AS PICs E O ESTRANGEIRO: COLONIZADOS DESFAZEMOS DE NÓS?

“[...] Com Avencas na caatinga Alecrins no carnaval
Licores na moringa Um vinho tropical
E a linda mulata Com rendas do Alentejo
De quem numa bravata Arrebato um beijo

[...] Guitarras e sanfonas Jasmins, coqueiro, fontes
Sardinhas, mandioca Num suave azulejo
E o Rio Amazonas Que corre Trás-os-Montes

E numa Pororoca Desagua no Tejo

Ai esta terra ainda vai cumprir seu ideal
 Ainda vai tornar-se um imenso Portugal
 Ai esta terra ainda vai cumprir seu ideal
 Ainda vai tornar-se um Império Colonial”.

(“Fado –Tropical”; autoria de Chico Buarque de Holanda, 1973)

Tomando a bela letra da canção de Chico como um artefato para pensar sobre a condição de colonizador e colonizado podemos notar a complexa polissemia desta canção apontada no trabalho de Florent (2007), em que acontece o entrelaçamento do fado das guitarras com a modinha das sanfonas.

Pensando na etimologia, a palavra fado aponta para o *fatum*, no caso, o destino do Brasil como nação, condenada pelo refrão profético a permanecer para sempre “um imenso Portugal”, ou mais precisamente, um “império colonial”³³.

Para tanto, Chico mostra em alegoria simbólica a imagem bucólica das avencas recobrando a dureza seca da caatinga e o cheiro doce dos alecrins camuflando o cheiro acre do suor dos escravos na lida dos canaviais e nas danças carnavalescas.

A linda mulata usada sexualmente é esbranquiçada pelas rendas do Alentejo e roubada por beijos sem consentimento.

Por sua vez, os azulejos brancos e azuis, alegorias da cultura portuguesa, na música de Chico retratam paisagens combinadas de comidas lusitanas e elementos dos trópicos em que, surpreendentemente, compõem “sardinhas com mandiocas”. Portanto, sinais lusitanos encobrem na colônia insalubre aquilo que não se pretende ver.

Por conseguinte, o colonizador pressupõe a necessidade da domesticação do outro colonizado para satisfazer seus olhos e sintetiza seu querer em uma pororoca desaguando no Tejo. “Ai esta terra vai cumprir seu ideal, ainda vai tornar-se um imenso Portugal” - e nos detalhes impõe o corpo do colonizador a “esta terra” ainda sem corpo, para em algum dia ter um nome dizível: Brasil.

33 Para saber mais sobre a análise das estrofes desta música consulte o artigo “Um Suave Azulejo: O Retrato Ambivalente da Nação” de autoria da Mestra de conferências da Universidade de Paris 8 Adriana Coelho Florent (2007). Fonte:

http://www.abralic.org.br/anais/cong2008/AnaisOnline/simposios/pdf/complemento/ADRIANA_FLORENT.pdf Consultado em: 03/10/2014.

Por fim, o Rio Amazonas se consome dominado nas suas curvas, onde a população ribeirinha é ignorada na sua sabedoria local, exotizada nas suas maneiras de viver e de cuidar da saúde. A colônia é capturada pelo eurocentrismo aculturalizante, violento e devastador. Como esclarece Marilena Chauí (2000), somos um país historicamente articulado ao sistema colonial do capitalismo mercantil como colônia de exploração, em uma constante “dependência consentida” da elite. Nossa identidade surge lacunar e feita de privações, definida como subdesenvolvida. Aqui fica claro o porquê para nós cabe, passivamente consentido, a exaltação das belezas da natureza do Brasil, do paraíso tropical, já que este é seu produto e seu lugar no sistema colonialista.

A Europa colonialista, segundo o filósofo e historiador argentino naturalizado mexicano Enrique Dussel (1993), quando se confronta com o seu “Outro” procura controlá-lo, vencê-lo, violentá-lo. Quando pôde se definir como um descobridor, conquistador, colonizador, esse “Outro”, para o europeu, não foi “descoberto” como “Outro”, mas foi “en-coberto” como diferente, oponente ao que fora considerado hegemônico.

Feita a história européia desta maneira, constituiu-se ela mesma o *centro* e firmou-se a *periferia* (o Outro) do pensamento. Para Dussel (1993), foi desta maneira que se estabeleceu a mundialidade como centro da Europa; e, em contrapartida constituiu a América Latina, África e Ásia como periferia. Firmou-se o cânone colonialista de imposição da razão eurocêntrica sobre as outras culturas, assinalada pela estratégia da desconsideração do grau de desenvolvimento de culturas totalmente particulares, de cosmovisões próprias, como as provenientes do Peru, México, Brasil dentre outras, na intenção de determinar tais racionalidades como primitivas.

À discussão política que separa centro e periferia, Donna Haraway (1995) acrescenta a questão epistemológica a ela interligada. É pois, a um modelo de ciência colonialista que a autora lança a provocadora pergunta: : “Com o sangue de quem foram feito os meus (e os teus) olhos?”. Esta pergunta lança mão da idéia da (ir)responsabilidade em escrever sobre as coisas que se tornam realidades e marcam a vida das pessoas. Há um modo de conhecer, eurocentrico e colonizador, que encobre de onde fala e com que interesses fala, imprimindo por esta via, verdades sobre o colonizado. Para esta autora, não existe inocência. O sujeito da ação, em qualquer perspectiva dada, deve ser responsável por este movimento, por sua escolha de visão,

mesmo que dominada pela hegemonia instaurada. A visão é sempre uma questão do poder de ver - e talvez da violência implícita em nossas práticas colonialistas de visualização. Dominadores são seres auto-idênticos e não-marcados pelo outro e infelizmente é possível que os subjugados desejem e até disputem essa posição de sujeito (Haraway 1995, p.27).

Mediante tal justificativa - da salvação pela razão sobre a ignorância -, se evidencia a utilização do colonizador, dono da razão embasado pela filosofia, de um tipo de domínio sangrento e o encobrimento dos saberes de outros povos. Na visão do colonizador, o mundo deve ser objetivado como coisa, não como agente (Haraway, 1995) e como tal pode-se isolar para conhecer e mesmo utilizar até seu esgotamento.

Para escapar desse modo de olhar – olho de deus –, Santos (2006) indica que a partir do olhar das margens ou das periferias, é por onde as estruturas de poder e de saber são mais visíveis (p.36). Para este autor, a emancipação social exige uma atenção à ação ética e política, que dê igual peso à ideia de indispensabilidade e à ideia de inadequação, ou seja, de incompletude, portanto, exigente de co-dependência. De todo o modo, ao subverter os essencialismos, a hibridez pode alterar as relações de poder entre os sentidos dominantes e os sentidos dominados (*ibidem*, p.220).

Enrique Dussel (1993), por sua vez, propõe uma Filosofia da Libertação e afirma a razão como faculdade capaz de estabelecer um diálogo, um discurso intersubjetivo com a razão do Outro, como razão alternativa propondo um novo momento.

2.6.1 Chá e amanteigados com Valéria *Estrela de anis*³⁴: escovando à contrapelo o Norte e o Sul em nós

Em Niterói-RJ, 2013, Valéria³⁵, recém chegada de Manaus-AM se aconchega a mesa de chá, onde pães, bolos e biscoitos amanteigados são oferecidos pela prima

³⁴ Estrela-de-anis ou Anis-estrelado (*Illicium verum*) é uma planta originária da China e do Vietnã. É considerado uma especiaria de uso medicinal e culinário. O Aroma do **Anis estrelado** tem um efeito estimulante sobre várias enzimas digestivas e também promove a produção de saliva. Um chá do **Anis estrelado** é um bom remédio para evitar dores de gases e edemas.

Maria. As duas primas possuem fortes correntes de afinidades adquiridas com a vida. Suas mães, Célia e Ana, oriundas de Belém do Pará sempre foram cuidadoras uma da outra. Em certo momento da vida, Célia, que vivia em São Paulo, após uma forte crise existencial maltratada pela perda do marido, desencadeou esquizofrenia paranóide. Sua irmã, Ana, vivendo em Niterói, decidiu pela não internação de Célia e resolveu acolhe-la em sua casa. Célia foi morar com Ana, levando seus três filhos, duas meninas gêmeas e um menino para o apartamento de dois quartos onde Ana já vivia com seus três filhos, dois meninos e uma menina.

O núcleo familiar passou de quatro para oito pessoas: seis jovens adolescentes e duas mulheres de meia idade, sendo que uma delas passava por doença mental. Ana atuava como técnica de enfermagem e se desdobrava trabalhando em dois e as vezes em três plantões para dar conta de apoiar financeiramente a sua família aumentada. Em momentos especiais trazia para casa bolo de laranja que era consumido na maior voracidade. Sua preocupação era visível: “Comam devagar, mastiguem, lavem as mãos, silêncio eu preciso dormir”. De manhã muito cedo quando se levantava para a primeira jornada de trabalho encontrava a porta do único banheiro fechada e mais uma vez educava: “por favor, Kike abra a porta”. Kike era seu filho mais velho, portador de deficiência auditiva que pela manhã ocupava o banheiro com o aparelho auditivo desligado.

Em meio a esta loucura geral familiar Célia ficou boa (controlada com as medicações) e todos entenderam que o acolhimento cuidadoso e amoroso da irmã fez toda a diferença para ela e para todos os jovens. Esses, passaram pela adolescência juntos e embolados, curtiram, aprontaram, disputaram por comida, tudo com muita alegria. É desta cumplicidade que vem o forte laço de amizade destas duas primas, Valéria uma das gêmeas da Célia e Maria, filha da Ana.

Essa história possui algumas conexões interessantes para este trabalho, pois iniciamos a narrativa com mulheres que estavam sem os companheiros, que

35 Valéria é auxiliar de enfermagem orientada pela biomedicina mas que, neste momento, convive com as práticas integrativas e complementares (PICs) – acupuntura, fitoterapia, shiatsu, moxabustão, etc.) orientadas por outras cosmovisões – medicina chinesa, medicina ayurvédica e medicina natural brasileira -, no serviço de saúde do estudante da Universidade Federal Fluminense. Esta atuação a faz conviver com questões angustiantes entre o Norte e o Sul que nela habitam.

sustentavam a casa, que criavam filhos, que cuidavam e eram cuidadas, como tantas outras mulheres do Brasil e das fronteiras do sul colonizado. Três delas tinham algo em comum: eram envolvidas com a área da saúde. Ana foi técnica de enfermagem, Valéria é auxiliar de enfermagem e Maria é terapeuta natural há mais de trinta anos, além de formada em Psicologia e pesquisadora assistente da Fiocruz. Nesta tríade feminina já se percebe a existência de burburinhos entre o Norte hegemônico na área da saúde e o Sul de saberes mais encobertos, composto de cosmovisões particulares.

Ana trabalhou no Hospital da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, desde a década de 1970 até a década de 1990. Teve sua formação na Escola Ana Neri de enfermagem em Curitiba-PR, conhecida escola clássica, exigente, orientada pela biomedicina. Viveu a Reforma Sanitária³⁶, a Reforma Psiquiátrica³⁷ e por ocasião do seu conflito pessoal entre internar sua irmã ou tratá-la em casa. Seus conhecimentos sobre a Reforma Psiquiátrica, mesmo que em dúvida sobre sua eficácia, fez com que sua decisão tenha sido por um acolhimento mais cuidadoso, ou seja, o tratamento psiquiátrico com o paciente junto à família.

Maria, sua filha, estudou inúmeras terapias naturais, de origem oriental e brasileira seguindo uma linha de cuidado mais alternativo à medicalização química e procedimentos de alta tecnologia. Estudou acupuntura e massagens orientais e

36

“A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.” Sergio Arouca, 1998. Fonte: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> Consultado em 10/10/2014.

37 A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber sobre os tratamentos nas instituições psiquiátricas. Esse movimento tem repercussão em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. A luta manicomial marcada pelos direitos humanos e do resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais levaram a Reforma Psiquiátrica, contemporânea da Reforma Sanitária no Brasil. Consultar o documento “A Reforma Psiquiátrica brasileira” e o tema “A Reforma Psiquiátrica brasileira e a política de Saúde Mental” no site: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html> Consultado em 10/10/2014.

ocidentais, mas, também cursou técnico de fisioterapia orientado pela biomedicina; e isso proporcionou, em certo momento, estagiar no serviço de fisioterapia e reabilitação no mesmo hospital onde sua mãe trabalhava ao final da década de 1980. Isso provocava nela angústias entre os saberes da biomedicina e os saberes de outras cosmovisões. Maria após este período, entrou para a faculdade de Reabilitação pelos modelos hegemônicos, para abandoná-la dois anos depois, decidindo por qual caminho seguir: outras cosmovisões de saúde e cuidado. Só mais velha e experiente entrou novamente para a academia, desta vez podendo versar sobre as terapias integrativas e complementares. Maria pode cuidar das outras três mulheres desta história com seus conhecimentos de naturopatia. Ana resistia, mas recorria à acupuntura e moxa quando tinha dores e os medicamentos alopáticos se esgotavam na eficácia. Célia, ao contrário, gostava de ser tratada com as terapias complementares para amenizar as dores e Valéria foi cuidada por Maria em momentos de crises existenciais com acupuntura, sucos e ervas.

Valéria na vida adulta saiu de Niterói e foi viver em Curitiba-PR. Lá, trabalhou no Hospital de Clínicas da UFPR por vinte anos e exerceu as práticas da função orientada pela biomedicina. Após este tempo se mudou para Manaus-AM.

Em lá estando teve contato com outra cultura, voltada para a alimentação de frutas ricas como o açaí, comidas fortes como o tacacá, o uso do óleo de copaíba como antiinflamatório e curativo e os cuidados das parteiras ribeirinhas do Rio Amazonas. Lembrava-se das histórias da sua mãe e da sua tia, que eram da região Norte do Brasil e haviam nascido amparadas pelas mãos da parteira, sua bisavó.

Via nas mulheres que passavam por ela na rua, o corpo mais atarracado, as pernas um tanto arqueadas, o pescoço curto que costumava ver nas mulheres da família e , mais que isso, via o sorriso acolhedor, o cuidado fraterno elevado pela relação do jeito de chamar “mirmã”. Mana, mirmã, assim se tratam os nortistas e assim se trataram Ana e Célia por toda vida³⁸.

Dois anos após esta experiência voltou a Niterói e foi alocada no serviço de saúde do estudante universitário da UFF e passou a conviver com outras cosmovisões

38

Célia faleceu em Março de 2009 e sua irmã Ana, a “mirmã”, exatamente um mês depois.

que não a biomedicina, pois a sala de promoção da saúde onde trabalha além do serviço de Psicologia oferece algumas ferramentas das PICs para o acompanhamento do aluno no cotidiano da passagem pela faculdade.

Valéria e Maria, - assim como Ana viveu a dúvida entre aceitar uma coisa ou outra -, convivem com saberes do Norte e do Sul dentro de si. Muitas vezes se angustiam com isto. Às vezes conversam sobre isto. Porém, se sentem privilegiadas por estarem na posição de fronteira (Santos, 2006; 2003), onde parece que algo vai mudar, mas, ainda não mudou. Onde as notícias brotam como flores de um terreno próprio que conversa com outras espécies diferentes sem querer sobrepujá-las. E mediante tantas notícias, as primas amigas, em uma mesa de chá, pães e bolos, podem contar histórias e repensar seus passos.

Contando esta história, nos damos conta de que a rede de saúde brasileira é, neste momento, tecida com inúmeras linhas e cosmovisões numa tensão polissêmica que poderá trazer bons encontros para fazer pensar saúde, cuidado e educação em saúde. Poderá fazer pensar sobre o encobrimento do colonizador sobre o colonizado, suas profundas marcas deixadas em nós, incluindo nelas o destrato dos nossos saberes oriundos das margens ribeirinhas e das pororocas. Assim como Valéria e Maria percebem o Norte e o Sul convivendo e brigando dentro delas causando uma angústia que faz pensar e pesquisar, acreditamos que o mesmo aconteça com outros profissionais da saúde, usuários destes “novos” serviços e com estudantes da área de saúde.

Nesta aproximação construímos uma rede de conexões para nossa maneira de viver e pesquisar, que inclua a capacidade parcial de traduzir conhecimentos entre comunidades muito diferentes - e diferenciadas em termos de poder. Apoiamos conhecimentos aplicáveis, sobre as coisas, que não sejam redutíveis a lances de poder e a jogos de retórica de alto coturno, agonísticos, ou à arrogância cientificista, positivista (Santos, 2006). Propomos fortalecer a escrita no feminino e resgatar nosso jeito de contar nossas histórias.

De maneira próxima, Haraway (1995) propõe que explicações de um mundo "real" não dependam da lógica da "descoberta", mas de uma relação social de "conversa" carregada de poder. O mundo nem fala por si mesmo, nem desaparece em favor de um senhor. E assim, uma diversidade epistemológica no mundo (SANTOS *et al.*, 2004), bem como um espaço híbrido que crie aberturas para desestabilizar as

representações hegemônicas (SANTOS, 2006), desloca o antagonismo de tal modo que deixa de sustentar as polarizações puras que o constituíram.

3 TERCEIRO MOVIMENTO: MEMÓRIA, SILÊNCIO E RESISTÊNCIA

3.1 Por que lembrar?

Desde o início deste trabalho existe um esforço para marcar ações de práticas naturais, alternativas ou integrativas e complementares (seja qual for o nome utilizado) para referenciar um momento na saúde pública brasileira e em especial em Niterói, como um movimento político na saúde.

Este trabalho é atravessado por narrativas de pessoas que participaram (e participam) ativamente deste movimento com propostas, por vezes, diferentes da racionalidade biomédica sobre a saúde e formas de cuidado e tem por política uma convivência com a multiplicidade de realidades existentes nesta área.

Tal multiplicidade traz, por força política, a prerrogativa do repensar ações de saúde, pois a coexistência de conceitos de saúde e de cuidado diferentes nas racionalidades oferecidas pelas PICs em um centro de saúde, cujo modelo dominante seja o biomédico, faz pensar e faz fazer outras realidades *performadas* que podem ser melhor compreendidas no conceito de “política ontológica” (MOL, 1999).

O termo “política ontológica”, utilizado por Annemarie Mol³⁹, chama-nos a atenção por se tratar da afirmação de que “a realidade” (se é que há uma única realidade) não está afastada da política e vice-versa. Ao contrário, “a realidade” (ou as construções socioculturais de diferentes realidades) possui(em) um modo ativo de interação e modelação com a política, de caráter aberto. Na perspectiva deste estudo, a realidade não é dada de partida, portanto pode ser contraproducente considerar únicas histórias, que são aqui apresentadas como objetos de interpelação e disputa⁴⁰, ou seja, não se deve considerar apenas uma única racionalidade sobre o que é saúde, cuidado e ser saudável no intuito de ditar normas para um coletivo. Antes disto é preciso compreender a existência de múltiplas culturas de racionalidades diferentes sobre saúde, como, por exemplo, o que *faz fazer* as PICs no SUS, com protocolos diferentes e ontologias distintas.

