



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

VANESSA REZENDE DE SANTA ROSA DOMINGUES

SABERES TRADICIONAIS E SABERES CIENTÍFICOS:
UM ESTUDO SOBRE A CAPACITAÇÃO EM
AURICULOTERAPIA PARA PROFISSIONAIS DO
SUS/LONDRINA

Londrina
2019

VANESSA REZENDE DE SANTA ROSA DOMINGUES

**SABERES TRADICIONAIS E SABERES CIENTÍFICOS:
UM ESTUDO SOBRE A CAPACITAÇÃO EM
AURICULOTERAPIA PARA PROFISSIONAIS DO
SUS/LONDRINA**

Dissertação de Conclusão do Mestrado apresentado
ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais
da Universidade Estadual de Londrina.

Orientador: Prof. Dr. Celso Vianna Bezerra de
Menezes

Co-orientador: Profa. Dra. Leila Sollberger Jeolas

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Domingues, Vanessa R. de Santa Rosa.

SABERES TRADICIONAIS E SABERES CIENTÍFICOS : Um estudo sobre a capacitação em Auriculoterapia para profissionais do SUS/Londrina / Vanessa R. de Santa Rosa Domingues. - Londrina, 2019.
119 f.

Orientador: Celso Vianna Bezerra de Menezes.

Coorientador: Leila Sollberger Jeolas.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2019.

Inclui bibliografia.

1. Antropologia - Tese. 2. Saúde Coletiva - Tese. 3. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - Tese. 4. Medicina Tradicional Chinesa e Auriculoterapia - Tese. I. Menezes, Celso Vianna Bezerra de. II. Jeolas, Leila Sollberger . III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Letras e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. IV. Título.

VANESSA REZENDE DE SANTA ROSA DOMINGUES

**SABERES TRADICIONAIS E SABERES CIENTÍFICOS:
UM ESTUDO SOBRE A CAPACITAÇÃO EM AURICULOTERAPIA PARA
PROFISSIONAIS DO SUS/LONDRINA**

Dissertação de Conclusão do Mestrado apresentado
ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
da Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Celso Vianna Bezerra de
Menezes
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra Maria Eneida de Almeida
Universidade Federal da Fronteira do Sul – UFFS

Profa. Dra. Maria Carolina de Araujo Antonio
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 13 de fevereiro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à CAPES, pela oportunidade de pesquisar com financiamento, fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador de longa data, Celso Vianna Bezerra de Menezes, pela amizade e por sustentar meus projetos, aceitando minhas falhas.

Agradeço à minha co-orientadora, Leila Jeolas, pela interação que mistura carinho e determinação.

Agradeço à corretora desse trabalho, Beatriz Pacca, pela amistosa troca.

Agradeço a participação dos professores que compõe a banca, aos professores do Programa de Mestrado/Ciências Sociais UEL e aos colegas de turma, dos quais me recordarei com apreço.

Gostaria de agradecer também algumas pessoas que contribuíram para a minha formação pessoal. Início pelo meu pai, Augusto, por aceitar minhas confusas escolhas profissionais e continuar a confiar na coesão dos passos dados.

A minha mãe, Lidia, que não é portadora de diploma de pós-graduação, mas que tem conhecimento de sobra para ser mestra.

Aos irmãos, Andrei e Natalia, que imigraram e pacientemente esperam por uma visita.

Ao meu companheiro, Marco Aurélio, por cada abraço e por na reta final se dispor a encontrar as palavras perdidas na minha mente.

As tentativas de compreensão do patológico como fenômeno exclusivamente biológico e individual estão fadadas a um sucesso bastante relativo: a capacidade de pensar, exprimir e identificar as mensagens corporais está subordinada a uma linguagem. (...) Quando se trata de culturas diferentes, “mesmo estímulo” é, na realidade, uma multiplicidade de “dados” e de “informações” que devem ser “lidos” e “processados” segundo códigos diferentes, capazes de atuarem uns sobre os outros conotativamente, de forma a produzir um universo novo – infinitamente distanciado das origens orgânicas das experiências sensoriais (...). Para podermos compreender o homem, é claro que devemos saber a natureza dos seus sistemas sensoriais, mas devemos saber também, e principalmente, como é que a Cultura modifica as informações que alimentam esses órgãos receptores.”