³⁹ Mol diz que este termo foi criado por John Law (2002) e faz um agradecimento a ele no seu texto de 2007, no livro *Objetos Impuros*, organizado por João Arriscado Nunes e Ricardo Roque

⁴⁰ Sobre os prejuízos de uma única história ver Adichie, C. O perigo de uma única história. http://www.ted.com/talks/lang/por_br/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story.html

Desta maneira, ocorre certo consenso de que a realidade é um tanto mutável, e depende de ações e motivações políticas para que se torne realidade. No entanto, incide uma relação forte de poder entre a realidade da biomedicina e as outras realidades que estão se firmando. É uma tensão constante entre uma versão que não quer perder o poder de dizer e fazer e as outras que desmantelam uma única história. Nesta tensão permanente se configura a rede de saúde brasileira. Não mais a mesma antes das PNPICs, mas na tensão permanente, lutando para o fortalecimento de outras redes envolvidas na racionalidade da biomedicina (indústria farmacêutica, especialistas profissionais que investiram tempo e dinheiro na formação baseada nos cuidados com a visão da biomedicina, indústria de aparelhos hospitalares, manutenção do corpo biológico, psicológico, etc). Estamos nos referindo aqui a um sistema econômico que foi apoiado e apoiou esta racionalidade operante do modelo hegemônico biomédico.

Nesta luta para a manutenção de um programa político-econômico da saúde, a ilusão é de que um modelo único prescritivo de ciência seja possível de controlar a inconstância da natureza e produzir segurança. Mol aponta para o fato de que esta ideia de controle e poder é a base da tecnologia e da política. Porém, lembra que a exemplo da “teoria queer”⁴¹ outras modalidades de cultura criam outras realidades *performadas*. Nesta visão, é necessário que um “s” seja acrescido nesta realidade plural. Se as ontologias estão envolvidas com modos de estar no mundo, de culturas diversas, então as realidades também são diversas. Um único modo de fazer ciência não daria conta de múltiplas realidades. E não dá!

“Ontologias, note-se. A palavra tem agora que vir no plural. Porque, e trata-se de um passo fundamental, se a realidade é feita, se é localizada histórica, cultural e materialmente, também é múltipla. As realidades tornaram-se múltiplas” (MOL, 2007).

⁴¹ Movimentos teóricos e sociais em que homens, mulheres (cis e trans) assim como pessoas não-binárias problematizam e desafiam as normatividades relativas a performatividades de sexualidades e gêneros legitimadas e seus limites. As teorias *queer* pretendem desenvolver uma analítica da normalização (Miskolci, 2009) e uma crítica aos processos de legislação não voluntária da identidade (Butler, 2004). Louro (2001) afirma que “queer significa colocar-se contra a normalização – venha ela de onde vier [...]. Queer representa claramente a diferença que não quer ser assimilada ou tolerada e, portanto, sua forma de ação é muito mais transgressiva e perturbadora” (p. 546).

Desta maneira, a promessa de controle feita pela ciência (da natureza, de comportamentos, saúde, corpo, etc) leva ao medo do diferente, do adoecimento e da escassez, como foi sinalizado no capítulo anterior. Porém, de modo geral o medo da escassez constitui o pensamento da sociedade, alimenta a política, cria realidades e move a economia. Nesta relação, o sistema econômico da sociedade ocidental possui uma interface com a ciência, por ser esta quem apoia, conscientemente ou não, o sistema econômico, criando técnicas e aparatos para o controle.

De maneira que é necessária uma enxurrada de múltiplas histórias e possibilidades de vida diferentes do hegemônico para que novas ideias sobre vida, natureza, cuidado, saúde e nossa relação com isso seja passível de outras modalidades de observações e validações consideradas como científicas.

Assim, por intenção de criar outros modos de mundo, assinalo aqui não apenas as lembranças, mas também, o silêncio resistente e perturbador de uma “memória subterrânea” (POLLAK, 1989) que precisou ser elencada como agente desta política de fazer existir realidades potentes. Com a finalidade de ressaltar a memória coletiva dos narradores silenciados por forças de quem dita o que fica dentro e o que fica fora do interesse da ciência, foi possível pensar com Pollak que:

“Numa perspectiva construtivista, não se trata mais de lidar com os fatos sociais como coisas, mas de analisar como os fatos sociais se tornam coisas, como e por quem eles são solidificados e dotados de duração e estabilidade. Aplicada à memória coletiva, essa abordagem irá se interessar, portanto, pelos processos e atores que intervêm no trabalho de constituição e de formalização das memórias. Ao privilegiar a análise dos excluídos, dos marginalizados e das minorias, a história oral ressaltou a importância de memórias subterrâneas que, como parte integrante das culturas minoritárias e dominadas, se opõe à "Memória oficial", no caso a memória nacional” (POLLAK, 1989, p.3).

Deste modo, utilizo a seguir as narrativas das histórias de Niterói sobre as PICs envolvidas nas relações de poder entre uma força hegemônica na saúde e outras idéias, conceitos e estratégias por vezes inovadoras e por vezes capturadas e amalgamadas no mesmo poder que tentam combater.

3.2 AS PICs POR NITERÓI⁴²: O CHEIRO DE MOXA NO AR

As PICs, no caso de Niterói e provavelmente por outros tantos lugares do Brasil, ao longo do tempo, por alguns momentos foram realçadas na saúde pública para em outros momentos encolherem-se, até chegar à ideia da improvável existência. Basta lembrar que no centro de saúde por onde começa este trabalho, mesmo tendo um momento, de dez anos ou mais, de apogeu nas décadas de 1990-2000 e ter servido de exemplo para outros centros de saúde no Brasil, não constava na memória das pessoas que ali estavam na minha aproximação para o trabalho de campo em 2013.

O mesmo aconteceu com os trabalhos de humanização do parto e da saúde feminina ocorridos no mesmo período do apogeu das PICs, como se pode notar no relato de Vânia *Marapuama* que se espantou com o discurso de uma “nova proposta” para Niterói sobre saúde da mulher em um evento institucional em 2015. Na ocasião os oradores pareciam estar totalmente sem conhecimento e sem memória ao omitir o que já havia sido feito há alguns anos atrás na cidade. Vânia *Marapuama* em voz alta e aborrecida conta:

“Niterói foi ponta em saúde da mulher. Ponta da ponta da ponta. Nós tínhamos grupos de adolescentes, grupo de prevenção de AIDS, grupo de tudo que é doença transmissível sexual, produzindo material junto com as meninas. Era super ponta. Entendeu? Desde sala de espera até grupo continuado que só saía de lá quando sabia botar e tirar o diafragma quantas vezes. Todas as mulheres com DIU acompanhado não sei quantos anos de follow-up e (...). Não tô entendo que cês tão falando. Hoje eu não consigo uma pílula. Então assim, (...) detonou com Niterói, é diferente, Entendeu? Cada um que entra destrói o trabalho do outro, entendeu? Acha que isso tá falando de política. Isso é ridículo. Entendeu? Se mudar o partido então? Aí ferrou geral. Mas nós já fomos, assim, referência e a gente ia pro Brasil inteiro ensinar método

⁴² Não pretendo neste trabalho abarcar toda história das PICs de Niterói, mas sim, trazer em narrativas a riqueza nas reminiscências do movimento político das PICs por Niterói, que foi referência em certo momento para o Brasil.

anticoncepcional pra todos os lugares. E como que Niterói não teve? Entendeu?”
(Vânia Marapuama)

E outra entrevistada confirma a força de Niterói nas ideias sobre saúde da mulher e o uso das PICs neste sistema, citadas por Vânia Marapuama:

“(...) o Santa Rosa na época tinha um perfil de uma atenção muito voltada pra saúde da mulher, então tinha várias, é, obstetras e foi feito um trabalho, saúde da mulher e materna e infantil, e tinha um acompanhamento por sinal muito interessante que as enfermeiras faziam, e a Vera fazia grupo pra gestantes, fazia, é, sala de antessala, fazia uma roda de conversa, o trabalho dela era muito legal. E aí eu fiquei muito interessada de ir pra lá, não pra trabalhar com as gestantes, mas porque lá eu sabia que tinha um, um núcleo de terapias integrativas, na época a gente chamava de terapias alternativas, né? É Niterói era referência neste tipo de serviço de terapias alternativas. Era assim que chamava antes, terapias alternativas. (...) Então, chegou uma época que eu achava que o posto tinha uma característica tão alternativa que se valorizava muito pouco a questão da consulta médica. A gente recebia televisão, jornal, toda semana, pra falar de todos os trabalhos que estavam acontecendo por lá, então era uma coisa assim, eu mesmo saí na Bandeirantes, é, a, programa de rádio, vários, né? E a gente falava da técnica, no dia seguinte tava lá uma fila de pacientes que não eram municipalizados, que na época não tinha essa exigência e tal, né?”(Fátima Camomila).

Podemos então dizer que estes tipos de eventos são movimentos políticos, que participam das relações de forças na construção da saúde pública que *faz fazer* “aparecer e desaparecer” as realidades.

No entanto, para compreender melhor as relações de forças políticas, convoco da história oral as observações sobre as evidências e os movimentos subterrâneos e da margem, em que Pollak (1989), salienta que aquilo que faz silenciar torna-se memória *clandestina* e daquelas ações que, aparentemente, como muitas encontradas nas entrevistas, ficam muito mais como *ressentimentos acumulados no tempo*, silenciadas ou jogadas para debaixo do tapete da consciência (pública). Uma é apagada ou marginalizada na fronteira para que outra memória apareça, forjada de recentes realidades hegemônicas e oficiais acobertando a outra. Essa memória *proibida* e, portanto *clandestina* fica *subterrânea*, mas, é contada em histórias entre pares e familiares.

No caso das PICs, observamos que mesmo com o apagamento institucional da memória de tempos ativos nos centros de saúde, muitos dos profissionais continuaram passando seus conhecimentos em cursos extraoficiais ou mesmo de forma

particular e assim, passaram suas memórias oralmente. No entanto, em todos os entrevistados notei uma forte emoção emergir e desde o mais “duro” ao mais “suave”, com a possibilidade de resgate das memórias *subterrâneas* do que viveram e da possibilidade de ser contada na tese. Isto os fez demonstrar que havia um ressentimento pelo esquecimento

“(…) *com toda aquela luta, com tantos anos fazendo aquelas coisas e tudo perdido no tempo... a sensação que eu tive é de que nadei, nadei, nadei e morri na praia.*” (Anna Capim Cidreira)

“*Fiquei muito emocionada quando você contou sobre sua ida ao centro de saúde e não encontrar memória alguma e sua exclamação – Como puderam esquecer tudo aquilo que foi feito? Confesso que escondi minhas lágrimas*” (Vânia Marapuama).

E assim, podemos pensar que o silêncio, a voz calada de uma prática em saúde conspira nos subterrâneos e *faz fazer* realidades outrora enterradas. Em algumas medidas o que é real socialmente é feito por e através, dos instrumentos da análise social. As relações do mundo vão colocar maior ou menor resistência a maioria das realidades que podem ser criadas (LAW & URRY, 2003). Assim, no campo da política ontológica (MOL, 1999) se métodos ajudam a fazer (*faz fazer*) realidades que eles descrevem, então precisamos afirmar enquanto pesquisadores qual realidade fazemos existir com nossas investigações. Para Pollak (1989), “*uma vez que as memórias subterrâneas conseguem invadir o espaço público, múltiplas reivindicações imprevisíveis se acoplam a essa disputa da memória*” e fazem emergir, momentaneamente, como ataques de guerrilha, de solapo invadem a *memória oficial* que está no poder. Esta invasão confunde as mentes de quem não acreditava na inexistência de outras histórias ou *outras versões* de histórias (DESPRET & STENGERS, 2011).

Para multiplicar as possibilidades de compreensão de como um conjunto de racionalidades como estas pode “aparecer e desaparecer” sem deixar vestígios nas instituições por onde passaram pode ser especial pensar com os estudos de Latour sobre as “ciências em ação” (LATOURE, 2000; LATOURE & WOOLGAR, 1997).

Para a dinâmica da produção de racionalidade no escopo da ciência ocidental, pode-se entender este “aparece e desaparece” como uma operação performativa para

deixar as ações das PICs esquecidas no limbo dos enunciados que importam para os técnicos do serviço e cientistas, pois, possui a tentativa de aniquilar irrevogavelmente sua importância para a saúde e cuidado e produz um fenômeno: faz desaparecer a memória, valor e consideração sobre essas práticas ou as coloca na periferia da principal relevância e racionalidade.

Nas pesquisas de Bruno Latour em *Vida de Laboratório* (1997) e *Ciência em Ação* (2000) quando um enunciado é imediatamente tornado de empréstimo, utilizado e reutilizado, chega-se ao estágio em que ele não é mais objeto de contestação. Penso que esta insistência para trazer as narrativas e versões de fatos faça por resistência este papel. Para Latour:

“Este é um acontecimento relativamente raro. Mas quando ele se produz, o enunciado integra-se ao estoque das aquisições científicas, desaparecendo silenciosamente das preocupações da atividade cotidiana dos pesquisadores. O fato é incorporado aos manuais universitários, ou, por vezes, toma-se a ossatura de um novo aparelho (LATOUR, 1997, p.91)

Com isto, a exposição de outras versões (DESPRET & STENGERS, 2011) de um período da história da saúde pública de Niterói atravessado pelas PICs, passados nas décadas de 1990-2000, aponta para uma possibilidade de colocar este assunto em ação.

3.2 Outras versões: o Vital Brazil ou Santa Rosa

Fui novamente ao centro de saúde que me inspirou para realizar esta tese. Já havia telefonado por inúmeras vezes e não atendiam ao telefone. Já sabia que a última gestora (terceira em quatro anos) havia deixado o cargo e não queria falar mais do assunto. Assim, fui pessoalmente, entrei pelo setor de serviço e subi ao terceiro andar. Entrei na sala da administração, encontrei uma jovem administradora e contei minha história. Esta moça chamou a enfermeira mais velha e me fez repetir a história para ela. A história era a seguinte: - Estou fazendo um trabalho de doutorado em psicologia pela Universidade Federal Fluminense, sobre uma época em que aqui no terceiro andar teve

intensamente um movimento das Práticas Integrativas e Complementares. Aqui se fazia acupuntura, práticas corporais, homeopatia e moxa, que deixava esse andar com um cheiro específico. Já quase ao final da tese ainda não consegui atenção do centro de saúde que me inspirou um projeto de doutorado.

A senhora, muito angustiada com o tempo, pois olhava a todo o momento para o relógio e olhando para alguém que a chamava à porta disse se lembrar e perguntou o que eu queria exatamente. Expliquei que queria alguém que tivesse participado deste movimento e práticas ou que se lembrasse desta época. Então ela foi direta e disse que ali não tinha ninguém para eu fazer esta entrevista. No entanto, ela se lembrou de uma fisioterapeuta que havia trabalhado naquela época com a qual ainda tinha contato e pediu que eu deixasse o número do meu telefone que ela ligaria para a fisioterapeuta para saber se poderia dar o contato dela para mim e saiu da sala para responder às demandas.

Desci as escadas sem esperanças de conseguir qualquer entrevista com alguém que trabalhara naquela época. Quando cheguei ao térreo ouvi a voz da enfermeira e me aproximei. Pois ela estava comentando com seu grupo sobre o meu projeto e pedido. Assim que me viu reafirmou que faria a ligação para a fisioterapeuta e depois me daria um retorno pelo telefone. Não acreditei! Porém algumas horas depois deste encontro, no tardar da noite recebi o telefonema da enfermeira, senhora que animada me deu o contato da fisioterapeuta e desejou-me boa sorte.

Após alguns contatos por celular e *WhatsApp* fui ao encontro de Fátima Camomila no seu consultório. Ela parecia um pouco ansiosa e mesmo confusa sem saber o que iria acontecer. Expliquei-lhe como começou a minha tese e que eu estava atrás do cheiro de moxa que marcava o terceiro andar do centro de saúde. Para minha surpresa ela disse:

Ah, então, aquela sala fedia a moxa, né? O cabelo da gente era um negócio que no final do dia falava “ai, meu Deus! Hoje foi muita moxa” (Fátima Camomila).

Argumentei: Mas não só moxa, porque vocês usavam óleos também...

“É, óleos, mas, a moxa pro cabelo era o que eu mais me lembro. E a janela da sala era um basculantezinho que nem todos funcionavam, não tinha janela aberta, então a gente vivia naquela ‘bate, assim’... Aquelas nuvens de fumaça, gente aquilo era muito gostoso, muito legal isso!!! (brincou em tom de ironia).

“É, o cabelo ficava assim... e era muita moxa, porque a Isabel e o Renato eles tinham hábito de trabalhar com a caixa de moxa, eles recortavam vários pedaços e ficava aquela caixa igual a um dragão. É, exalando fumaça, não era só o bastão, eram muitas, muitas moxas acesas no paciente, né?” (Fátima Camomila).

Achei este comentário muito engraçado e divertido por nossas lembranças serem tão diferentes. Para mim, aquele cheiro que dominava o ar do terceiro andar era delicioso e fazia-nos levar para lugares imaginários de cuidados orientais e para esta moça era muito ruim, pois grudava nos cabelos. A moxa queimada tem um odor aproximado ao cheiro da maconha queimada e gruda mesmo. Impregna a pele, roupas e cabelos e leva dias para sair.

Comecei a entrevista pedindo para contar-me sobre suas lembranças sobre a experiência com as PICs no centro de saúde onde trabalhou. Começa contando como foi que chegou àquele lugar e àquelas práticas. Assim Fátima Camomila relata:

“Ah. Então, eu sou terapeuta ocupacional e prestei concurso pra prefeitura em 92. Em 93 fui chamada e fui alocada no hospital psiquiátrico. (...) pós-graduação em psicomotricidade, depois eu comecei uma formação em terapia corporal com método de cadeias musculares e aí, (...) tinha uma amiga minha, da mesma turma que eu, que é a Vera, que é TO também, que foi pro Santa Rosa (Hospital Maternidade)” (Fátima Camomila)

(...) lá no posto (aquele que inicia o trabalho da tese) eu comecei a fazer um trabalho de grupo de correção postural e comecei a me relacionar muito com o pessoal da acupuntura, que era uma sala no terceiro andar, grande, dividida, assim, com biombos, onde trabalhava a Isabel, enfermeira, o Gilberto, fisioterapeuta, a Ana, médica, o Renato, médico, são casados os dois, o César, também é médico. Uma equipe de 5 acupunturistas, e o rodízio de pacientes era muito grande, porque tinha muito paciente, sempre. tinha, sei lá, umas 6 macas na sala, as 6 ficavam ocupadas a cada 20, 30 minutos no rodízio. (Fátima Camomila)

Conta da sua aproximação com a equipe das Terapias Alternativas (PICs):

“E aí eu comecei a me aproximar dessa equipe e comecei a fazer um trabalho conjunto, eles me mandavam paciente pro grupo de corpo e eu mandava paciente pro grupo da acupuntura. E aí a gente começou a fazer um trabalho mais próximo e nesse tempo a Vânia (Marapuama), junto com a outra Fátima, que chama Regina. Elas tinham um trabalho de corpo anterior a minha chegada. Quando eu cheguei elas já estavam mais na questão da gestão, é, da reabilitação e tal, elas já não estavam mais atendendo. E aí eu peguei essa clientela e continuei (...)” (Fátima Camomila)

3.2.1 Sobre a participação dos usuários

As soluções encontradas para a melhoria das condições de trabalho das PICs e da atividade corporal muitas vezes envolvia a colaboração dos usuários.

“Lembro, como se fosse hoje é... os biombos, porque os pacientes ajudaram muito, Porque os biombos foram construídos pelos pacientes, no princípio que eles pintavam a mão, e a sala era uma sala fria de janelão, como todo prédio, é um prédio muito frio, cada maca de um tamanho, de uma cor, rasgada ou não, mas assim, a gente, às vezes os pacientes doavam lençol. Ventilador. Enfim, a gente ganhava muitas coisas, né? (Fátima Camomila)

“ (...)E aí no início do trabalho de corpo era no auditório do centro. Tinha um tapete podre de sujo e, e assim, se tinha alguma goteira no auditório e a gente não podia trabalhar, e aí o que nós fizemos? Arrancamos aquele tapete e descobrimos que a gente tinha uma tábua corrida linda ali embaixo. Os pacientes que estavam na época se organizaram, fizeram uma vaquinha e nós fizemos (...), que era pra dar pra usar, e aí começamos a usar, depois veio uma nova leva de pacientes e botaram uma divisória, ou seja, se tivesse evento no auditório, mesmo assim a gente podia usar, porque era uma sala fechada. Depois eles se cotizaram e botaram um armário. Então assim, as almofadas, o ventilador, tudo foi doação de paciente, né? E a gente fez uma mega sala.” (Fátima Camomila)

Partindo desta narrativa surgiu um questionamento: será o envolvimento dos usuários no processo das PICs no centro de saúde um processo de implicação e trabalho de todos para existir uma realidade como um ator-atuado, comprometimento ou falta de compromisso do Estado? Difícil compreender a complexidade desta questão.

“Um ator-atuado trabalha em parceria com os outros, na medida em que nem sempre é claro quem faz o quê. A ação se move. É como um fluido viscoso. O que faz com que cada ator também dependa de seus co-atores, se permitindo agir o que é permitido fazer, depende de regras e regulamentos. Mas isso não significa que um ator-atuado é determinado pelo que o rodeia. Ele tem sua própria teimosia e suas especificidades: é cheio de surpresas. Assim, a diferença que produz um ator não é previsível. Antes, pelo contrário, o que os atores fazem atuar é essencialmente indeterminado. Grande parte é formada em redes colaborativas de práticas complexas” (LAW & MOL, 2008, p.75).

Podemos então pensar, neste envolvimento dos usuários e de todos os *actantes* humanos e não humanos que fazem as PICs manifestarem-se como um ator-atuado. Mol

e Law (2008) analisaram algumas múltiplas formas em que as ovelhas de Cúmbria foram atuadas nos contextos apresentados por ocasião de uma epidemia de febre aftosa em 2001. É um texto que a Mol e o Law escrevem e que tem uma situação em que em meio a uma febre aftosa que está atacando as ovelhas na Inglaterra, mostra que tem a ovelha do veterinário, tem a ovelha do economista, tem a ovelha do dono da fazenda, existe uma ovelha material, mas existem inúmeras ovelhas, cada uma entrando em redes de imbricações diferentes, mas é a mesma ovelha. Os agenciamentos ocorridos evidenciaram que os atores não atuam se não são habilitados e produzidos por uma complexa rede de relações com outros atores, ou seja, para converter-se em ator tem de ser atuado como tal, por estes outros envolvidos.

No caso do envolvimento dos usuários com o reparo do material do ambiente proporcionou que tanto profissionais como usuários, moxas, agulhas, macas, lençóis, ventiladores, basculantes fizessem das PICs um ator-atuado e passível de mediação⁴³, com aquele centro de saúde.

Outra coisa é a questão da obrigação do Estado em fazer uma boa política de saúde para melhores condições da qualidade do atendimento do SUS. Percebo que isto daria outra tese, porém, não há dúvidas de que falta o envolvimento deste importante *actante* para maior possibilidade de existência de bem-viver a saúde de todos no SUS⁴⁴.

Ainda, neste exercício do ator-atuado, outros contextos estão em conexão para o agenciamento e mediação das PICs em Niterói, como será visto daqui para diante.

3.2.3 Do bem-estar global ao mal-estar difuso

O cotidiano e o mal estar difuso

As questões do cotidiano são tão importantes e influenciam um estado de consciência coletiva que, se intrincam com a saúde quando se pensa no bem-estar

⁴³ Mediação é compreendida como noção, como processo, como uma ação implicando uma transformação de uma situação e não uma simples interação entre elementos já constituídos e, ainda menos, uma circulação de um elemento de um polo a outro. Nesse sentido, ele não se confunde com um intermediário com um ator específico. A partir das mediações, qualquer coisa se passa, produz-se um acontecimento, uma passagem, que modifica relações, processos de trabalho, modo de circulação dos fatos; “não deixa nada como dantes” (LATOUR, 2005).

⁴⁴ Sugiro para consulta deste assunto ver em Paim, 2002; Cantillano, 1983; Merhy, 2002; Tsallis, 2014.

coletivo como definição de saúde. No cotidiano estão as inúmeras maneiras de promoção da saúde sem necessariamente estar relacionado a não chegar ao adoecimento. No entanto, é necessária a compreensão de que estar doente também faz parte do viver em saúde. Possuir ferramentas internas e externas, múltiplas no ambiente coletivo para a própria comunidade para lidar com as crises, quer sejam elas derivadas dos desequilíbrios da condição física, energética, da condição social de pobreza, de violência, da ignorância ou da tentativa de subordinação e controle da sua existência (e de tudo ao mesmo tempo), isto é um importante sinal de boa saúde e talvez inovador.

O cuidado, nesta compreensão, está distanciado de um saber terapêutico no sentido prático. Sequer de um sentido de um saber acadêmico do lato ou do stricto sensu. O cuidado está na possibilidade da ausculta dos afazeres cotidianos e de toda sua rede de acontecimentos (BOFF, 2005). Está na possibilidade de oferecer as ferramentas para que todos possam cuidar dos seus ou ser cuidados por eles, na sua comunidade e, se for preciso recorrer a um médico. Sem vício, não por medo de viver refletido na angústia de viver para obter a tal saúde padronizada e idealizada.

Além disso, existe um mal estar difuso que faz parte do mundo contemporâneo, que não pode ser significado como doença, mas que, se distribui entre as pessoas de modo geral, tanto para os usuários, como para os servidores da saúde, como para os pesquisadores e praticamente todas as pessoas da comunidade. Este mal estar difuso constantemente é medicalizado, quando os usuários pedem exames e medicamentos para saberem o que tem e um jeito de retirar isto deles.

Os sintomas indefinidos, ao não se encaixarem nos referenciais da biomedicina, tornam-se um problema para o diagnóstico, colocando em xeque o saber médico, já que esses pacientes possuem persistentes sintomas físicos sem que o médico possa detectar uma doença. Entendemos que os portadores desse tipo de queixa não são pacientes, mas “quase-pacientes”, visto que ficam vagando e estabelecendo uma rotina de ir e vir nas instituições de saúde sem que haja resolutividade de seus sintomas.

“De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a somatização constitui relevante questão de saúde pública mundial. Identificamos que esse tipo de manifestação corresponde a uma parcela importante da demanda ambulatorial; no entanto, ao receberem atendimentos inadequados, terminam por comprometer o potencial resolutivo da atenção

médica e aumentam consideravelmente os custos dos serviços de saúde” (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO Jr., 2008).

Podemos ainda pensar que este mal seja referente à complexidade da vida e a pouco acesso ao conhecimento e habilidades para lidar com problemas da vida. Para isto a medicalização apenas acoberta a dificuldade de lidar com fatos duros e realísticos. Seria mesmo esta medicalização da vida a melhor forma de lidar e atingir um estado bom de saúde ou seria apenas um modo de reforçar o Complexo Médico Industrial - CMI?

“(…) devido em grande parte às condições socioeconômicas que originam a crise sanitária, desenvolve-se atualmente no mundo capitalista o que sociólogos franceses, que tratam das relações entre saúde e cidade, entre os quais Michel Joubert, têm denominado de “pequena epidemiologia do mal estar”, ao analisarem uma síndrome coletiva que se poderia definir como biopsíquica, com grande repercussão na saúde física e mental da força de trabalho, caracterizando-se por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral etc., que atinge milhões de indivíduos das populações de quase todos os países nas grandes cidades, ocasionando uma situação permanente de sofrimento para os cidadãos e de perda de muitos milhões de dólares anuais para as economias desses países, em função de dias de trabalho perdidos” (LUZ, 2005).

A saúde vista como um recurso para a vida ou como objetivo de viver?

Madel Luz em uma entrevista acena para a existência de mudanças na visão da saúde, tentando sair do foco da doença e passar o foco para a vida saudável, preventiva e promotora de saúde. Uma saia justa, diz ela:

“Está crescendo na sociedade uma ideia do ‘estar saudável’. Começa a emergir de novo a categoria saúde associada à ideia de vitalidade, vida

saudável, qualidade de vida, harmonia, estar bem consigo e com o outro. Isso tem um lado positivo, que é superar o paradigma da saúde/doença que vigeu durante três séculos, do XVII ao XX. Mas, por outro lado, significa também ver quase todas as coisas pela ótica da saúde. Antes você caminhava porque gostava, agora caminha para ter saúde. Existe uma utopia da saúde (...) a valorização da forma física e da qualidade de vida (...). Se o paradigma da doença era horrível e provocou muita mutilação e morte, o paradigma da saúde também é uma saia justa para todas as pessoas” (LUZ, 2003).

A meu ver esta ideia de “vida saudável” refletida por Luz na entrevista acima, comandando as ações do dia a dia não destitui o paradigma saúde/doença e sim o reforça, numa corrida obsessiva para ser saudável e viver saudável, gerando culpa e angústia quando não se consegue seguir as normas restritas para esta condição ou mesmo quando tudo falha e a pessoa adocece. Estas pessoas que vivem esta busca de estado com sacrifícios não estão preparadas para as novidades do viver.

Neste sentido, alguma mudança há de ser interessante para que as pessoas possam viver seu cotidiano sem uma bolsa cheia de medicamentos para dormir, acordar e olhar para o outro com paciência, para deixar dormente seus sentimentos. Bem como, não dá para correr atrás de fazer mil exames com ideias preventivas ou mesmo tentar estar nas normas restritas de “vida saudável”.

Abaixo o depoimento de uma médica entrevistada ao lidar com seus pacientes usuários do atendimento público desde a década de 1980:

“(...) e a gente foi trabalhando. Sendo que logo com... primeiro ou segundo ano de trabalho nessa unidade, e aí entra a articulação com as práticas integrativas, eu e o professor Eduardo Almeida nos vimos diante da seguinte dificuldade: a medicina que a gente havia aprendido e que a gente sabia ensinar não se aplicava a demanda que a gente tinha que atender. A gente tinha 75 a 80 por cento dos pacientes funcionais, sem lesão. A clínica que a gente conhecia era do paciente com lesão, com a doença instalada no corpo agora, e aí a gente não tinha instrumento pra lidar com aquela realidade, então, é, a maioria na época a gente tinha que preencher um protocolo. Mas, assim, a gente tinha que preencher um relatório mensal de atividade, né? De trabalho feito e a gente tinha que dar o código do atendimento pra cada pessoa que a gente atendia, não é verdade? E aí a gente viu que 75 a 80 por cento dos casos caíam

naquele código do *Queixas Vagas e Sintomas Mal Definidos*, que é o que a gente tinha na CID 9, né?” (Anna Capim Cidreira)⁴⁵

“diante da insuficiência da medicina que a gente tinha aprendido pra lidar com aquela demanda(...). Eduardo foi pra medicina chinesa, eu fui pra homeopatia e passamos a usar essas medicinas no atendimento a população e o posto de saúde do Caramujo foi desenvolvendo formas de cuidado mais abrangente do que a maioria das unidades oferecia na época.” (Anna Capim Cidreira)

Hoje, “A tendência é medicalizarem todos os mal estares difusos. Então a gente já tem síndrome da fadiga crônica, fibromialgia, transtorno de déficit de atenção, a gente não tinha nada disso. Na época das queixas vagas e sintomas mal definidos eu acho, assim, por um lado essa tendência de construir essas novas síndromes, por um lado eu compreendo que ela ofereça a pessoa que sente esses desconfortos, um grau de, assim, de acolhimento, uma certificação de que o seu sofrimento ta sendo respeitado e reconhecido, eu entendo isso, né? Se a pessoa vai... e aí, é, eu acho que tem isso, mas por outro lado eu acho que aprisiona a pessoa um pouco nesse diagnóstico.” (Anna Capim Cidreira)

A Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada em novembro de 1986, em Otawa, Canadá, definiu a Promoção da Saúde e a diferenciou da Atenção Básica de Saúde⁴⁶ no que se refere à visão e importância da saúde. A Atenção Básica está vinculada e é influenciada pelo modelo médico flexneriano de saúde-doença e a primeira aborda a saúde numa proposta mais positiva, ao menos no seu ideário, na proposta de ações preventivas como vacinação e cuidados mais relacionados ao cotidiano das pessoas, tais como atividades de exercícios em que saúde não se refere apenas à ausência de doença ou objetivo a ser perseguido e sim de toda a complexa rede do viver.

Nesta direção, a Promoção da Saúde com o conceito de saúde mais positivo, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. É definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde e de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas.

⁴⁵ Anna diz que adora esta erva, que a tem plantada em vasos na sua casa. *Cymbopogon citratus*, capim-santo, capim-limão, capim-cidró, capim-cheiroso, cidreira. É indicada para cólicas intestinais e uterinas e como um calmante suave.

⁴⁶ A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação. (PNAB, 2006).

Incentiva condutas adequadas à melhoria da qualidade de vida, distinguindo-se da atenção primária ou ações que identificam precocemente o dano. Rabello (2010) assinala que se trata de um novo paradigma e que este se contrapõe ao modelo flexneriano que se expressa através do individualismo (atenção individual), da especialização, da tecnologização e do curativismo na atenção à saúde, predominantes, até então, nas práticas de saúde.

A Atenção Básica é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à Atenção Básica, sendo, por exemplo, um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades.

A Promoção da Saúde⁴⁷ consolida-se na Estratégia da Saúde da Família reforçando os princípios do SUS, especialmente o da integralidade na atenção à saúde e o da participação social (BUSS, 2010). Neste sentido, pode-se considerar, também, a relação das PICs (MS/PNPICs, 2006) com a Política Nacional de Promoção da Saúde (MS, 2009), tendo em vista que a promoção da saúde pode ser compreendida como um campo de propostas, ideias e práticas, crescente na saúde pública, que propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000). A inserção das PICs no SUS configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população (SANTOS & TESSER, 2012).

No entanto, o que as ações do SUS revelam está muito próximo ao que vimos no caso do centro de saúde de Niterói. Quando é sugerida ou montada uma ação de

⁴⁷ A Promoção da Saúde foi definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Onde a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WHO, 1986).

promoção da saúde de maneira mais cotidiana, ou seja, não incluindo a remoção da doença como objeto principal, a burocratização e não compreensão do que este serviço realmente traz de positivo para o sistema de saúde na sua organização econômica faz-se com que o serviço seja despontecializado, enfraquecido e colocado fora da memória oficial, ou seja, não levado em consideração nas ações políticas mais adiante. A coisa toda emperra!

Ainda é muito confusa a proposta de integralização dos diversos saberes e da horizontalidade na escuta do saber do outro. É cultural entre os gestores, pessoal de serviço e pesquisadores (professores e estudantes da saúde) a verticalidade do saber e das hierarquias e das ações. Mesmo que teoricamente e os documentos utilizados para orientação e o fortalecimento do SUS indiquem um caminho, a dificuldade de escuta do diferente ainda é o usual.

Por este caminho podemos compreender o quanto esta cultura hierarquizante e verticalizadora do saber-poder dificulta as PICs no SUS e tem dificultado a integração da cultura dos saberes tradicionais brasileiros no nosso sistema público de saúde. Este tipo de mentalidade sempre cria o isolamento e a exclusão de alguém e de algum saber.

Por conta disto, para quebrar a distorção de como agir em benefício do SUS integralista e promotor de saúde, percebe-se o quanto é importante o trabalho de comprometimento e envolvimento de todos quando um coletivo quer um conjunto de práticas que promova melhor o bem-estar no cotidiano. Essa dificuldade de integralidade pode ser notada em um exemplo em que as PICs são atuadas como intermediário e não um mediador. Quando são incentivadas na Atenção Básica e PSF com oferta de um curso gratuito de Auriculoterapia (reflexoterapia do pavilhão auricular) aberto para dois mil profissionais do cuidado na saúde, os beneficiários do curso são os que possuem o terceiro grau, ou seja, os especialistas, verticalizando um saber sobre a saúde que poderia muito bem ser promovida no cotidiano como propõe a Promoção da Saúde.

Um curso de auriculoterapia utilizando sementes de mostardas e não agulhas pode ser oferecido para todos incluindo os Agentes Comunitários de Saúde com o segundo grau de escolaridade ou outros. Como moradores das comunidades onde atuam e conhecem a todos, poderiam atuar com este saber nas suas casas e ampliar este cuidado no seu coletivo próximo em prol da promoção de saúde no cotidiano.

“O Ministério da Saúde, através da Área Técnica/DAB/SAS, em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina, está oferecendo o CURSO FORMAÇÃO EM AURICULOTERAPIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA, com o objetivo de capacitar profissionais de nível superior da atenção básica de municípios selecionados por meio de ensino semi-presencial. Trata-se de mais uma ação estratégica do Núcleo responsável pela coordenação da Política Nacional de PICS, que busca qualificar as Práticas no Sistema Único de Saúde. Quanto ao critério de seleção, os participantes devem ser profissionais de saúde de nível superior da atenção básica, com especificação do número do CNES do serviço em que trabalha, e devem estar atuando na assistência em funções de nível superior, prioritariamente nas equipes de Saúde de Família e NASF” (MS, 2016).⁴⁸

Por outro lado, nos relatos de fundo desta tese também vimos a importância dos gestores para a existência e manutenção das PICs no serviço. Coisa que ao olharmos podemos perceber nos esforços para a manutenção de uma realidade PICs no centro de saúde. Sem constrangimentos, percebe-se que é necessário muito trabalho e esforço de todos os envolvidos para que exista uma rede de interesse que se mantenha ativamente em conexão com outras tantas outras redes para o fortalecimento e concretude (mesmo que parcial e momentânea) de uma realidade.

Portanto, explorar os acontecimentos através das práticas, torna mais claro os movimentos e agenciamentos dos atores e diferenças entre ser um ator-atuado, um intermediário ou um mediador. Deste modo, o curso de auriculoterapia do SUS oferecido este ano para os profissionais de terceiro grau é possível que faça mais o papel de intermediário, ou seja, aquele que age e nada muda.

Se, o mesmo curso fosse aberto para os ACSs e estes trasladassem este conhecimento na comunidade, não de maneira a medicalizar a vida e sim como algum apoio ao cotidiano, isto ao meu entender poderia promover alguma mediação. No

⁴⁸ <http://auriculo.fett.digital/index.php/sobre-o-curso/informacoes-gerais>

entanto, sem radicalismos ousou esperar alguma mediação, pois “os *actantes* são inúmeros e suas ações possuem sempre um resultado inesperado e complexo” (LATOURE, 2005).

Assim como podemos pensar em ator-atuado, agenciamento e mediação quando as entrevistadas contam, detalhadamente, como aconteciam as ações para que o trabalho das PICs pudesse existir e ser feito no centro de saúde de Niterói, pudemos perceber a gestora que comprou o algodão, o usuário que pintou o biombo e reformou o carpete estragado do chão, as técnicas que chegavam mais cedo para cortar os esparadrapos e deixarem prontos para o uso, um setor de cuidado indicando o usuário para as PICs e vice versa e o comparecimento de uma gestora, aos sábados, no centro de saúde para fazer uma triagem especial para os atendimentos de Reiki.