(JOSÉ CARLOS RODRIGUES)

DOMINGUES, Vanessa Rezende de Santa Rosa. **Saberes tradicionais e saberes científicos: um estudo sobre a capacitação em Auriculoterapia para profissionais do SUS/Londrina.** 2019. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

RESUMO

Em 2006 foi aprovada a Portaria 971, intitulada Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), promovendo o acesso à Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Visando a ampliação de acesso à terapêuticas da MTC, o Ministério da Saúde em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina oferta aos profissionais do SUS o curso de capacitação em Auriculoterapia. O curso é constituído por duas etapas sequenciais: etapa a distância (75 horas) e etapa presencial (5 horas). O objeto desta pesquisa é a capacitação de profissionais do SUS/Londrina; para tanto se debruça no material da etapa do curso que é realizada à distância e em uma das oficinas promovidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com profissionais capacitados. A metodologia de observação participante compõe a pesquisa, somada a entrevistas com três pessoas-chaves: um profissional do SUS atuante na PNPIC, uma ex-funcionária do SUS que coordenou o Grupo de Apoio na área da saúde mental e uma professora de MTC. Este trabalho visa um diálogo acerca das aproximações e distancimentos entre os saberes orientais e os saberes biomédicos, de forma a observar suas conquistas e limites, sendo que a corresponsabilidade no tratamento foi um guia norteador do caderno de campo, realizado na oficina de matriciamento com foco em Auriculoterapia.

Palavras-chave: Antropologia. Saúde Coletiva. Política nacional de práticas integrativas e complementares. Medicina tradicional chinesa e auriculoterapia.

DOMINGUES, Vanessa Rezende de Santa. Rosa. **Traditional knowledge and knowledge scientific**: a study on auriculotherapy training for SUS/Londrina professionals. 2019. 119 f. Dissertation (Master's degree in Social Sciences) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

ABSTRACT

In 2006, Portaria 971 entitled National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) was approved, promoting access to Traditional Chinese Medicine (MTC) in the Unified Health System (SUS). Aiming at expanding the access to therapeutics of the MTC, the Ministry of Health in agreement with the Federal University of Santa Catarina offered to the SUS professionals the training course in Auriculotherapy. The course consists of two sequential stages: distance stage (75 hours), and stage presence (5 hours). The research object is the training of SUS / Londrina professionals. To do so, it focuses on the material of the course that is carried out at a distance and in one of the workshops promoted by the Family Health Support Center, which occurs with trained professionals. The methodology of participant observation composes the research, together with interviews with three key people: a SUS professional, active in the PNPIC; a former SUS employee who coordinated the Support Group in the area of mental health; and an MTC teacher. This work aims at a dialogue about the approximations and distances between the Eastern knowledge and the biomedical knowledge, in order to observe its achievements and limits, being that co-responsibility in the treatment was a guiding guide of the field notebook, carried out in the workshop of with focus on Auriculoterapia.

Key words: Anthropology. Collective Health. National policy on integrative and complementary practices. Traditional chinese medicine and auriculotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRASCO	Associação Brasileira de Estudos de Saúde Coletiva
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Capítulo 1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	19
1.1 SUS e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	22
1.2 Regulamentação da Medicina Tradicional Chinesa no Brasil	29
1.3 Projetos educacionais no SUS e a entrada da Auriculoterapia em Londrina	41
Capítulo 2. ENCONTRO ENTRE O ORIENTE E O OCIDENTE ATRAVÉS DA AURICULOTERAPIA	49
2.1 As negociações para compreensão: Neurônios e energia <i>Qi</i>	52
2.2 Diagnose e tratamento na Medicina Tradicional Chinesa	67
2.3 Corpo, saúde e doença no curso de capacitação	75
Capítulo 3. AVANÇOS E LIMITES: A CAPACITAÇÃO NA PRÁTICA	89
3.1 PIC em Londrina: da fitoterapia à Auriculoterapia	97
3.2 Oficina de matriciamento: corresponsabilidade como um guia orientador	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	115