3.2.4 Reiki no centro de saúde

“e aí a Vânia (Marapuama), ela se ligou numa, como se fosse um convênio com a Sociedade Brasileira de Reiki e aí a Sociedade Brasileira de Reiki dava o curso e os reikianos praticavam pra fazer como se fosse um estágio todos os dias de meio dia a uma, então nessa sala, todos os dias de meio dia a uma a gente tinha que sair no máximo 5 pra meio dia porque eles entravam, esborrifavam aquela essência maravilhosa com cânfora e tal, e energizavam água e eles tinham os recursos próprios, eles, eles que compravam os copinhos, eles que compravam papel toalha, eles eram, assim, perfeitos. Isso durou muitos anos, muitos anos.” (Fátima Camomila)

Pergunto: E quem eram os pacientes do Reiki, os mesmos pacientes do trabalho de corpo e acupuntura? Como vocês faziam um encaminhamento?

“É, a gente ia mandando paciente pro Reiki. Isso, e aí tinha uma triagem, que normalmente no sábado era feita pela Vânia, e a Vânia via lá quais eram os pontos que ia energizar e quem aplicava eram os alunos, ficou muito legal. E isso ficou acontecendo até a Vânia se aposentar... durou uns 5 anos.” (Fátima Camomila)

“Nesse, nesse tempo que tava, o serviço tava a todo vapor a gente teve conhecimento, eu e Isabel, de uma técnica japonesa chamada Spiral Tape, é, e a gente foi pra São Paulo fazer a formação e eu comecei a atender dentro do setor de acupuntura só com spiral tape, que é uma terapia usando o esparadrapo. (...)e a gente trabalhou uns 10 anos juntas nisso até que a Isabel saiu. Fizemos uma pesquisa, publicamos um artigo, (...)a homeopatia era super integrada com a gente. A Mírian era muito integrada, depois a Mirian foi ser médica de família (...) A Ana, que é essa médica homeopata e acupunturista, ela dava um horário na acupuntura, um horário na homeopatia, mas ela trabalhava muito com floral, então a gente tinha a Ana como referência pro floral, então se a gente for pensar teve uma época que tudo funcionava,

a gente tinha acupuntura, a gente tinha o reiki, a gente tinha o floral, a homeopatia e o spiral tape.” (Fátima Camomila)

3.2.5 O cuidado muito além da assistência

Seguindo mais uma linha de argumentação, uma das questões mais problemáticas e controversas que os profissionais e usuários das PICs enfrentam (na maioria das vezes sem consciência) está na nutrição e solidificação da medicalização da vida. O termo medicalização pode ser entendido pelo menos de duas maneiras: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em “problemas de saúde”, e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais (incluindo os de outras racionalidades médicas que não a hegemônica), em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos (CAMARGO JUNIOR, 2007). Assim, entende-se que mesmo oferecendo serviços e práticas menos comuns ao que é encontrada em um centro de saúde, na sua maioria a fala dos usuários e a escuta dos terapeutas está inundada de uma razão biomédica.

Para Camargo Junior (2007), uma das linhas mais estruturadas de crítica ao modelo biomédico, em geral, acontece no bojo da tradicional saúde pública, quando centra seu foco nas distorções produzidas como a redução da concepção de saúde à mera ausência de doenças, ênfase excessiva na tecnologia “dura” na produção de diagnósticos, à redução da terapêutica (sem cuidado), à prescrição medicamentosa e à ênfase numa perspectiva dita curativa, ou no máximo contemplando a prevenção das ditas doenças, mas sempre excluindo de seu horizonte de preocupações toda a dinâmica social e subjetiva produzida (no cotidiano), que dá de fato sentido à existência humana. Estas ideias dicotômicas, muitas das vezes, não estão afastadas daqueles que trabalham e utilizam as PICs como ferramenta. Mesmo quando tentam buscar um ideal diferenciado do modelo criticado, acabam por relacionar qualquer ação de saúde à remoção de doenças.

Conforme vemos nas políticas do SUS mais recentes, contrapondo-se a realidade do modelo biomédico, a produção do conhecimento científico como empreendimento humano, deve estar aberto também às descrições baseadas nas Ciências Sociais e

Humanas, em especial a História, a Antropologia e a Sociologia, em articulações interdisciplinares. No entanto, observa-se que os possíveis problemas gerados pela naturalização das necessidades de medicalização da vida com foco nos ditos “necessidades de saúde”⁴⁹ é a apreensão, ainda que esquemática, do escopo das técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões envolvidas neste campo, ou seja, o chamado complexo médico-industrial – CMI (indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos, as instituições oficiais de formação de pessoal na área de saúde, um setor da indústria de publicações, instituições de pesquisa, instituições alternativas de formação de práticas em saúde e praticantes de várias formas de terapia alternativa com ou sem reconhecimento do Estado) que engendram-se em uma espécie de manutenção de uma rede dita de saúde (CAMARGO JUNIOR 2007, p.68).

Na ponta da racionalidade desta rede teríamos, então, a emergência (ameaça ou medo) de problemas de saúde que constituiriam a demanda⁵⁰ por serviços de saúde. Ao setor saúde caberia identificar e responder a essa demanda, identificando prioridades e alocando recursos de acordo com as mesmas. Tendo por objetivo atendê-las, e esperar que eventualmente estes tentem ativamente expandir sua base de usuários (*ibidem*).

Neste sentido, quaisquer agentes do CMI - e mesmo os praticantes não-hegemônicos, “alternativos” das PICs podem ser agentes dessa medicalização em sentido lato, convencendo de que um dado evento é um “problema de saúde”, que visa uma solução eficaz e segura - em outras palavras, confiável. Usando a utilização dos meios de comunicação de massa para veicular todo um imaginário de “saúde perfeita” através do consumo. Constata-se assim, que mesmo racionalidades de outras origens podem participar do mesmo fundo, ainda que em posição mais limitada no alcance de suas estratégias (CAMARGO JUNIOR, 2003).

“(…) há uma mercantilização das medicinas alternativas e complementares, decorrente de sua existência no mundo privado e liberal das práticas

⁴⁹ Termo utilizado para justificar a constituição de uma demanda, através de processos culturais, políticos e sociais bastante estudados, por serviços ditos “de saúde”. Este uso decorre da necessidade lógica de identificar metas, objetivos para a intervenção que justificarão o curso de ação escolhido. O que se tem em mente são problemas de saúde que se deseja evitar, corrigir ou minimizar, traduzíveis na racionalidade biomédica por doenças claramente identificadas (CAMARGO JUNIOR, 2007).

⁵⁰ Baseada na impossibilidade de uma vida útil para o capitalismo (FOUCAULT 1979), no medo da doença mortal, de dar trabalho para a família e outras tantas razões inculcadas e divulgadas vertiginosamente.

curadoras, que enfatiza certos aspectos das mesmas; há uma incorporação lenta, mas progressiva, ao *establishment* biomédico de técnicas dessas racionalidades como procedimentos especializados restritos a especialistas (acupuntura, por exemplo)” (TESSER &LUZ, 2008, p.203).

Desta maneira, como pensar em resistência e novas possibilidades?

Sugiro assim, pensar no apoio ao cotidiano. Pensar na desmedicalização da vida. Uma ação no sentido do atirar a flexa do arqueiro zen, de pouco em pouco, apalpando o caminho, catando a flexa do chão onde ela cai, sem saber se o alvo foi alcançado ou não, deixando acontecer de maneira que quando aconteça já não se saiba mais quem é o arqueiro, quem é a flexa e quem é o alvo. Talvez apenas para produzir pequenos furos no pensamento hegemônico.

Como já mostrei anteriormente para as racionalidades orientais faz parte da vida respirar, meditar, contemplar, praticar inúmeras artes marciais ou não, culturais no cotidiano. Bem como faz parte de sua tradição cuidar de si e de sua família com conhecimentos de apoio a energia circundante nos meridianos de acupuntura, na circulação de energia da casa, dos chakras, do campo áurico, em energizações com as mãos, com rezas, com cristais, com prana ou o que for próprio da sua cultura. Assim, nas ocasiões em que a comunidade saiba de alguém que esteja precisando de alguma ajuda, trocam-se conhecimentos de ervas, pequenos tratamentos caseiros vindos da sabedoria milenar e, em último caso, se precisar, ir para o médico e ao hospital.

Nas ocorrências de desequilíbrios, não há necessidade da hipervalorização expressada como doença, apenas aquelas que chegam a constranger a vida como nos fala os estudos de Canguilhem (1978), aventado no primeiro capítulo desta tese.

Talvez seja confusa a consciência implicada nesta rede de saúde hegemônica, incluindo muitos naturopatas das PICs, parte da conceituação de “problema de saúde”

como equivalente a doença, como um objeto dado e não uma comunicação complexa entre vários *actantes*⁵¹ cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo.

O apoio da saúde no cotidiano pode ser exemplificado quando o pessoal do serviço do centro de saúde de Niterói é convidado para fazer parte de um grupo para cuidar de dores provocadas pelo peso dos arquivos carregados no serviço ou por excesso de vacinação na semana. No entanto, do que mais cuidaram foi de fazer contato uns com os outros e trocarem outras informações como onde dançar, como cozinhar algo, dentre outros assuntos, incluindo neles as dores. Como pode ser visto a seguir:

“E aí uma época eu, eu vi que os funcionários estavam usando demais a acupuntura, a homeopatia e tal, e resolvi fazer um grupo de funcionários, inicialmente foi um fracasso, porque as pessoas não queriam um grupo de funcionários, elas queriam ser cuidadas como pacientes. (...) E aí, assim, uma das coisas que eu percebi é que as pessoas precisavam falar das dores do trabalho. E aí, assim, pro exemplo, lá no arquivo tinha aqueles arquivos pesados, todo mundo tinha dor no ombro, né? Aí pegaram e mudaram o arquivo, mas sem consultar as pessoas da reabilitação, botaram várias caixas de madeira, que piorou muito a situação, porque as pessoas começaram a andar com 2, 3 caixas empilhadas assim, com a cervical totalmente descompensada e tal, só que a gente não pôde dar nenhuma opinião, isso foi feito por um projetista da prefeitura, que não passou pela opinião, nem de quem trabalha dentro do hospi... do lugar, né? Então, assim, com o tempo eu fui falando...”

E aí no final eu tinha lá uns 10 funcionários, era na quarta-feira, de meio dia a uma, então quem tava saindo podia fazer e quem tava entrando podia chegar mais cedo pra fazer, durou até a hora de eu sair, esse grupo, foi muito bacana.

Até se falava um pouco “pô, aquela cadeira tá ruim”, “Fatinha, eu acho que fiquei assim porque foi vacinação e eu fiquei muito tempo agachado e tal”, mas em geral as pessoas queriam mais era se conhecer, começaram a sair entre si. “Cê tem um negócio pra me emprestar, então eu passo na sua casa”, pessoas que não tinham essa relação antes, entendeu? Foi muito interessante, muito interessante, mas assim... Era assim, foi começando a estreitar uma relação muito melhor no trabalho e pessoal.” (Fátima Camomila).

Pergunto como se dava a relação entre as racionalidades diferentes no centro de saúde. Ou seja, o serviço da biomedicina do primeiro e segundo andar, com o pessoal das PICs no terceiro andar?

⁵¹ Humanos e não humanos tais como: ambulância, estetoscópio, balanças, aparelho de medir a pressão arterial, medidor de glicose, propagandas de medicamentos, bolsas de medicamentos ou mesmo agulhas de acupuntura, etc.

“Então eu acho que não tinha uma coisa, assim, do, é, “esse serviço não funciona bem”, pelo contrário, as pessoas encaminhavam, né? Assim como a gente também usava bem as consultas médicas. Os médicos tinham uma afinidade muito grande com a equipe da gente, depois as coisas foram mudando” (Fátima Camomila).

Pergunto como era visto o cuidado e a saúde nessa relação?

“Então, a gente tinha uma concepção de saúde muito, é... acho que a gente tinha uma concepção do cuidado muito pra além da assistência. A gente tinha um envolvimento, tinha, é, uma implicação de todos nós, apesar da gente não ter reuniões de equipe.” (Fátima Camomila).

As reuniões pelos corredores: menor burocratização da saúde e do serviço?

“A gente... não precisava. A gente tinha umas paradas de corredor do lado do bebedouro, assim, era sempre do lado do bebedouro onde a gente falava, assim, e tentava:

- Gente, não tá dando conta. Ele não melhora com isso, ele não melhora com isso.

- Vamo chama fulaninho, vamo...

Né? E aí era uma coisa, assim, que era uma implicação, que eu me lembro que eu ia pro trabalho e, a gente começava a atender 1 hora, eu chegava lá 11 e meia, eu almoçava 11 horas, 11 e 15, 11 e meia eu tava lá cortando esparadrapo, porque senão se eu começasse 1 hora cortando o esparadrapo eu não ia conseguir atender aquele monte de paciente. Então eu e Isabel a gente ficava na hora do almoço fazendo as tirinhas de esparadrapo, que chamava na época cross, e montando aquele monte de papel, assim. Nunca ouvi ninguém falar “não, não tem recurso, eu não posso atender”, “não tem luz eu não posso atender”, “não tem água eu não posso atender”, a gente dava um jeito.

Eles (usuários) tinham uma relação de muito, de muito vínculo com a gente, até porque a gente não tratava do joelho, nem do pé, nem do ombro, a gente tratava das pessoas ali, né? Eles se sentiam muito bem cuidados, eles se sentiam acolhidos no nosso serviço, né?(...) o vínculo era de tanta confiança, que se eu tivesse que enfiar um prego ou um esparadrapo ou uma agulha ou um negócio que dá choquinho...

É. Não existia aquela anamnese, assim, do “seu joelho dói quando eu estico ou quando dobro?”, “cê dorme bem?”, “cê tem gases?”, “seu coco é marrom?”, sabe aquela preocupação que é pro além da queixa, né? Que às vezes o paciente traz uma queixa que é um sintoma mais aparente e que às vezes aquele sintoma tem a ver com um estilo de vida, um hábito, ou nem é ele que é tão importante, às vezes o desequilíbrio do canal energético é mais importante naquele momento. Então, assim, é, todos nós fazíamos uma anamnese muito minuciosa. Porque não é coluna que dói... é o eixo que dói, é a estrutura que dói, né? E quais são as dores estruturais que o ser

humano tem? Que não são... que precisam ser ditas, ou que precisam ser sentidas, ou precisam ser compartilhadas, né? Então, acho que todos nós tínhamos essa percepção, não existia alguém que chegasse lá, agulhasse e tchau!

E assim, não existia trocar o nome do paciente, trocar a história do paciente, a gente conhecia muito aquelas pessoas,... E eram muitas pessoas, ... E a gente dava conta de conhecer aquela imensidão de pacientes. E milhares de presentes, a gente teve uma época que a gente atendeu muita gente da feira, então a moça do coco trazia coco, o cara da verdura trazia agrião, trazia alface, trazia, então era muito bacana, assim.

E eles entendiam que ali... Que ali a gente não tinha fragmentação no cuidado, que a Dra. Mirian era tanto quanto nós ali, ... Não tinha é, assim, “ah, a Dra. Mirian é mais legal que é médica”, né? “O outro é TO, não é Doutora”, não existia isso. Então, assim, se passasse no corredor, “olha, hoje não é meu dia, mas hoje eu não tô bem”, podia falar comigo, com a Mirian, até acho que a faxineira acolhia diferente, né? Porque todos nós tínhamos uma percepção de que aquilo ali era um cuidado com, assim, que não era fragmentado, ... Tinha uma visão mais integral.” (Fátima Camomila).

Durante a pesquisa de campo, ouvi relatos de alguns profissionais médicos homeopatas que em algum momento começaram a ser questionados pelos gestores das unidades sobre sua atuação “contraproducente” para o centro de saúde, porque depois que os usuários passavam a ser atendidos por esta racionalidade e pelas outras ferramentas das PICs, de maneira integrativa, muitos usuários deixavam de lado os atendimentos biomédicos comuns às doenças crônicas. Notadamente se o serviço de saúde do SUS vincula o número de atendimentos para justificar a quantidade de verba para repasse, o entendimento dos gestores sobre isto levava a este tipo de cobrança desconectada do bom atendimento. Confuso para um SUS cujo valor maior é produzir saúde e bem estar à população.

“(...) assim, do quanto é preciso trabalhar na equipe mesmo, qual é o papel de cada um nisso e tal, porque através do corpo a gente ia conversando sobre isso, foi muito legal, foi muito legal. Mas, assim, uma coisa que chamava a atenção era quanto os funcionários do posto eram adeptos das terapias, né? E, assim, isso diminui muito o uso de anti-hipertensivo, de antidepressivo, né?

“Minha pressão regulou com o Dr. Cesar”, Dr. Cesar era (...), né? Muito legal. Saia todo mundo do trabalho de negociinho na orelha.” (Fátima Camomila).

Por outro lado, as ferramentas, ideias diferenciadas de ver saúde e cuidado e serviços interessantes podem desaparecer quando não há implicação e força de

manutenção da rede, para fazer existir. Quando um serviço que vem trabalhando em uma crescente de relação de confiança, passa a falhar, principalmente na sua oferta e frequência, a confiança é perdida, o serviço passa a ser pouco procurado e divulgado e pode desaparecer. Fátima *Camomila* dá um exemplo deste processo:

“E aí a Vânia se aposentou, deixou esse cargo na mão de um voluntário, e aí, assim, não tô, não é porque é voluntário, mas, assim, voluntário ele não tem que cumprir exatamente as, a hora de chegar, a hora de sair e aí não tem também uma autoridade pra pegar uma chave, abrir, entendeu? Então aí acabou que o serviço foi minguando, minguando, isso foi mais ou menos concomitante ao, ao que foi acabando também na acupuntura, porque o Gilberto recebeu um convite, Gilberto era muito metido com a política, pra ser secretário de saúde em Itaboraí, foi embora. A Isabel, por sua vez, passou num concurso pro UERJ e ela tinha dois vínculos, ela tinha que escolher um, então ela ficou com a prefeitura do Rio, UERJ, que ela morava no Rio. A Ana, casada com o Renato, passou num concurso pra ser perita do INSS em Florianópolis e o César já tava no Vital Brasil, lá numa coisa de gestão. Então quando a gente viu não tinha mais ninguém na acupuntura.” (Fátima *Camomila*)

3.2.6 O processo de declínio do serviço das PICs no centro de saúde.

Percebe-se que no serviço as PICs foram declinando por forças político-econômicas. Alguns profissionais com a característica de liderança e paixão encontravam-se no momento de aposentadoria. Outros que foram assumindo a função de gestores sentiram-se pressionados pelas novas regras vindas de cima, ou seja, pelo aumento da produtividade e as cobranças disto. No caso de a produtividade não ser notificada pelas ferramentas de controle, o centro não receberia verbas suficientes para sua sustentabilidade.

A mudança de conduta dos gestores para com os profissionais das PICs, por conta das novas regras, cobranças, controle e avaliação do centro de saúde do SUS não comportando metodologia que abarcasse a experiência da promoção de saúde mais direcionada para o apoio ao cotidiano do usuário, efetivou-se como um contra-senso importante, o que produziu o afastamento destes profissionais para outros centros e outros estados do país.

De outro modo, o olhar para a saúde e para o cuidado do serviço das PICs, naquele momento e contexto, era mais voltado para a saúde de modo ampliado e não

para a doença; e, os servidores envolvidos com as PICs não reivindicavam verbas para material de fomento e sim, nas lutas internas, reivindicavam boas condições de trabalho.

“Ah, eu acho que a gente tinha, assim, uma união que vinha de vários lugares, primeiro que a gente tinha um grupo muito politizado ali no terceiro andar. No terceiro andar fazia uma greve, fazia, organizava uma, então, assim, eu fui do sindicato, Renato foi do sindicato, Isabel foi do sindicato, não na mesma época, mas nesses anos todos, todos (...) talvez a gente tenha se aproximado um pouco por isso, né? A gente nunca brigou muito por salário, a gente sempre brigou muito por condições de trabalho (...)” (Fátima Camomila).

“A gente chamava os mutirões, fazia assembleia, convidava outros profissionais de outros postos, visitava outros postos pra saber quais eram as dificuldades dos outros postos, né? Então, assim, mandava memorando, carta pro secretário, mandava pros representantes das... Independente da gestão... Aliás, a gente nem gostava muito de mexer com essa coisa da gestão, era um movimento dos funcionários e se a gente falasse (...) que fosse no segundo andar, no primeiro andar, todo mundo concordava. Até porque, uma coisa que é importante, todos os funcionários usavam nosso serviço.” (Fátima Camomila).

Para além do centro de saúde que iniciou a tese, em outro bairro da cidade de Niterói acontecia algo parecido e muito interessante.

3.3 Tempos de PICs no Caramujo: Que saúde, que cuidado, que racionalidades médicas?

“Não se trata de simplesmente combater ou erradicar doenças: trata-se de incentivar a existência de cidadãos saudáveis, capazes de interagir em harmonia com outros cidadãos, e de criar para si e para os que lhe são mais próximos um ambiente harmônico, gerador de saúde. Em princípio tais medicinas tendem a propiciar um conhecimento maior do indivíduo em relação a si mesmo, de seu corpo e de seu psiquismo, com uma consequente busca de maior autonomia em face de seu processo de adoecimento, facilitando um projeto de construção (ou de reconstrução) da própria saúde (LUZ, 2005, p.163)”

Minha formação em medicina foi toda na UFF. “Então eu fiquei fora da UFF só 6 meses. Essa era minha vida aqui. Eu cheguei a ser professora de clínica médica, de semiologia, (...). E um grupo de alunos que tava entrando no internato e que tinha intenção de ir pra o interior, clinicar no interior, queria fazer um internato fora do hospital, que eles acreditavam que o internato feito dentro do hospital, com base nessas patologias mais raras, mais graves, não os prepararia para a clínica geral, no nível primário e secundário que toda pessoa que vai pro interior tem que dar conta de fazer. Então eles reivindicavam fazer um internato fora, na rede, e não havia isso na época.

Anna Capim Cidreira fala de uma demanda do ensino de medicina na UFF que surgia no momento de reformas políticas na saúde. “Eram meninos (alunos) politicamente bem articulados que queriam experiências na atenção básica”.

“Eles eram meninos, assim, politicamente muito articulados, que tinham participado de movimento estudantil. Tinham essa demanda natural pela atenção básica, pela organização, do cuidado pras populações. Eu acho que era uma motivação ideológica ao mesmo tempo que profissional, né? Então o professor Santini começou a procurar professores que se dispusessem a ir com esse grupo de alunos, que eram 6, pra alguma unidade básica. Eu e outro professor, Eduardo Almeida, que era do mesmo departamento, nós na época éramos do departamento de medicina clínica ainda da faculdade de medicina, nem havia o estímulo de sair da comunidade.” (Anna Capim Cidreira)

Como vimos anteriormente, estes meninos politizados que estudavam medicina na UFF estavam atravessados pelos acontecimentos políticos na saúde da década de 1970 e 1980. O aparecimento da Atenção Básica - AB (Atenção Primária - AP ou Atenção Primária de Saúde - APS), influenciado por movimentos oriundos de experiência de outros países, tais como China, Indonésia, Guatemalam Cuba dentre outros, na década de 1970, no Brasil se consolidou na década de 1980 (MELLO *et al*, 2009; AROUCA, 2003). Segundo Paim (2002; 2003), o movimento da atenção primária de saúde enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo se contrapunha ao modelo hospitalocêntrico. Este modelo alimentava uma crítica político-ideológica com propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização do sistema de serviços de saúde.

Segundo Madel Luz (2005), a demanda social da clientela para serviços públicos de saúde pressionavam as instituições médicas no sentido de uma “abertura” para as medicinas ditas alternativas nos anos 80. De tal modo que em agosto de 1985, a homeopatia, a fitoterapia e a medicina tradicional chinesa, através da acupuntura, foram legitimadas nos serviços médicos da previdência social, através de um convênio

celebrado pelo então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o ministro da Previdência Social, com instituições acadêmicas como a Fiocruz e a UERJ, além do Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB), no sentido de estabelecerem-se atividades não apenas de atendimento médico envolvendo homeopatia, acupuntura e fitoterapia, mas também atividades de pesquisa e ensino sobre essas “medicinas alternativas”. Para esta autora, esses médicos e seus alunos com vocação terapêutica encontravam na atenção básica e nas medicinas alternativas, basicamente na homeopatia e na acupuntura, uma saída para o exercício dessa vocação.

3.3.1 Como assim? Vocês vão abandonar a medicina, ir pra uma unidade de saúde fazer atenção primária pra fazer outra coisa que não é medicina?

“o nosso departamento de medicina clínica não aceitava nos liberar, nós eramos professores de semiologia e clínica médica, ao sair deixaríamos uma falha, e também porque na opinião deles, eu ouvi isso de um querido professor de clínica, que nós éramos tão bons médicos, como é que íamos, assim, abandonar a medicina. Ele usou essa frase, abandonar a medicina, ir pra uma unidade de saúde fazer atenção primária pra fazer outra coisa que não era medicina.” (Anna Capim Cidreira)

Na pergunta feita pelo mestre médico a seus discípulos médicos bem conceituados, observamos que a racionalidade médica do mestre tinha algo diferenciado daquela necessidade dos jovens estudantes de medicina da UFF e dos professores que notavam algo novo no ar (quem sabe um cheiro de moxa...). Com este evento já se percebe existir diferentes conceitos de saúde pairando dentro de uma mesma racionalidade médica ocidental. O campo da saúde parece confundir-se na consideração ao conceito de saúde que embasa suas atividades, bem como atinge ao campo do cuidado. Assim sendo, proponho fazer uso do conceito de racionalidades médicas, muito já trabalhado por Therezinha Madel Luz, para compreendermos algumas necessidades ideologizadas nas narrativas deste capítulo⁵².

⁵² Racionalidades Médicas (RM) é uma linha de estudos iniciada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) em 1991. Hoje a linha é desenvolvida em várias unidades acadêmicas do Brasil, sendo também um Grupo de Pesquisas do CNPQ sediado na Universidade Federal Fluminense (UFF) liderado pela Prof^a Dr^a Madel Luz. Os estudos do grupo abrangem comparações em nível teórico e prático entre sistemas médicos complexos, como a Medicina Ocidental (Biomedicina), a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa, o Ayurveda e outros. Ver em <http://racionalidadesmedicas.pro.br/sobre/>

Racionalidades médicas é todo o sistema médico complexo construído sobre seis dimensões: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina médica (o que é estar doente ou ter saúde), um sistema diagnóstico, uma cosmologia e um sistema terapêutico⁵³. Portanto, descreve/interpreta um conjunto de fenômenos observáveis, logicamente definido, que é *a posteriori* comparado com realidades empíricas, particulares e específicas para estabelecer se estes enquadramentos fazem sentido a uma realidade médica (LUZ, 2012).

"racionalidades médicas é um operador conceitual que permite analisar ou comparar sistemas médicos complexos em perspectiva teórica, analítico-descritiva, ou empírica, seja globalmente, como um todo, seja dimensão a dimensão" (LUZ 2012, p. 219).

Neste sentido, para compreendermos melhor a dúvida do mestre, procura-se entender de qual medicina ele fala. A medicina ocidental moderna que se origina a partir da anátomo-clínica é uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. A incorporação da anatomia patológica ao arsenal técnico-científico da medicina configurou uma ruptura metodológica de tal importância que foi considerado um marco. A partir da segunda metade do século XVIII até o final da primeira metade do século XIX, consolidou-se uma das vertentes da caracterização das doenças, que serão vistas não mais como um fenômeno vital, mas como a expressão de lesões celulares. Aqui se opera uma importante mudança de perspectiva central do saber e da prática médica. Torna-se definitivamente, uma ciência das doenças, contrapondo-se a "arte de curar" como propunha a homeopatia de Hanneman (CAMARGO JUNIOR, 1990).

Na biomedicina, a construção das teorias das doenças associou-se à organização institucional de prática clínica especializada e de produção de saber (...) em torno das especialidades. E estas se organizaram em torno das doenças e partes específicas do homem (órgãos, aparelhos, sistemas). (...) E esse processo simbólico permeou todos os

⁵³ A proposta não é entrar em detalhes sobre as RMs, pois isto está bem documentado nos livros e artigos da Madel Luz e do seu grupo, além do que caberia fazer outra tese. No entanto, é interessante depreender a potência deste conceito quando se tenta compreender o descompasso dos discursos, quando todos pensam que estão falando da mesma coisa, mas, não estão!

extratos sociocognitivos desse estilo de pensamento, (...). Assim, as doenças dominaram cognitivamente o exercício clínico dos círculos intermediários, dos clínicos (TESSER & LUZ, 2008).

Deste modo, o saber terapêutico ficou centrado no combate e controle das doenças. Na prática e no ensino da Medicina, a partir de então, o foco é caracteristicamente hospitalar (ACKEMECHT, 1986; FOUCAULT, 1981), nos médicos especialistas, em protocolos cada vez mais padronizados, afastando da pessoa que adoece a capacidade de curar-se por si, pelo coletivo cultural onde vive ou naturalmente. E, como vimos anteriormente, na crítica feita por Camargo Junior (2007), o CMI está imbricado em mão dupla no viés da biomedicina (mas não só), no sentido cartesiano, atravessado pela relação dualista de saúde-doença. Para tal percepção, as práticas de ação em saúde indicam invariavelmente a direção da recuperação da saúde e saúde como ausência de doença biológica. E era disso que o mestre médico tentava alertar aos seus discípulos, no sentido de dizer que o saber médico se constrói dentro do hospital e que fora dele, provavelmente, seria uma espécie de charlatanismo.

Ainda dentro do âmbito da saúde-doença, mesmo quando da tentativa de mudança do conceito de saúde, considerada mais ampla e positiva, conceito ainda utilizado nos dias de hoje, definida como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Carta de Ottawa - OMS), muitas críticas surgiram em oposição a este conceito por se tratar mais de uma declaração do que uma definição sistemática (NARVAI, 2008).

“Há uma incorporação crescente pelo saber médico das concepções e explicações médico-sociais na etiologia das doenças no século XX, através da epidemiologia e do modelo médico sanitário. Tal incorporação favorece as abordagens terapêuticas menos medicalizadoras. (...) Entretanto, do meu ponto de vista, essa abordagem, crescentemente incorporada ao saber médico, favorece a superação do paradigma clássico da biomedicina, embora não favoreça as medicinas alternativas, devido a seu grande cientificismo.” (LUZ, 2005)

A Homeopatia, por exemplo, fundamenta-se em quatro princípios básicos, a saber: princípio da similitude; experimentação no homem são; medicamento dinamizado (doses mínimas) e medicamento único. Samuel Hahnemann (1755-1843) enunciava, no princípio da similitude, que um medicamento para curar um conjunto de sintomas em um indivíduo doente, deveria despertar estes mesmos sintomas nos indivíduos sadios que o experimentassem (*similia similibus curantur*). O segundo princípio requer a experimentação no homem são, catalogando todos os sinais, sintomas, características despertadas, sejam eles de ordem psíquica, emocional, geral ou físicas. Desta forma, comparando os sintomas do paciente doente com os sintomas semelhantes apresentados nos indivíduos sãos. E assim, escolhia o medicamento que conseguia abranger o mais próximo da totalidade dos sintomas característicos àquele indivíduo e com isso provocar uma reação positiva no organismo através do equilíbrio da energia vital (TEIXEIRA, 1998).

Desta maneira, o homem da homeopatia é formado de um corpo material, que é animado pela energia vital, que o move e guarda seu espírito unindo ambos de maneira indissociável. Por conta disto é um ser inseparado da natureza que o cerca e o envolve, com a qual tem relações que ultrapassam sua razão (LUZ, 1993).

Nas buscas por histórias das PICs nos SUS descobrimos como se formou uma homeopata:

-Professora, a senhora tem jeito de homeopata, tem cara de homeopata e não sabe o que é homeopatia?

Bem, e aí a partir daí um aluno, um desses internos, virou pra mim e perguntou se eu não tinha vontade de usar homeopatia na unidade. Eu falei: - Como assim? O que é homeopatia? - Que eu nem sequer sabia o que era ... e ele participava de um grupo de estudantes de medicina, que sob a orientação de um médico homeopata já falecido, João Emanuel, um grande homeopata, eles tinham um grupo de estudo e ele me levou pra conhecer esse médico e virou médico da minha mãe, foi meu primeiro professor de homeopatia, por causa deles, do aluno e desse médico, eu comecei então a fazer curso de homeopatia..(Anna Capim Cidreira)

É o vitalismo⁵⁴ que norteia a homeopatia por uma doutrina que afirma a existência de um princípio irreduzível ao domínio físicoquímico para explicar os

⁵⁴ Estou consciente da existência de inúmeras formas conceituais de vitalismo, no entanto para este trabalho e nesta passagem procurei sintetizar o conceito de vitalismo e energia vital assimilado para a homeopatia hannemaniana. Sobre vitalismo ver Portocarrero (2009) e Luz e Scofano (2008).

fenômenos vitais. No Vitalismo, a força vital é definida como a unidade de ação que rege a vida física, conferindo-lhe as sensações próprias da vida e da consciência. Este princípio dinâmico, imaterial, distinto do corpo e do espírito, integra a totalidade do organismo e rege todos os fenômenos fisiológicos. O seu desequilíbrio gera as sensações desagradáveis. No estado de saúde mantém o organismo em harmonia. Deste modo, a energia vital dos vitalistas homeopatas não é apenas aquela medida pelo trabalho mecânico, nem tampouco a hoje denominada energia potencial da física. Eles evocam a existência de uma energia essencial que move a vida, que antecede a atividade mecânica e elétrica do organismo e que, na verdade, é sua mantenedora (Rosenbaum, 1996).

A racionalidade da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) se estabelece na filosofia e cosmovisão do TAO, na integração entre natureza e humanidade em uma totalidade cósmica, o TAO, cujo movimento rítmico determina a ordem no mundo é uma espécie de caos primordial com potencial criativo. Dinâmico, manifesta-se na matéria através do movimento de alternância entre as polaridades Yin-Yang e da interdependência entre os cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal, água). As noções de Yin-Yang foram desenvolvidas conforme a observação do movimento de rotação da Terra, que resulta nas bipolaridades noite-dia, escuro-claro, conjugadas à oposição complementar entre feminino e masculino. Os cinco elementos, por sua vez, correspondem às fases climáticas do ano (considera-se uma quinta, a estação das chuvas). São categorias simbólicas que organizam a estrutura social e a vida cotidiana.

A racionalidade da medicina chinesa tradicional está alicerçada na existência e circulação de CHI⁵⁵ no organismo, e na correspondência analógica entre as categorias simbólicas (yin-yang e cinco elementos). O CHI perpassa tudo no universo e circula no organismo seguindo trajetos mapeados pelos chineses e denominados “meridianos”. Cada ser nasce com uma determinada quantidade de CHI, que é armazenada no SHEN⁵⁶, e sua longevidade depende da administração dessa reserva. Esses canais possuem pontos determinados, que ao serem estimulados permitem a desobstrução do

⁵⁵ Seu significado literal seria “vapores que emanam do solo (ou da fermentação do arroz) em direção ao céu” (FERREIRA, 1993). Ch’i também seria para alguns “o movimento de uma substância sutil e invisível”, e para outros equivaleria ao “movimento da água se transformando em vapor” (BARSTED, 2003).

⁵⁶ Energia primordial recebida dos antepassados.

fluxo de CHI, restabelecendo naturalmente a saúde e a vitalidade. A manipulação de CHI segue a complexa teoria de relações entre yin-yang e cinco fases, procurando devolver o equilíbrio entre as forças que operam no organismo. A manipulação dos pontos por onde caminha esta energia vital pode ser estimulado com agulhas, moxa, toque de massagem, com a mente, dança, arte marcial e de muitas maneiras. Portanto, se a longevidade e saúde dependem de uma boa manutenção do CHI no corpo, isto pode ser feito nas atividades e cuidados do cotidiano.

Outra racionalidade médica, a Ayurveda, se refere ao conhecimento médico desenvolvido na Índia há cerca de 7 mil anos, o que faz dela um dos mais antigos sistemas medicinais da humanidade. A racionalidade da Medicina Ayurvédica tem como princípio da vida a energia Prana (o sopro da vida), a energia vital universal que permeia o cosmo, absorvida pelos seres vivos através do ar que respiram. A Ayurveda afirma que tudo no universo é formado pelos cinco elementos básicos da natureza, chamados panchamaha-bhutas; são eles: éter, ar, fogo, água e terra. O objetivo desta racionalidade é estudar as influências destes elementos na natureza e no ser humano. Nesta filosofia o homem é um microcosmo do universo. Os elementos unem-se dois a dois para formar os doshas. Espaço e ar formam o dosha Vata; o fogo e água formam o dosha Pitta e a água e terra formam o dosha Kapha. Os doshas são expressões naturais em equilíbrio não exato, sempre em movimento. Em desarmonia suas expressões tornam-se marcantes em um dosha e a pessoa pode demonstrar o desequilíbrio e desarmonia, tanto emocionalmente quanto fisiologicamente.

A Ayurveda é um sistema complexo de medicina e utiliza diversas ferramentas terapêuticas para equilibrar os doshas: massagem ayurvédica, óleos medicinais, dieta, rotina diária de hábitos saudáveis, oleação e sudação (puryakarma), fitoterapia, terapias urificadoras (panchakarma), medicamentos com metais, minerais, pedras preciosas (rasa shastra), prática de yoga, meditação, entre outras.

A racionalidade da Medicina Tradicional Indiana ou Ayurveda chegou oficialmente ao Brasil em 1985, por força de um convenio do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) e do Ministério da saúde com o Instituto de Ciência e Tecnologia Maharishi. No estado de Goiás, o projeto se desenvolveu e, nos anos 1985 e 1987, ocorreu o primeiro curso de Medicina Ayurvedica para profissionais de saúde da rede publica estadual contemplando médicos, farmacêuticos, agrônomos e enfermeiros.

A partir de então e até por volta de 1995, mais de dez médicos indianos vieram a Goiânia, em grupos que passavam de dois a quatro anos ensinando e acompanhando os profissionais brasileiros em cursos e estágios práticos. No ano de 1988, deu-se a criação, pelo governo do estado de Goiás, de um centro ambulatorial denominado Hospital de Terapia Ayurvedica, hoje se denomina Hospital de Medicina Alternativa. O HMA oferece também serviços nas áreas de Homeopatia e Acupuntura, além da Fitoterapia e do Ayurveda (CARNEIRO, 2007).

Nunca foi fácil montar um serviço de terapias mais suaves para o público na atenção básica e mais difícil ainda é mantê-lo ativo e produtivo.

“Então uma ex-aluna nossa, que à época era diretora médica do Hospital Azevedo Lima, nos pediu que assumíssemos um postinho de saúde, que na época era um subposto estadual de saúde do Caramujo. Era um subposto vinculado ao Hospital Azevedo Lima. Nessa época essa médica, que era a Doutora Cristina Boareto, ela era responsável pela residência médica do estado, que tinha nessa unidade do Caramujo 4 residentes e ela dava supervisão à distância, com dificuldade. Então juntando a fome com a vontade de comer ela nisso ofereceu o espaço, em troca a gente oferecia a supervisão para os residentes dela e pros nossos internos. E aí foi a maravilha, porque nessa unidade de saúde nós assumimos a gestão da unidade. Contávamos com uma confiança absoluta da Doutora Cristina que nos entregou a unidade:

- Bom, trabalhem como cês acharem que devem.