INTRODUÇÃO

Em Junho de 2003, o Ministério da Saúde solicitou a presença dos representantes das Associações Nacionais de Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia e Fitoterapia, para uma reunião. Este encontro obteve como resultado a organização de um grupo de trabalho coordenado pelo Departamento de Atenção Básica, para debater e implementar ações e a elaboração de uma Política Nacional. No ano de 2004, o grupo de trabalho se dedicou a levantar dados acerca da presença de, naquela época, denominadas práticas alternativas no SUS, esta pesquisa aferiu a existência de tais práticas em 232 municípios (BRASIL, 2006).

Este dado foi base para a organização de um documento solicitando a aprovação de uma política centralizadora, que amparasse os municípios a continuarem com esse tipo de ação de saúde. Em Fevereiro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, publicada através da Portaria Ministerial nº 971¹. Neste primeiro momento, promovendo a Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais/Fitoterapia e Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2006).

A PNPIC prevê apoio a essas práticas através do custeio de insumos e incentivos de investimentos. Desde a aprovação, passou por duas ampliações e desde março de 2018 inclui: Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Dança Circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de mãos, Medicina Antroposófica, Medicina Tradicional Chinesa, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Plantas Medicinais – Fitoterapia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shatala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia com Florais, Termalismo Social/Crenoterapia e Yoga.

Entre as diretrizes que norteiam esta política, está indicado que o desenvolvimento das práticas é de caráter multiprofissional e se dá através das categorias pré-existentes no sistema. O levantamento bibliográfico do presente estudo se dedicou a procurar os resultados relevantes sobre o campo das profissionalizações, ressaltando que na área de conhecimento da Antropologia consta uma tese de doutorado, *Do Espírito na Saúde* (TONIOL, 2015), sendo que a maior parte dos trabalhos sistematizados sobre a temática é da área da Saúde Coletiva.

Os trabalhos selecionados demonstram que há um reconhecimento de que tais práticas reforçam os pilares do SUS, pois propõem o cuidado à saúde através da integralidade

¹http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

Acessado em

15/08/2018.

(BULSING, 2013); grande parte dos profissionais do SUS se interessam pela PNPIC, porém não encontram capacitações que deem segurança para efetiva-la (BARRETO, 2011). Os municípios que conquistaram a implementação dessa política partem de conjunturas específicas da cidade, através de pressões populares e atores políticos interessados (GALHARDI, 2010). Nas cidades em que há interesse público e onde há o desenvolvimento de cursos de capacitação, ocorre uma diminuição de prescrições de remédios alopáticos (COSTI, 2016).

Ainda assim, há resistência nas equipes do SUS, devido ao escasso número de profissionais aptos, gerando falta de informações e carência de recursos, como divulgação acerca dos benefícios proporcionados (S. THIAGO, 2009). Por fim, a pesquisa no campo antropológico introduz questões sobre o fato dessa política abrir uma porta para a legitimação das terapias complementares e conseqüentemente, dar início a mecanismos para regulamentação das mesmas, além de apresentar um amplo debate sobre o conceito de “espiritualidade”, que está amparando e mobilizando certas instituições. A tese do antropólogo defende que a existência da PNPIC é uma modalidade oficial de atenção à dimensão espiritual da saúde (TONIOL, 2015).

Como as pesquisas do levantamento bibliográfico expõem, existe uma necessidade de capacitação de profissionais para que a PNPIC possa consolidar-se. Para tanto, a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em aliança com a Universidade Federal de Santa Catarina, promoveu o curso de Formação em Auriculoterapia² para profissionais de saúde da Atenção Básica, com o objetivo de capacitar profissionais de nível superior através de ensino semipresencial.