E aí tudo que a gente imaginava que podia construir a gente foi construindo. Então, gradativamente foram surgindo várias necessidades. Além da vacinação, a gente começou a fazer grupo de floricultura, grupo de acompanhamento de mulheres, que a gente chamava Grupo Fundo de Quintal, se reunia nos fundos dos quintais das mulheres, que elas achavam melhor do que na própria unidade e grupo de saúde escolar na escola que era ao lado (...)” (Anna Capim Cidreira).

3.3.2 Os “convênios extraoficiais”

“A gente passou a ter atendimento com homeopatia, chegamos a ter 4 pessoas atendendo com homeopatia na unidade, eu e mais 3 médicos do Ministério da Saúde que eram cedidos a UFF pra esse trabalho. Nós tínhamos o atendimento com medicina chinesa. O doutor Eduardo conseguiu interessar um farmacêutico, Marcos Turci, que tem farmácia de manipulação, ele é dono da Satia. Ele trabalhava conosco voluntariamente, preparamos na unidade 40 itens, entre xaropes, tinturas, cremes, pomadas. A entrega, a distribuição de medicamentos pela rede era muito precária,

faltava coisas básicas. Então nós fomos gradativamente produzindo aqueles medicamentos mais necessários de acordo com o tipo de demanda que a gente tinha. (...) a gente chegou num nível, que 80% dos itens que a gente prescrevia a gente fabricava e entregava gratuitamente.” (Anna Capim Cidreira)

“Nas reuniões entre diretores de unidade havia sempre uma certa pressão é, em cima da unidade, que a unidade ficava inventando moda, fazendo coisas diferentes, porque começava a repercutir na demanda das outras unidades que queriam(...). A gente chegou a ter até, é, um horário da semana que a gente fazia harmonização energética. E eu me lembro muito de um dia que eu cheguei e uma paciente falou assim:

- Ô, Doutora, a senhora tá pior do que eu, acho melhor a senhora deitar que eu que vou harmonizar a senhora.

Eu rapidamente deitei, nem discuti. Então, assim, a gente chegou a ter um, uma situação na unidade de muito trabalho, intenso trabalho, todos os dias da semana. A gente fechava o posto 6 horas da tarde e aí começávamos o trabalho na comunidade, na associação de moradores, nas visitas domiciliares...” (Anna Capim Cidreira)

Anna Capim Cidreira mostra como aconteceu uma experiência de integralidade e de translação do conhecimento nos usos das PICs, o que chamou de “convênios extraoficiais”. Durante os atendimentos no Caramujo a médica observara que os casos de erisipela eram muitas vezes tratados por um senhor rezador da comunidade. Doença que persistia em não ser curada rapidamente com as recomendações da medicina hegemônica e com a medicina homeopática feitas por ela. No entanto, o senhorzinho atendia, fazia as rezas e não precisava mais do que uma vez para a pessoa ficar curada. Eram pessoas que a médica acompanhava há anos no posto de saúde e via nas consultas seguintes ao posto de saúde os resultados das rezas. Assim, diante desta realidade de saúde, ela buscou contato com o rezador sem muito sucesso.

“Foi uma certa luta encontrar com esse moço, porque toda vez que eu ia na casa dele a, a esposa dizia que ele não estava, porque eu me identifiquei como médica do posto, e eu acho que ele temia algum tipo de represália. Até que um dia, numa dessas visitas, num... numa dessas tentativas eu disse à esposa:

- Olha, eu queria deixar um recado pro seu José. Eu sou médica do posto, eu tô vindo aqui pedir ajuda a ele, porque eu ouvi dizer que ele trata muito bem erisipela, a que eu trato, volta, eu trato, volta, e me disseram que ele trata uma vez só e não volta, eu queria saber se eu posso...

Aí ela:

- Pera um instantinho.

E aí o senhor José me mandou entrar, tomamos café, conversamos muito, eu passei a encaminhar todas as erisipelas pro seu José, que de fato tratava só uma vez e não voltava. Eu assisti ele tratando uma vez, ele tratava, ele pegava um galhinho de mato não sei de qual erva, porque também não prestei atenção, e rezava, e falava umas palavras assim por baixo que eu não consegui ouvir muito bem, mas era na verdade uma oração usando um galhinho de alguma planta, que num, de forma nenhuma tinha nenhum risco pro paciente, porque eu fui tratar de verificar o que é que ele fazia antes de encaminhar, e tínhamos muito.(...) eu encaminhava todas as erisipelas pra ele, né? Num papel do posto timbrado. (Anna Capim Cidreira)

O respeito ao saber oriundo da comunidade e às suas maneiras de cuidar no cotidiano é o que se recomenda hoje o SUS quando aponta para a necessidade da integralidade na atenção básica de saúde. Muitos anos se passaram entre esta atitude da médica na relação entre saberes e os dias de hoje, ainda com a constância de recomendação do uso da integralidade. Esta recomendação está em livros e artigos, está em alguns cursos e é recomendado tanto para estudantes de medicina como para médicos da atenção básica. Para lidar com a saúde em contato direto com o usuário, por exemplo no PSF é necessário que os profissionais da saúde sejam sensíveis e escutem como a comunidade se mantém saudável ou cura algumas doenças que não seja por um único saber.

A médica que participou da criação das PICs do posto de saúde do Caramujo e fez parceria extra-oficial com o senhor José rezadeiro, trazia para a formação médica suas experiências de atendimentos com a população na atenção básica de saúde.

““Enfim, então a gente teve a homeopatia com, inclusive a dispensação do medicamento, a gente teve acupuntura com a prescrição de ervas também, tratamentos da medicina chinesa, não era só acupuntura. Tinha moxa, tinha a fitoterapia, e tinha até durante um tempo, um ano ou dois, teve até esse grupo de harmonização energética...depois do internato em atenção primária, a gente criou um curso de especialização por demanda de alguns internos que terminavam o curso e queriam continuar na área, em 84, 85. E aí o que aconteceu foi que depois de 2 anos de tentativa do curso de especialização, a gente criou mesmo foi a residência médica, na época a gente chamava Atenção Primária a Saúde.” (Anna Capim Cidreira)

“É, 15 anos a gente ficou lá, a ponto de conhecermos as famílias. Tão interessante que eles associavam acupuntura com problema de coluna e homeopatia com problemas da psicodinâmica, né?” (Anna Capim Cidreira)

3.3.3 Acabou “essa rica experiência”

Importante notar que na entrevista para este trabalho, a percepção da médica sobre o final deste percurso foi a de que tinha *“nadado, nadado, nadado e morrido na praia”*.

“Enfim, tudo isso se perdeu. Eu fico até, assim, emocionada quando me lembro sabe. Quase choro...” (Anna Capim Cidreira)

Para ela, a experiência havia acabado ali, no Caramujo. No entanto não foi isso o que aconteceu. Mais adiante poderemos notar que outras inscrições aconteceram na educação dos médicos da UFF após o período de 15 anos no Caramujo revelado como uma rica experiência. Inscrições de grande potência para influência das PICs como mediador no campo da saúde.

“Então é isso, isso a gente tinha. E aí como é que acabou essa rica experiência, né? Que parecia, por isso o título do relatório Desabafo de Um Náufrago, que a gente nadou, nadou, nadou e morreu na beira da praia, porque em 98 a fundação municipal de saúde proibiu que a gente continuasse fabricando na unidade os fitoterápicos. Por quê? Porque a gente trabalhava numa copa de um metro por dois e meio que não era azulejada e que não tinha a bancada própria. A gente trabalhava com um fogão assim de duas bocas, duas painéis de inox, uns garrafões, então, o que precisava, que era azulejar uma saletinha de um metro por dois e azulejar a bancada não, não, não foi feito e ao invés disso preferiram proibir a produção. O Doutor Eduardo Almeida já tinha dito que nossa unidade podia produzir aqueles 40 itens pra toda a rede. Então o Eduardo disse:

- Olha, nós podemos produzir pra toda a rede e podemos construir uma apostilinha e treinar as pessoas pra usar cada item. A gente tinha um item ótimo para gastrite, úlcera gástrica com tintura de espinheira-santa. A gente tinha um xarope de tomilho que é o melhor antitussígeno que eu já conheci. A gente tinha um creme hidratante com óleo de gergelim a 10% que o Martuci que preparou, para aquele pessoal catador de lixo do Morro do Céu que tinha a pele toda destruída, que a, a escabiose graçava pra todo lado. Com aquele creme todo mundo ficou com a pele linda e saudável. Ninguém tinha mais micose, ninguém tinha mais sarna, ninguém tinha mais nada, pele ficou resistente e hidratada. Melhor hidratante que existe.”(Anna Capim Cidreira)

3.3.3.1 E aí a gente preferiu ir embora

“E então a gente se viu diante da seguinte situação: ou a gente ia continuar lá só que trabalhando sem as condições que a gente havia lutado 15 anos pra construir, voltando a ter a consulta e não poder oferecer o medicamento, como era no início da década de 80, ou a gente ia embora. E aí a gente preferiu ir embora, porque andar 15 anos pra trás no mesmo lugar é, é difícil, pra nós foi muito difícil, nós não demos conta e fomos embora. Outros professores que tinham se unido a nós mais ao final, continuou lá supervisionando residentes, e a residência continuou funcionando lá. Nós disponibilizamos, claro, as fichas, o arquivo de todos os pacientes de homeopatia pra que continuasse o tratamento” (Anna Capim Cidreira)

Mais adiante, no sub-título “inscrições” , encontraremos novamente a médica recriminada pelo seu mestre de “abandonar a medicina” , de volta ao ensino de medicina da UFF, ainda querendo sensibilizar os futuros médicos a fazer medicina com a integralidade dos saberes, incluindo a percepção do que é saúde e do que é cuidado para população no seu cotidiano.

A Escola de Enfermagem da UFF contribuiu para difundir as PICs em Niterói

Há muito tempo a escola de enfermagem se interessou nas PICs. Em 1992, a Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da UFF fez um curso informativo sobre as Práticas Alternativas em Saúde, o que resultou em uma disciplina de Práticas Alternativas em Saúde no curso de Saúde Coletiva. Era um período de mudança curricular. Foi o primeiro curso a inserir uma disciplina de práticas alternativas em saúde no Brasil. Depois veio o de Santa Catarina, que hoje é disciplina obrigatória.

“E os estudantes simplesmente amaram. Cinesiologia, cinesioterapia, iridologia... eu comecei a chamar outras pessoas, né? Alba se aposentou e eu fiquei única na disciplina, e aí continuamos com nossos parceiros e tudo, e os alunos cada vez mais interessados. Aí foi o bum. Eu cheguei a ter turma de 45 alunos, aí eu tive que botar um limite. Como eu trabalho com as práticas, você sentir na pele, então a gente... eu passei a reduzir para 24, mas sabendo que ia chegar a 30. Aí eu comecei a receber alunos da nutrição, da educação física, da matemática” (Fata Rosmarino⁵⁷).

⁵⁷ Rosmarinus officinalis, conhecido popularmente por Alecrim, alecrim-de-jardim, erva da recordação, erva-da-graça, erva-da-alegria, erva-mágica ou ainda erva-das-bruxas , no seu uso terapêutico é indicado como cardio-tônico.

Em 2012, no Hospital Universitário Antônio Pedro aplicamos um trabalho de pesquisa utilizando a reflexoterapia das mãos⁵⁸ com Idosos com hipertensão hospitalizados e constatamos que reduz a pressão arterial, portanto, pode ser uma prática complementar ao cuidado. Esse trabalho está sendo publicado na revista internacional *Cultura de Los Cuidados*.

Em 2014, passaram a fazer um ambulatório para idosos no Espaço Avançado do Gragoatá, que é um espaço para idosos, lá na Faculdade de Serviço Social da UFF. Faz parte de um projeto da saúde do idoso e do cuidador.

“Aí o que é que eu fiz? Eu peguei, eu comecei no Gragoatá fazendo terapia floral eu, o meu grupo de pesquisa e bolsista indo pra lá e mais alguns enfermeiros que se agregaram comigo. Aí a gente começou a fazer atendimento lá com esses idosos. Você não tem noção. No ano passado a gente atendeu, ou melhor, não é atendeu mais de 200 pessoas. O que é que a gente faz? A gente ouve, a gente faz Moxa, porque eles tem muitas dores musculares, muitos processos inflamatórios, deformidade nos pés que prejudica a osteoartrite ... comecei a trabalhar bastante com Aurículo, bastante, com Dança” (Fata Rosmarino).

Fata Rosmarino esclarece que em sua opinião estes serviços podem ser considerados inovadores. Pergunto como:

“Eu acho que é inovador⁵⁹ porque você rompe, você oferece uma outra possibilidade de cuidado, entendeu? A pessoa que escolhe. Ela tem autonomia para escolher, mas ela tem o direito de conhecer outras formas, sabe? Ela tem o direito de saber que se ela vestir vermelho ela talvez se sinta mais ativa, sabe? Ela tem o direito de saber que um chá de amora pode melhorar a parte, sei lá, de menopausa dela, a parte óssea, entendeu? Acho que as pessoas têm o direito, porque esse é um saber que veio antes e quem é que tem o poder de controlar o que você pode saber e o que você não pode saber?” (Fata Rosmarino).

No entanto, Fata Rosmarino é mais uma profissional que se sente sozinha no seu fazer com as PICs na universidade. As entrevistadas mostraram uma percepção de isolamento. No entanto, as novas propostas de ação dentro da UFF, caminham para uma integração das pessoas de todas as áreas interessadas nas PICs. Como veremos nas inscrições. *“A gente se sente sozinho sim. Mas eu acho que às vezes a gente se isola também, não é?” (Fata Rosmarino).*

⁵⁸ Massagem reflexa nas mãos com a intenção de diminuir a ansiedade e relaxar.

⁵⁹ Sobre o tema das PICs como inovação, pretendo pensar sobre ele posteriormente.

4 QUARTO MOVIMENTO: APRENDIZADOS E INSCRIÇÕES NO DOUTORADO

Em outro caso, mais atual, mas que remete a esta discussão, o envolvimento dos usuários e serviço com a academia, nos estudos da saúde vem utilizando a translação do conhecimento como um caminho metodológico, tanto nas pesquisas quanto na gestão em saúde⁶⁰. São trabalhos desenvolvidos no Canadá e em Portugal, que vem sendo aplicados e discutidos em oficinas, na Fiocruz, sobre como fazer produtos (inovadores ou não) para o SUS, no campo da Atenção Básica e da Promoção da Saúde. As pesquisadoras consultoras Louise Potvin (ESPUM/ Universidade de Montreal e Institutes of Health Research) e Zulmira Hartz (IHMT/ Universidade Nova de Lisboa) apontam para a importância do envolvimento de todos os interessados, em rede, para a concretização de um bom sistema de saúde para um coletivo.

. Neste aprendizado, o mais importante é o envolvimento dos usuários desde a idealização de um projeto e produto, a participação em todo o processo, observação da aplicação no campo do produto finalizado e acompanhamento deste produto e seus efeitos, momentâneo e posterior, para a saúde de um coletivo. E, se formos apreciar o que fazia acontecer o movimento de saúde com as PICs , em Niterói, suponho que naquele momento se conferia, mesmo que de forma experimental, uma translação do conhecimento, como se busca hoje implementar nas mentes de pesquisadores, gestores, usuários, pessoal de serviço e outros atores do Ministério da Saúde.

Assim sendo, atuando na translação do conhecimento se pensa que um produto para o SUS, para gerar melhor qualidade de vida aos moradores de um território necessita do saber, da escuta e envolvimento de quem antes era considerado apenas como um objeto a ser investigado ou a ser “empoderado”. Hoje, a proposta da translação do conhecimento é de uma horizontalidade e trabalho de todos, inclusive na escolha do produto para o SUS, e necessariamente de interesse para as pessoas que vivem no território.

⁶⁰ Neste sentido tenho aprendido com os trabalhos que acompanhei nos últimos três anos, como assistente de pesquisa na Fiocruz, sobre a translação do conhecimento aplicado à saúde pública.

4.1 Inscrições

Entende-se por inscrição “todos os tipos de transformação que materializam uma entidade num signo, num arquivo, num documento, num pedaço de papel, num traço. Usualmente, mas nem sempre, as inscrições são bidimensionais, sujeitas à sobreposição e combinação. São sempre móveis, isto é, permitem novas translações e articulações, ao mesmo tempo em que mantém intactas algumas formas de relação” (LATOURE, 2001).

Em 2016, acontece uma pesquisa, da qual participo ativamente, coordenada por Ana Cláudia Figueiró do Laboratório de Situações Endêmicas Regionais- LASER da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP /FIOCRUZ, nomeado “Articular pontes entre pesquisa-serviços de saúde-políticas públicas-comunidade: uma experiência de Mediação e Translação do Conhecimento no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da ENSP/FIOCRUZ”, no movimento de fazer existir este tipo de cuidado das PICs na rede, não só como prática, mas como uma possibilidade de mediação (LATOURE, 2005) com aqueles que cuidam e os demais envolvidos no processo de saúde. Com isto, um braço da pesquisa propõe que as PICs sejam utilizadas como ferramenta de cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em uma proposta denominada de “Cuidando de quem Cuida”. Ocorre com isto um envolvimento expressivo dos agentes em um esforço de fazer existir esta prática das PICs no seu cotidiano, dentro do Centro de Saúde.

Esta proposta é ampliada para oficinas de massagem de reflexoterapia das mãos, dos pés e aplicação de sementes de mostarda nos pontos reflexos das orelhas para os ACSs, para que possam usar para além do autocuidado, nas suas famílias e na comunidade. Portanto, com toda possibilidade de acolhimento e resistência desta modalidade de prática é nesta tensão que faz existir as PICs como ator-atuado e mediador no contexto hegemônico de saúde.

Neste envolvimento entre usuários, pessoas do serviço, gestores, pesquisadores, fazedores de políticas públicas faz-se necessário transladar os diversos saberes entre todos os envolvidos e reconhecer a influência dos *actantes* não humanos (por exemplo, as regras do financiamento acadêmico da investigação, a burocratização das ações, as ferramentas de monitoramento e avaliação das atividades nos centros de saúde, dentre outros), na interação de que todos aprendam com todos, encontrem os caminhos e controvérsias que *faz fazer* ou não, existir algo a ser pesquisado, transformado em

indicadores importantes para o MS, que geram leis da saúde e produtos para o SUS, que retornam ao território produzindo efeitos e avaliações.

Assim sendo, a ferramenta mais interessante para compor com esta maneira de caminhar nas pesquisas, para essas duas pesquisadoras consultoras é a Teoria do Ator-Rede.

“Aplicado à pesquisa participativa, o conceito de translação como desenvolvido na ANT (TAR) passa a importância de se considerar tanto as relações reais entre os parceiros envolvidos e os conteúdos de suas trocas (POTVIN et al. 2010). Em outras palavras, ela enfatiza os processos de mediação e alinhamento de interesses - as ações e estratégias implementadas para encontrar um terreno comum entre os respectivos interesses de uma gama de parceiros de investigação -, bem como a co-construção de novos conhecimentos através de intercâmbios multidirecionais entre os parceiros (POTVIN 2007 in CLAVIER *et al*, 2011)”.