O curso é dividido em duas etapas: a primeira é através do ensino a distância, constituído de cinco módulos, com carga horária de 75 horas; a segunda é presencial, com carga horária de 5 horas. O curso tem como público-alvo: profissionais de saúde de nível superior da atenção básica, locados em equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas ou Centros de Saúde tradicionais, NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), equipes de Atenção Domiciliar, Consultórios de Rua, equipes de Saúde Fluvial e similares, profissionais dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e serviços de reabilitação associados.

De acordo com notícia publicada pelo site de Londrina³, no ano de 2015 havia 20 funcionários do SUS/Londrina capacitados para a prática de Auriculoterapia através desse

²<http://auriculoterapiasus.ufsc.br/> Acessado em 15/05/2018.

³http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21825:saude-capacita-profissionais-em-auriculoterapia&catid=101:saude&Itemid=2346 Acessado em 17/08/2018.

curso. Isso produz um impacto da presença da PNPIC neste município, trazendo novas oportunidades de acesso a terapêuticas alternativas. Em 2018, os profissionais capacitados receberam o custeio de materiais e estão em fase de organização dos protocolos de atendimentos.

Londrina está entre os 232 municípios identificados com a presença de terapêuticas diferenciadas por aquele grupo de trabalho de 2004, pois contou com o Programa de Fitoterápicos por 14 anos. A pesquisadora Melvina Araújo (1998) se dedicou a estudar este programa em sua dissertação de mestrado. A antropóloga foi a última a se dedicar, através da área de conhecimento das Ciências Sociais, a tal campo da área da saúde no município, indicando que seria profícuo uma nova dedicação a questões sobre essa temática. O trabalho da autora se dedica a estudar a relação entre a prática biomédica e as práticas populares do uso de ervas medicinais.

A pesquisa que dá base a atual dissertação, sobre a capacitação em Auriculoterapia, também se dedica às questões sobre como as práticas biomédicas se relacionam com as terapêuticas de cunho tradicional, mas ao focar o olhar sobre capacitação em auriculoterapia, estamos pesquisando acerca das tradições de racionalidade oriental, enquanto Araújo (1998) lidou com a influência das culturas populares rurais.

Algumas delimitações se fazem necessárias, por exemplo, a pesquisa que dá suporte a realização da presente dissertação ocorre nos anos 2017 e 2018, na cidade de Londrina, Paraná. O método dessa pesquisa é o de análise de conteúdo dos materiais do curso promovido pelo Ministério da Saúde, análise de entrevistas⁴ abertas e observação participante em uma oficina de Auriculoterapia promovida pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) em Londrina.

Além dos motivos levantados para apresentar a relevância desta pesquisa, é preciso expor as motivações de cunho pessoal que resultaram neste trabalho. De acordo com Gilberto Velho (2003), para o indivíduo traçar um projeto é preciso definir um campo de possibilidades atrelado aos diferentes ambientes institucionais em que este indivíduo transita, tais como: família, religião, vizinhança, educação, entre outros. A negociação para a efetivação do projeto se estabelece a partir do momento em que para haver um campo de possibilidade é preciso haver uma interação entre o objetivo individual e o que o mundo social

⁴ As entrevistas foram gravadas e sem uma definição prévia de perguntas a serem realizadas. A pesquisa conta com três entrevistas: um profissional do SUS que atua na área da PNPIC, uma ex-funcionária do CAPS que atuou nos Grupos de Apoio e uma professora de Medicina Tradicional Chinesa.

disponibilizado ao indivíduo. Aprofundando a questão sobre os símbolos sociais na atualidade, o autor indica que:

Os indivíduos modernos nascem e vivem dentro de culturas e tradições particulares, como seus antepassados de todas as épocas e áreas geográficas. Mas, de um modo inédito, estão expostos, são afetados e vivenciam sistemas de valores diferenciados e heterogêneos. Existe uma mobilidade material e simbólica sem precedentes em sua escala e extensão. Essa afirmativa vale mais como tendência geral do que como uma tentativa de generalização dogmática. Por outro lado, a construção de identidade básicas subordina-se a constelações culturais singulares e a conjuntos de símbolos delimitáveis. O que está em jogo é um processo histórico abrangente, e a dinâmica das relações entre os sistemas culturais com repercussões na existência de indivíduos particulares (VELHO, 2003, p.39).