Por conta da minha aproximação com este conhecimento e participação em pesquisas avaliativas de programas de saúde, pude evidenciar a grande dificuldade por parte dos pesquisadores com este tipo de abordagem. Afinal, verificou-se em uma pesquisa avaliativa de um programa contendo inúmeros projetos de atenção básica para o território de Manguinhos, no Rio de Janeiro, que para a maioria dos pesquisadores completar o trabalho com uma produção acadêmica (artigo, capítulo de livro, etc) respondia ao objetivo da pesquisa. Portanto, é perceptível existir um esforço para uma mudança de cultura na base (no ensino universitário, na escola de saúde pública e instituições de pesquisas para o SUS) que é evidenciado nestas propostas enredadas entre países e atuadas por nós, mesmo sendo duvidoso seu êxito final, penso ser importante para a saúde da população esta tensão entre um poder hegemônico e outros nem tanto.

Outras inscrições desta pesquisa foram as pontes criadas com parcerias entre a Divisão de Atenção à Saúde do Estudante da Universidade Federal Fluminense DASE/PROAES e a escola de medicina da mesma universidade no seu projeto “Cuidado Integrativo na Promoção de Saúde do Estudante”, coordenado pela médica NEPIC/UFF. A escola de medicina, através do NEPIC, tem como objetivo principal

introduzir o estudante no campo da medicina integrativa e do cuidado integrativo. Para, desta form, melhorar sua capacitação para o atendimento a pacientes e familiares, abrindo uma conexão de cuidado e aprendizagem entre professores com experiências nas PICs e seus alunos, construindo uma oportunidade de autoconhecimento e autocuidado, bem como aprendizado sobre atendimento com energização, meditação e acupuntura.

Essa ponte será concretizada em um estágio que visa oferecer uma introdução à prática de meditação, algumas modalidades de relaxamento, yoga, toque terapêutico, visualização dirigida, terapia expressiva, entre outras. Pretende-se, desta maneira, despertar no estudante a motivação para o cuidado de si, fundamental para todo profissional que pretende participar do cuidado do outro; apresentar algumas técnicas e saberes do campo da medicina integrativa e do cuidado integrativo, incluindo suas indicações, evidências de eficiência e segurança, de forma a tornar o estudante capaz de apresentar, indicar, discutir esses procedimentos e oferecer ao estudante a oportunidade de experimentar alguns processos terapêuticos em si mesmo e entre colegas, para que possa testemunhar seus possíveis benefícios⁶¹.

Outra inscrição aconteceu com a ponte firmada entre o DASE e a Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa (EEAA/UFF) na sua coordenação de Práticas Integrativas e Complementares. Após algumas tentativas de aproximação e alguma resistência justificada e não justificada (lembrei-me da dificuldade do encontro entre o senhor José rezadeiro e a médica) e da quase desistência da gestão do DASE para executar a conversa para parceria. Foi finalizado o acordo de parceria entre as áreas. Fazendo tecer mais um nó nesta rede de saúde tendo as PICs como mediador. Ficou evidente a necessidade de grande esforço para que estes laços sejam concretizados e para que gerem e mantenham uma tensão tal que propicie um terreno das PICs na UFF e em Niterói.

Foi interessante notar que os trabalhos feitos com as PICs nos diversos departamentos da UFF eram desconhecidos entre si, mesmo estando na mesma universidade. Isso é bem comum, um tipo de desconhecimento que também acontecia no departamento de psicologia onde construímos esta tese. No entanto, a aproximação

⁶¹ http://www.uff.br/isc/site_2_5/index.php/noticias/todas-as-noticias/197-aprovada-proposta-para-a-criacao-do-nucleo-de-estudos-e-praticas-integrativas-e-complementares

entre estes pode ser feita, enredada com grande esforço. Pois, apesar dos contatos por email, whatsapp, mensagens, telefone, etc, o encontro real para conversas, como aconteceu no exemplo anterior, foi negociado por meses para finalmente acontecer. Pensava: o que acontecia por trás desta resistência? Afinal, unir trabalhos e objetivos evitaria muitos retrabalhos, informações equivocadas repassadas e ações políticas errôneas executadas.

Ainda durante a construção desta tese duas inscrições foram retificadas em artigos publicados sobre o tema: “O pesquisador de fronteira e outras subjetivações: uma questão de método”⁶² e “Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: inusitadas mediações”⁶³; além da apresentação de trabalhos em Coimbra-PT “Práticas de Cuidados Orientais Aplicadas no Sistema Único de Saúde no Brasil: Traduções e Controvérsias”⁶⁴; em Buenos Aires-AR “Longe do destrato, próximo do cuidado: conexões sul-sul na saúde”⁶⁵ e no Rio de Janeiro-BR “Corpo-cuidado em saúde pública: mediação com as terapias orientais”⁶⁶.

Outras inscrições estão acontecendo enquanto escrevo o final desta tese. Por exemplo, está previsto para o mês de outubro, um evento de encontro das PICs, em Niterói, na UFF, organizado pelo NEPIC, com participação ativa de todas as pontes realizadas durante a tese, agregando conhecimentos. A proposta do encontro é trabalhar com GTs formas de reconexão para ações em prol do fortalecimento das PICs em Niterói. Trata-se do Fórum “10 anos de Práticas Integrativas em Saúde Para Todos: Trajetória em Niterói”, a ser realizado como atividade da Agenda Acadêmica, em 21 de outubro de 2016, de 09 às 17 horas. Seu objetivo é o de celebrar os 10 anos da Política Nacional (PNPIC) e refletir sobre a trajetória das PICs em Niterói, com vistas a

⁶² Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia-UERJ v.15, n.4 (2015). www.e-publicacoes.uerj.br .

⁶³ Aceito em 2016 para publicação na Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais da Universidade Federal de São João Del-Rei. www.seer.ufsj.edu.br

⁶⁴ http://alice.ces.uc.pt/coloquio_alice/wp-content/uploads/2013/05/Abstracts_Book.pdf

⁶⁵ II CONGRESO DE ESTUDIOS POSCOLONIALES; III JORNADAS DE FEMINISMO POSCOLONIAL; - Instituto de Altos Estudios Sociales (Universidad Nacional de San Martín) Diálogos Sur-sur: pedagogías descolonizadoras http://www.idaes.edu.ar/pdf_papeles/4-11%20do%20Santos%20Moraes%20e%20Francisco.pdf

⁶⁶ 6º ESOCITE, BR TECSOC – VI Simpósio Nacional de Tecnologia e Sociedade realizado de 14 a 16 de outubro de 2015. <http://www.esocite.blog.br/2015/10/anais-eletronicos-web.html>

promover sua expansão na UFF (ensino, pesquisa e extensão) e na rede de saúde do município. Nesta ocasião acontecerá a apresentação desta tese, no sentido de chamar a atenção para o muito que foi feito com as PICs em Niterói e como se fez. Certamente para dar novos passos potentes para ações nos centros de saúde e na formação do pessoal da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca por responder as questões iniciais deste trabalho: que saúde e que cuidado são estabelecidos e aplicados nos usos das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, Niterói foi a cidade escolhida por estar marcada nas minhas memórias, de uma intensa atividade deste movimento nas décadas de 1990 e 2000.

Para estabilizar momentaneamente aquilo que foi trabalhado nesta tese, podemos nas considerações finais apoiá-la em um tripé de categorias analíticas: a) Histórias contadas; b) Interesses descobertos e c) Racionalidades médicas, Políticas ontológicas e multiplicidades.

Foram inúmeras histórias contadas e outras tantas ficaram guardadas para outro momento. No entanto, as histórias contadas, não oficiais, trouxeram para o campo verdadeiras guias que apontaram para caminhos e alguns nós, que foram descobertos algumas vezes, desatados e analisados com maior cuidado. Sempre que possível desviados das histórias oficiais naturalizadas. Não! Não existe apenas uma forma de saúde e de cuidado! Sejamos razoáveis. Pois, em uma tese com limites de tempo e espaço vimos múltiplas maneiras de lidar com estes conceitos. Como saberíamos se não abríssimos os ouvidos para as narrativas de pessoas que estavam por aqui, por esta cidade?

Como saberíamos que o parto de cócoras esteve envolvido com as PICs em um mesmo período de tempo, em Niterói? Só Vânia *Marapuama* para nos revelar esta parte da história. Como ficaríamos sabendo que atos de integralidade, hoje estimulados vivamente pelo SUS, haviam sido feitos por Ana *Capim Cidreira*, no centro de saúde do Caramujo, em “convênios extra-oficiais” que funcionavam muito bem? Ou como se faz fazer um serviço das PICs acontecer intensamente por dez anos em um centro de saúde e como se desfaz, assunto revelado nas histórias de Fátima *Camomila*?

Por certo, foi seguindo estes rastros, tateando estas guias das histórias contadas que os interesses foram se revelando, de forma local e parcial. Apoiada pela TAR e pela posição da pesquisadora de fronteira, foi possível mapear aqui e ali, ações políticas, econômicas, de reserva de mercado e condições do viver saúde que possibilitavam ou não o trabalho das PICs por Niterói. Foi possível também perceber ações que levaram as

atividades das PICs nos centros de saúde ao quase esquecimento e ao final da tese penso que deixo uma inscrição marcada a tinta de que existiu sim este tempo forte das PICs e pessoas fizeram isso acontecer como realidade. Também ficou evidente que houve muita resistência de todos que participaram desta empreitada, pois aquele movimento de práticas interessantes e contra-hegemônicas continuou sendo disseminado pelos subterrâneos da memória, passada de forma oral ou atendendo fora dos centros de saúde.

Por fim, ao observar o movimento destas práticas nos seus usos por terapeutas médicos e não médicos, por especialistas de outras áreas, e atravessá-los pelo viés das racionalidades médicas, das políticas ontológicas e da multiplicidade, pude notar que é uma falha pensar em saúde e cuidado a partir da biomedicina e tentar encaixar nesta base racional outras racionalidades e ontologias com cosmovisões diferentes. Ou seja, não adianta forçar e colocar tudo dentro de uma mesma caixa, como se estivéssemos falando da mesma coisa. Isto é impossível! Pois, tratar da saúde pelo viés da biomedicina é lutar no corpo contra doenças e patologias que sequer são catalogadas com o mesmo nome ou a mesma fisiologia nas outras racionalidades médicas. A idéia é outra! Tanto na medicina chinesa, como na medicina ayurvédica, na homeopatia e em outras cosmovisões, tudo depende de conhecer de onde se fala. Falamos do TAO, de prana, do simillimum?

No entanto, é totalmente possível a convivência da multiplicidade de cuidados em um mesmo centro de saúde e ainda cabe nesta multiplicidade a integração dos saberes da tradição cultural brasileira.

Esta tese, revela que existem inúmeros conceitos de saúde e de cuidado possíveis e movimentos múltiplos de realidades *performadas* diferentemente, como nos mostraram as *políticas ontológicas* trabalhadas por Mol (1999; 2010).

Propus ainda, que um tipo de visão de saúde e de cuidado, integralizadas com conhecimentos não hegemônicos e populares possam cuidar do cotidiano da população sem a hipervalorização do corpo são. Penso que as PICs transladadas entre a coletividade trariam a idéia de cuidado mais humanizada evitando medicalizar qualquer efeito da vida cotidiana. Afinal, a saúde e o cuidado devem levar em conta a potência criativa dos modos de viver.

Ainda há muito que pensar, pois, temos problemas sérios para os centros de saúde que comportarem as PICs. Conforme foi relatado, o sistema de repasse para os centros de saúde no SUS, vinculado a linha de produção não acolhe as PICs como um serviço que traga medidas positivas que possam ser mostradas pelas ferramentas de controle do SUS, pois seu maior valor é promover saúde e a capacidade de levar a vida menos medicalizada possível e isso afasta os usuários das filas dos consultórios. Portanto, há que se pensar em outros métodos de monitoramento e avaliação que coloquem força nas atuações da promoção da saúde, na assistência básica, no programa saúde da família incluindo as PICs.

No serviço público de saúde as PICs ainda dependem de quem está na gestão. Isto é, se é um adepto à idéia de práticas complementares à biomedicina ou ao Ato Médico. Isso irá dizer o que pode e o que não pode ser feito dentro da policlínica na sua gestão ou mesmo terá poder de desfazer serviços que antes eram oferecidos à população. Sendo assim, o campo da saúde no Brasil, com suas diferentes versões de cuidado e saúde, é uma tensão permanente. No entanto, esta tensão mostra que a rede é performada por vários atores e entre eles estão os erveiros, os mateiros, as parteiras, os acupunturistas, médicos e não médicos todos enredados nas políticas públicas de saúde que entremeiam a realidade e a fazem existir.

As controvérsias não são um mero aborrecimento a evitar, e sim aquilo que permite ao social estabelecer-se. Os fluxos, conexões e agenciamentos são bem mais complexos. Porém, a partir destas evidências da agregação do social em torno das PICs, das práticas orientais e das práticas brasileiras de saúde formando redes e realidades como políticas ontológicas, se evidenciou como são momentâneos, interrompidos, embaraçados, confusos, desviados pelas incertezas e espantos, assim como entrar em uma areia movediça.

Não obstante, a coexistência das PICs e os múltiplos *actantes* na saúde brasileira traz consigo pequenos furos na parede dura, uma configuração mais flexível de viver a saúde e cuidado para os centros de saúde do SUS e para a população que as adota.

Na conclusão deste trabalho de pesquisa, ao ter que sair e rastrear o cheiro da moxa que havia se dissipado do terceiro andar de um serviço de saúde de Niterói, percebi que ousadia e coragem foram energias necessárias de serem cultivadas nesta pesquisadora de fronteira, um tanto enamorada do caos. No entanto, aprendi na pele que

um trabalho é escrito literalmente por inúmeros autores. Companheiros que me conduziram para que de mão em mão eu pudesse sair tateando as guias e encontrasse uma complexa rede de implicações e acontecimentos políticos encobertos por notas oficiais ou nenhuma nota. Assim, para sair da areia movediça além de calma é precioso ter outras mãos para lhe ajudar a tatear e chegar à outra margem. E chegamos!

6. REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. O perigo de uma única história. http://www.ted.com/talks/lang/por_br/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story.html Translated into Portuguese (Brazil) by Erika Barbosa. Reviewed by Belucio Haibara

ACKERNECHT, E. W. *La médecine hospitaliere à Paris: 1794–1848*. Paris: Payot, 1986. .

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Brasil, v. 41, p. 835-840, 2007.

ARAUJO, J.F.M., Valente, C.M. *Ator-rede e além do Brasil...as teorias que aqui gorjeiam não gorjeiam como lá?* Campina Grande:EDUEPB, 2014.

AROUCA, A.S. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989

_____. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. .

_____. *A escrita como laboratório. P o l i s e P s i q u e* , v. 6, p. 28-38, 2016.

_____. *Pensar como um rato. Pesquisas e Práticas Psicossociais* , v. 6, p. 338-343, 2011.

_____. *Maneiras de pesquisar no cotidiano: contribuição da teoria do ator-rede. Psicologia e Sociedade* , v. 20, p. 7-11, 2008.

_____. *Considerações sobre os conceitos de recalcitrância e de plasma e sua relação com o conceito de não domínio na obra de Bruno Latour. VII ESOCITE*, 2008.

_____. *O corpo como fe(i)tiche. Possíveis contribuições do pensamento de Bruno Latour para a psicologia.. Mnemosine (Rio de Janeiro)* , Rio de Janeiro, v. 1, p. 46-76, 2005.

ARENDDT, R. J. J. ; MORAES, Marcia Oliveira ; TSALLIS, Alexandra Cleopatre . *Por uma psicologia não moderna: o pesquisarCOM como prática mes0-política. Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online)* , v. 15, p. 1143, 2015.

ARRUDA , R. *Populações tradicionais e a proteção de recursos naturais. USP, São Paulo:Ambiente & Sociedade - Ano II - No 5*, 1999.

AVILA-PIRES, F. D. de. *Teoria e prática das práticas alternativas . Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 29, n. 2, p. 147-151 , apr. 1995.

BARSTED, D W.V. Wu Ji o Vazio Primordial, a cosmologia daoísta e a medicina chinesa. Linhares Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BARROS, N.F. e NUNES E.D. Medicina Alternativa e Complementar no Brasil: um conceito e diferentes significados. Cad. Saúde Pública, vol.22, no.10, p.2023-2028, out. 2006.

BARROS, N. F. ; TOVEY, P. . O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 28, p. 207/2-214, 2007

BARROS, M.E. ; GOMES, R. F.. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011

BARROS, N. F.; SIEGEL, P. & SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. Cad. Saúde Pública(vol.23, n.12, pp. 3066-3067), 2007.

BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.

BENNER, P. WRUBEL, J. The primacy of caring: stress and illness. New York, 1989.

BOURDIEU, P. & WACQUANT, L. An invitation to reflexive sociology. Chicago, University of Chicago Press, 1992.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um *novoe*thos. Inclusão Social, Vol. 1, No 1, 2005

_____. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 11a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

_____. Saber Cuidar: Ética do Humano: compaixão pela terra. 7ª edição. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRENES, AC. História da Parturição no Brasil, Século XIX. Cadernos de Saúde Pública, 7(2): 135-149, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: World Health Organization; 2002. Consultado a 25/09/2014.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf Consultado a 25/09/2014.

BRASIL. Lei do Ato Médico atualizada em 2013. Consultado a 24/09/2014.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm

BRASIL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS-PNPIC. (2006).

BRASIL. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Conselhos profissionais da saúde recorrem ao Ato Médico. Consultado a 24/09/2014.
<http://www.fenafar.org.br/portal/emprego-e-trabalho/66-emprego-e-trabalho/1477-conselhos-de-farmacia-e-fisioterapia-vao-recorrer-de-decisao-que-da-aos-medicos-exclusividade-no-exercicio-da-acupuntura.html>

BRASIL. Conservação Internacional Brasil, disponível em www.conservation.org.br, acesso a 09/09/2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil . Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Consultado a 24/09/2014.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC. Brasília, DF: MS; 2009.

BUSS P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(1):163-77.

BUSS P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(1):163-77.

_____ O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. *Eco cidadania & Meio Ambiente*, 2010. (Periódico na internet) Disponível em: <http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/> , Consultado em fevereiro de 2016.

BUTLER, J. *Undoing Gender*. Neu York, 2004

CAETANO, R. E DAIN, S. O programa de Saúde da Família nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(1):11-21, 2002.

CALLON, M. Entrevista: Dos estudos de laboratório aos estudos de coletivos heterogêneos, passando pelos gerenciamentos econômicos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 10, nº 19, jan./jun., p. 302-32, 2008

CAMARGO JR., K. R. *(Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1990.

CAMARGO JUNIOR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. As Armadilhas da "Concepção Positiva de Saúde". **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):63-76, 2007.

_____. A medicina ocidental contemporânea. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre v. 7, p. 129–150, dez. 1995.

CAMILLIS, P. K.; BUSSULAR, C. Z. E ANTONELLO, C. S. A agência dos não-humanos a partir da Teoria Ator-Rede: contribuições para as pesquisas em administração. **Anais do III Colóquio de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração**. Florianópolis-SC, 2013. Fonte: <http://www.coloquioepistemologia.com.br/anais2013/ADE108.pdf>. Consultado em: abril de 2015.

CAMPBELL, C. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodiceia para um novo milênio. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-22, 1997.

CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1996.

CANTILLANO, E.M.C. Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária. In: _____. *Medicina social, aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

CAPELLARI, MA. *O discurso da contracultura no Brasil: o underground através de Luiz Carlos Maciel (c. 1970)*. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, do Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em História. São Paulo, 2007.

CAPRA, F. *O tao da física*. 1ª ed. Porto, 1989.

CARNEIRO, D. M. *Ayurveda – Saúde e Longevidade*. Goiânia. Editora UFG, 2007.

CARVALHO, A.C.D. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalização e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo, de 1950 a 1980*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

CARVALHO, A.C.D. Visões e representações sobre as práticas populares de saúde em São Paulo de 1950 a 1980: uma análise de acórdãos judiciais, 2004.

_____. Curandeirismo e medicina: práticas populares e políticas estatais de saúde em São Paulo nas décadas de 30 e 40. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina – UEL, 1999

CARVALHO, A.C.D. Feiticeiros, Burlões e Mistificadores: criminalização, expropriação e mudança dos hábitos e práticas populares de saúde em São Paulo de 1950 a 1980. Tese de Doutorado. UNESP – Assis, 2001.

CARVALHO, J. A. M. e GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.

CERTEAU, M. A invenção do cotidiano: 1, Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994

CLAVIER, C. & POTVIN, L. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. Sociology of Health & Illness Vol. xx No. x 2011 pp. 1–15, 2011.

CORDEIRO, H. A indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, L. H. R. Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar, 2002. 153p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. Mil platôs– Capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 1995.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, (vol. 4 e 5); (tradução de Peter PálPelbart e Janice Caiafa). São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G. & PARNET, C. Diálogos. São Paulo: Escuta, 1998.

DIEGUES, A. C. S. O Mito Moderno da Natureza Intocada 3. a Edição Editora Hucitec Núcleo de Apoio à Pesquisa Sobre Populações Humanas e Áreas Úmidas Brasileiras/USP São Paulo, 2001.

DESPRET, V. Ces émotions qui nous fabriquent: ethnopsychologie des émotions. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Ronde/ Le Seuil, 2001.

DESPRET, V. , STENGERS, I. Les Faiseuses d'histoire. Paris: La Découverte, coll. Les empêcheurs de penser en Rond, 2011.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3): 627-237, 2005.

DUSSEL, E. 1492 o encobrimento do outro: a origem do mito da modernidade. Tradução Jaime A. Clasen. Petrópolis: Vozes, 1993.

FILHO VIEIRA, H. Tutorial de Terapia Holística (Módulo I). São Paulo: SINTE/Sindicato dos Terapeutas, 2004.

FERREIRA, L. O. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto jurua: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

FIGUEIRÓ, A, C.; CRUZ, M.; KABAD, J. E SANTOS, M. A. Relatório Final “Avaliação da Rede Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública- Teias / Fiocruz, no período de 2010-2012”, entregue em 2014.

ECKERSLEY, C. E.; MACAULAY, M. Brighter Grammar. London: Longman, Green & Co. Ltd, 1955.

FAVARETTO, C. A invenção de Hélio Oiticica. São Paulo:EDUSP, 1980.

FERREIRA, A. B. de H. *Aurélio século XXI*(3a ed.).Rio de Janeiro: Nova Fronteira. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: World Health, 1999.

FERREIRA, L. O. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto jurua: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

FIGUEIRÓ, A, C.; CRUZ, M.; KABAD, J. E SANTOS, M. A. Relatório Final “Avaliação da Rede Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública- Teias / Fiocruz, no período de 2010-2012”, entregue em 2014.

FIGUEIRÓ, A, C.; HARTZ, ZULMIRA ; SAMICO, ISABELLA ; CESSE, EDUARDA ANGELA PESSOA . Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso) , v. 28, p. 2095-2105, 2012.

FUNARI, C. S. FERRO, V. O. Uso ético da biodiversidade brasileira: necessidade e oportunidade. Rev. Bras. Farmacogn. Braz J. Pharmacogn. 15(2):abr/jun. 2005.

BOURDIEU, P. & WACQUANT, L. *An invitation to reflexive sociology*. Chicago, University of Chicago Press, 1992.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. (197

9). *A microfísica do poder* (Tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Edições Graal. Organization; 2002. Consultado a 25/09/2014. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf Consultado a 25/09/2014.

FONSECA-KRUEL S. V. PEIXOTO L. A. Etnobotânica na Reserva Extrativista Marinha de Arraial do Cabo. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Vigiando e punindo. O nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. A ordem do discurso. 6ª edição, São Paulo: Loyola, 2000.

_____. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M., Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

_____. O nascimento do hospital. In: _____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FUNARI, C. S. & FERRO, V. O. Uso ético da biodiversidade brasileira: necessidade e oportunidade. *Revista Brasileira de Farmacognosia* 15 (2): 178-182, 2005.

FLORENT, A. C. (2007) “Um Suave Azulejo: O Retrato Ambivalente da Nação. Fonte: http://www.abralic.org.br/anais/cong2008/AnaisOnline/simposios/pdf/complemento/ADRIANA_FLORENT.pdf Consultado em: 03/10/2014.

DESPRET, V. (). *Ces émotions qui nous fabriquent: ethnopsychologie des émotions*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Ronde/ Le Seuil, 2001.

DESPRET, V. Body & Society © 2004 SAGE Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi), Vol. 10(2-3): 111-134 DOI: 10.1177/1357034X04042938, 2004.

DESPRET, V. ; STENGERS, I. Les Faiseuses d'histoire. Paris: La Découverte, coll. Les empêcheurs de penser en Rond, 2011.

DINIZ, D. S. A “Ciência das Doenças” e a “Arte de Curar”: Trajetórias da Medicina Hipocrática. (dissertação) Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 135-144, 2008.

GURFINKEL, E. Efeitos do Tratamento por Acupuntura e Moxabustão em Pacientes com Oligoastenozoospermia. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, Curso de Urologia, para obtenção do grau de Doutor, 2001. 59 pp.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181. 2006.

GINZBURG, Carlo. O queijo e os vermes; o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

HAHNEMANN, S. *Organon da arte de curar*. São Paulo: Robe Editorial, 1996.

HARAWAY, D. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, v.5. Campinas: Ed. Unicamp, 1995.

HARAWAY, D. O humano numa paisagem pós-humanista. *Estudos Feministas*, v. 1, n.2. Florianópolis: UFSC, 1993.

HARAWAY, D. Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. Silva, Tomaz Tadeu da. *Antropologia do Ciborgue – as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

HARAWAY, D. *Antropologia do ciborgue : as vertigens do pós-humano / organização e tradução Tomaz Tadeu – 2. ed. – Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2009.*

HERRIGEL, E. *A arte cavalheiresca do arqueiro zen*. São Paulo: Ed. Pensamento, 1999.

HOLANDA, B. C. *Fado Tropical*, 1973.

JAYASURIA, A. & BASTOS, S. *Alternativas em Saúde*. Rio de Janeiro: Sohaku-in Edições. 1995.

JOUBERT, M. et al. *Quartier, démocratie et santé*. Paris: L'Harmattan. 1993.

LACAZ , F.A.C., SATO, L. Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde, in Deslandes, S (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LATOUR, B. *Cogitamus: seis cartas sobre las humanidades científicas*. Argentina: Paidós Espaço del Saber, 2012.

LATOUR, B. *Reagregando o Social: uma introdução a Teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba, São Paulo: Edusc, 2005.

LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 2000.

LATOUR, B. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: EDUSC, 2001.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. (Trad. Angela R. Vianna) Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LAW, J. AND URRY, J. 'Enacting the Social', *Economy and Society*, 33, 3, 390-410, 2004.

LAW, J. *After Method: Mess in Social Science Research*. New York: Taylor & Francis, 2004.

LAW, J. 'Making a Mess with Method, published by the Centre for Science Studies, Lancaster University, Lancaster LA1 4YN, UK, 2003 at <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Making-a-Mess-with-Method.pdf>

LAW, J. On Sociology and STS. *The Sociological Review*, 56 (4), 623-649, 2008.

LAW, J. & MOL, A. El actor-actuado: La oveja de la Cumbria en 2001. *Política y Sociedad*, Vol. 45 Núm. 3: 75-92, 2008.

LOURO, G. L. Teoria Queer: Uma Política Pós-Identitária para a Educação. In: *Revista Estudos Feministas*. V.9 n.2 Florianópolis, 2001.

LUZ, M. Arte de Curar versus a Ciência das Doenças: História Social da Homeopatia no Brasil. 1. ed. São Paulo: Dynamis, 1996. v. 1. 347p .

_____. Natural, Racional, Social. 1. ed. Buenos Aires: Lugar, 1998. v. 1

_____. Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003. v. 1. 172p .

LUZ MT; Barros FB. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas Em Saúde: Estudos Teóricos E Empíricos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 452p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde), 2012.

LUZ, M. T. e SCOFANO, D. Vitalism and vital normativeness: Hahnemann and Canguilhem, 2008.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15(suplemento), p. 145-176, 2005.

_____. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. (LAPPIS) - *Entrevista: Madel Luz - Ditadura da doença e utopia da saúde: coexistência de modelos nas práticas sociais*; 2003.

_____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

_____. A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis, 1996.

_____. Natural, Racional, Social Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1988.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Revista de saúde coletiva* 7 (1): 13-43, 1997.

_____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

MACIOCIA, G. Os Fundamentos da Medicina Chinesa, Ed Roca LTDA, 1996

MANDROU, Robert Magistrados e feiticeiros na França do Século XVII: uma análise da psicologia histórica. Trad. Nicolau Sevchenko e J. Guinsburg. São Paulo: Perspectiva, 1979.

MARTINS, J. S. A aparição do demônio na fábrica: origens sociais do Eu dividido no subúrbio operário. São Paulo. Ed. 34, 224p. 2008.

MENDES, M. I. B. S. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. *Ciênc. saúde coletiva* 2008, vol.13, n.4, pp. 1371-1372. ISSN 1413-8123.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In:----- . *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica ou atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais *Revista APS*, Juiz de Fora, vol. 12. P.204-213, 2009.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9: 65-78, 1993.

MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a questão das diferenças: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias (online)*, n.21, PP.150-182, 2009

MOL, A. Ontological Politics. A Word and some questions. In John Law, & John Hassard (Orgs.). *Actor Network Theory and After*. (pp. 74-89). Blackwell: Oxford, 1999.

MOL, A. Política ontológica: Algumas idéias e várias perguntas. Em J. A. Nunes & R. Roque (Orgs). *Objectos Impuros: Experiencia sem Estudos sobre a ciência* (pp.63-75). Porto: Edições Afrontamento, 2007.

MOL, A. *The logic of care*, Amsterdam, 2008.

MOL, A. *The body multiple: ontology of medical practice*. Duke University Press, 2002.

MOL, A. Actor-Network Theory: Sensitive Terms and Enduring Tensions. *KölnerZeitschriftfürSoziologie und Sozialpsychologie* (v. 50, nº 1, pp. 253-269).Amsterdan, 2010.

MORAES, M. O. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. In Márcia, M. O. & Kastrup, v. (Orgs.). Exercícios de ver e não ver: arte de pesquisa COM pessoas com deficiência visual. (pp 26-51). Rio de Janeiro: Nau, 2010.

MORAES, M. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, mai/ago, vol. 11, nº 2, 2004.

MORAES, M. O conceito de rede na filosofia mestiça. Rio de Janeiro: Revista Informare, vol. 6, nº 1, 2000.

MORAES, M. O.; ARENDT, R. J. J. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a psicologia social. Psicol. estud., Maringá, v. 18, n. 2, 2013.

NARVAI, P.C.; PEDRO, P.F.S. Práticas de saúde pública. et al. In: Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

NUNES, J. A. E ROQUE, R. (org.) Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Edições Afrontamento. Tradução de Gonçalo Praça, 2007.

OLIVEIRA, R. G. (Org.) Qualificação de gestores do SUS. / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

OLIVEIRA, RB.R.G.; COLLETM N.;VIEIRA, C.S. A humanização na assistência à saúde. Ref. Latino-am Enfermagem 2006

OMS - Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005

OTTAWA, Canadá, Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986

PAIM, J. S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: Ceps-ISC, 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. 6. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIM, J.; TRAVASSOS,C.; ALMEIDA,C.; BAHIA,L. e MACINKO, J. Saúde no Brasil 1. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011. Fonte: <http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf> Consultado em 27/12/2015.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro:Editora FIOCRUZ. (Coleção Temas em Saúde), 2009.

PARCIONIK, M. G. **Parto de cócoras:** Aprendendo a nascer com os índios. Páginas: 183, São Paulo: Editora Brasiliense, 1979.

PEREIRA, P. P. G. Nas Redes de Uma Controvérsia: disputas, convenções e traduções no contexto da epidemia de Aids, 2010. The SelectedWorks of Pedro Paulo Gomes Pereira. Available at: <http://works.bepress.com/pedropaulopereira/6>

PEREIRA, C.A. M. O que é contracultura. São Paulo: Nova Cultura/Brasiliense, 1986

PRIGOGINE, I. “As leis do caos”. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

PORTUGAL, R. P. Poesia Clássica Chinesa – Dinastia Tang : apresentação, alguns poemas. **Scientia Traductionis**, Florianópolis, n. 13, p. 201-212, ago. 2011. ISSN 1980-4237. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/scientia/article/view/30267>>

POLLAK, M. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 3, 1989.

PORTELLI, A. A filosofia e os fatos - Narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. *Tempo*, Rio de Janeiro , vol. 1, n°. 2, 1996.

_____ O que faz a História oral diferente. Proj. História. São Paulo, (14), Fev., 1997.

_____ Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral. Proj. História. São Paulo, (15), Abri., 1997.

_____ & Fenelon, D. R. História Oral como gênero. Proj. História. São Paulo, (22), Jun., 2001.

PORTOCARRERO V. As Ciências Da Vida: de Canguilhem A Foucault. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

POTVIN, L. Managing uncertainty through participation. In McQueen, D.V. with Kickbusch, 2007.

POTVIN, L., BISSET, S. and WALZ, L. Participatory action research: theoretical perspectives on the challenges of research action. In Bourgeault, I., Dingwall, L. and De Vries, R. (eds) *The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research*. London: Sage, 2010.

PORTOCARRERO V. As Ciências Da Vida: de Canguilhem A Foucault. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PUIG DE LA BELA CASA, M. Nothing comes without its world. The Editorial Board of *The Sociological Review*, DOI: 10.1111/j.1467-954X.2012.02070.x, 2012.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A. Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(3):451-464, 2007.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 16, n. 2, p. 363-375, 2000.

QUINTEIRO, M. M. da C. Etnobotânica Aplicada à Definição de Formas Tradicionais de Uso, Manejo e Percepção dos Recursos Vegetais em Visconde De Mauá (Rj/Mg): Ações Conjuntas para Etnoconservação Florestal da Mata Atlântica (Tese). Instituto de Florestas, Pós Graduação em Ciências Ambientais e Florestais, Rio de Janeiro: UFRRJ, 2012.

RODRIGUES, H. B. C. Intercessores e Narrativas: Por uma Dessujeição Metodológica em Pesquisa Social .Pesquisas e Práticas Psicossociais 6(2), São João del-Rei, agosto/dezembro 2011.

_____. O Homem Sem Qualidade. História Oral, Memória e Modos de Subjetivação. Estudos e pesquisas em psicologia, 4(2), 24-46, 2004.

RODRIGUES, H. B. C. Alucinando Portelli–Celebração do amor entre um historiador (oral) e seu leitor. Mnemosine, 1(1), 2005

ROSA, João Guimarães. “A terceira margem do rio”. In: _____. Ficção completa: volume II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

RABELLO, L. S. Promoção da Saúde, a construção de um conceito em perspectiva comparada. RJ, FIOCRUZ, 2010.

RIOS, I. C. Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão / Izabel Cristina Rios. -- São Paulo : Áurea Editora, 2009.

RODRIGUES, H. D. B. C. A história oral como intercessor-em favor de uma dessujeição metodológica. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 10(1), 2010.

_____. Intercessores e narrativas. Por uma dessujeição metodológica em pesquisa social. Pesquisas e Práticas Psicossociais , v. 6(2), p. 234-242, 2011.

_____. O Homem Sem Qualidade. História Oral, Memória e Modos de Subjetivação. Estudos e pesquisas em psicologia, 4(2), 2004.

_____. Alucinando Portelli–Celebração do amor entre um historiador (oral) e seu leitor. Mnemosine, 1(1), 2005.

ROSENBAUM, P. Homeopatia e vitalismo. Robe Editorial, SP, 1996.

SANTOS, B. de S. A Crítica da Razão Indolente. Volume 1. Porto-PT: Edições Afrontamento, 2001.

SANTOS, B. de S. *A gramática do tempo*. Porto: Edições Afrontamento, 2006.

SANTOS, B. de S; Menezes, M. P; Nunes, J. A. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo, in B. S. Santos (org.), Semear outras soluções. Porto: Afrontamento, 23-101, 2004.

_____. Um discurso sobre as ciências. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1982.

_____. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002.

SANTOS M.C, TESSER C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Cienc Saude Colet.; 17(11):3011-24, 2012.

SANTOS, M. A. dos. Modos de Subjetivação em Redes de Saúde, Vistos através das narrativas sobre fantasmas das Termas de Araxá: um estudo de caso (Dissertação). Universidade do Estado do Rio De Janeiro, Centro de Educação e Humanidades, Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Rio de Janeiro-RJ, 2011.

_____. O pesquisador de fronteiras e outras subjetivações: uma questão de método. rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia. v. 15, n. 4, 2015.

SOUZA, A. A. F. E; LUZ, T. M. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. ver. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro. v. 16, n. 2, abr.-jun, p.393-405, 2009.

SOUZA, P. C. de A. e LOUREIRO, C. F. Memória Oral e Troca Intergeracional: A Voz Silenciosa de Mateiros, Erveiros e Cultivadores do Bairro Do Sapê, Niterói, Rio De Janeiro. Revista VITAS – Visões Transdisciplinares sobre Ambiente e Sociedade – www.uff.br/revistavitas ISSN 2238-1627, Ano II, Nº 5, 2012.

SOUZA, P. C. de A. e; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009.

STANGERS, I. Power and invention: Situating Sciency, Minneapolis: University Mimmnesota Press, 1998.

STANGERS, I. Cosmopolitiques. Paris : Ed. La Découverte, 2003.

STANGERS, I. Penser avec Whitehead. Une libre et sauvage créations de concepts. Paris :Éditions du Seuil, 2002.

STANGERS, I. O Fim das Certezas: tempo, caos e as leis da Natureza", em coautoria com Ilya Prigogine, Editora UNESP, 2011.

TAVARES, F.R.G. Legitimidade Terapêutica no Brasil Contemporâneo: As Terapias Alternativas no Âmbito do Saber Psicológico. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(2):83-104, 2003

TEIXEIRA, M. Z. Semelhante cura semelhante: o princípio de cura homeopático fundamentado pela racionalidade médica e científica. São Paulo:Editorial Petrus, 1998.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 195-206, Feb. 2008.

_____ (Org.) *Medicinas Complementares: o que é necessário saber (Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura)*. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

TORRES, H.F.C. De quem é o parto? A marcha do parto em casa como analisador dos movimentos pela humanização do parto. Dissertação de mestrado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2014.

TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P. da; LEAO, E. R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 11, n. 4, p. 483-489, Aug. 2003

TSALLIS, A., & RIZO, G. Teoria Ator-rede: um olhar sobre o trabalho de campo em psicologia. In A. A. L. Ferreira, L. L. Freire, M. Moraes, & R. J. Arendt (Orgs.). *Teoria Ator-rede e Psicologia*. (pp. 222-232). Rio de Janeiro: Nau, 2010.

WHO World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO; 1986.

VENTURINI, T. Diving in magma: how to explore controversies with actor-network theory. *Public Understanding of Science* 19:258 originally published online 29 May 2009. DOI: 10.1177/0963662509102694, 2010.

VIÉGAS, M. N. & TSALLIS, A. C. O Encontro do Pesquisador com seu Campo de Pesquisa: de Janelas a Versões. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 6(2), São João del-Rei, 2011.