A partir do entendimento dessa mobilidade de informações, o autor expressa que a modernidade no Ocidente teve seu desenvolvimento orientado por ideologias individualistas e que são alvos de suas pesquisas “as diferentes combinações entre ideologias holistas e individualistas” (VELHO, 2003, p. 40). Entre os conceitos ricos para lidar com os casos que estuda está o de projeto, uma “conduta organizada para atingir finalidades específicas” (VELHO, 2003, p. 40). O campo de possibilidades entra como o espaço no qual o indivíduo organizará sua conduta para a efetivação do projeto, no qual diversos projetos individuais interagem.

Apresentados brevemente as contribuições desse autor, é possível tratar da contextualização que propicia pesquisar as aproximações que ocorrem entre os conceitos biomédicos ocidentais com a racionalidade médica chinesa, através da implementação da terapia da Auriculoterapia no SUS/Londrina. A subjetividade que guiou esse recorte de pesquisa está em a autora ser uma massoterapeuta, com pós-graduação em Medicina Tradicional Chinesa.

Para pensar a problemática em obter dados de uma realidade próxima, se faz interessante trazer a discussão da mesa-redonda *Quando o Objeto vira Sujeito*, que ocorreu no seminário *Antropologia e seus espelhos: a etnografia vista pelos observados*. Esta mesa redonda se inicia com Daniel Monteiro (1994) se indagando sobre ser um índio aprendiz de antropólogo e um antropólogo aprendiz de índio. Sua fala é rica de reflexões sobre esta via de mão dupla que é ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de pesquisa.

O autor propõe pensar sobre um incômodo com a ciência ao refletir que: “a academia prioriza a racionalidade que esvazia o sujeito, a cientificidade que congela o tempo e a interpretação que esfria a vida” (p. 56). Após sua exposição, ele encerra com uma pergunta sobre o porquê de jovens se dedicarem a pesquisar culturas milenares, tendo como conclusão

que o amor os motiva, essa é a pedra fundamental. Essa passagem é importante, pois inicialmente, quando propus me dedicar aos estudos antropológicos, havia dúvida sobre o quê. A única certeza era de que me propunha a fazer uma reflexão sobre a presença da cultura tradicional chinesa em Londrina e, certamente, essa foi uma inspiração subjetiva.

A indagação do autor (MONTEIRO, 1994) sobre a aproximação dos antropólogos aos estudos sobre culturas tradicionais pode ser elaborada através das contribuições de José Jorge de Carvalho (1998) no artigo *Antropologia e Esoterismo*. De acordo com este texto, por vezes, as duas correntes de pensamento se posicionam contra o projeto modernista e, para tanto, valorizam o conceito de tradição. Além de propor esse raciocínio, relata que a transmissão de conhecimentos esotéricos é dotada de uma organização sobre como efetuar-la. Em comparação, sugere que a prática etnográfica também passe por essa perpetuação de passos a serem seguidos, acrescenta que o antropólogo, frequentemente, se encontra com grandes mestres que asseguram a transmissão das tradições através da oralidade e que esse contato as transforma em material de dedicação do antropólogo.

Retornando a essa pesquisa, para elucidar a disposição em pensar os cruzamentos entre Oriente e Ocidente, é preciso expor rapidamente sobre o curso em Massoterapia e situações em que as fronteiras desta pesquisa se apresentaram. Este é um curso técnico de curto prazo (dois anos), realizado pelo Instituto Federal do Paraná. A grade curricular está amparada tanto nos saberes científicos (Anatomia, Fisiopatologia, Cinesiologia), tanto quanto em saberes tradicionais (Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda, Yoga-Tai). O público do curso é bastante heterogêneo e a situação que relatada a seguir ocorreu numa conversa entre pessoas com graduação na área de Ciências Biológicas. Uma delas com formação em Biomedicina e acupunturista, a outra em Psicologia.

A conversa girava em torno de decifrar os canais de energias da Medicina Tradicional Chinesa, conhecidos como meridianos. A pessoa que já tinha atuação em acupuntura relatava que profissionalmente se distanciou da Medicina Tradicional Chinesa e que optou pela Medicina Moderna Chinesa. Para exemplificar a diferença usou a diagnose como o ponto de distanciamento, pois, em geral, uma pessoa que busca a acupuntura também está tratando com outras práticas terapêuticas. A mesma falava que explicar a doença ao paciente em códigos como *Yin/Yang*⁵ dificulta o entendimento e a interação com as outras

⁵ Segundo essa filosofia que norteia a Medicina Chinesa, Tao é a energia propulsora de qualquer manifestação, sendo que sua criação se dá na dualidade Yin/Yang, energias opostas e complementares. A energia é Tao, mas para sua manifestação ela se torna Yin e Yang. É impossível explicar Yin, separadamente de Yang: são polaridades que estão presentes em tudo o que há no universo: A Terra é Yin, enquanto o céu é Yang; a Lua é Yin, enquanto o Sol é Yang; o inverno

práticas. Sendo assim, utiliza a diagnose biomédica, a isso apontou como uma ação dos acupunturistas modernos.

Continuando a explicar as diferenças entre a vertente Tradicional e a Moderna, em algum momento de sua retórica utilizou de uma aproximação reducionista, ao afirmar que os canais dos meridianos são neurônios. Um ruído se fez ao ouvir tal sentença, pois foi dito com tom de asseveração, em contrapartida, comecei questionamentos próprios da Antropologia. Propus pensar se tal relação não produziria uma desvalorização das categorias milenares que explicam os canais de energia.

Na tentativa de expor o raciocínio antropológico, de que essa afirmação depreciaria os saberes chineses, provoquei uma reação na terceira pessoa, que indagou sobre ser esse um caminho que proporciona entendimento. Sua exposição reportou que, inicialmente, as classificações sobre canais de energia estavam dentro de uma lógica de serem acessados pela experiência sensorial e assim, na lógica biomédica, não se conseguia compreender. Ao se traduzir para neurônios, mesmo que reduzindo, minimamente possibilitou-se uma comunicação sobre o que são os meridianos da medicina chinesa. Essa demonstrou que, ao inserir uma categoria do saber biomédico – neurônio – é possível provocar uma comunicação cabível e de que isso não significaria desvalorizar a sabedoria chinesa.

Esse foi o começo de uma nova realidade para o presente estudo, em que é possível perceber como se dá a assimilação para o intercâmbio desses símbolos. Querer assegurar a existência dos canais de energia pela autoridade da experiência sensitiva era, no mínimo, uma luta de forças, na busca da manutenção do saber milenar.

Assim como Daniel Monteiro (1994) explora a via de mão dupla em que ser aprendiz de algo o faz perceber a outra posição, apresentarei outra situação, na qual percebi essa condição ao propor aprimorar os estudos. Estava no início do mestrado, retornando à Antropologia e mantinha participação em projetos de pesquisa na área de Massoterapia voltada à Medicina Chinesa. A situação ocorreu em um seminário, o qual havia um grupo apresentando a História da China.

Após a passagem em que foram explicadas as dificuldades de acesso a informações devido às poucas traduções, foi mencionado que em alguns períodos os textos milenares

é Yin, enquanto o verão é Yang; o vegetal é Yin, enquanto o animal é Yang; entre muitas outras dicotomias possíveis.

A complementaridade se dá, pois onde há Yin, há a semente do Yang e onde há Yang, há a semente de Yin. Isto indica a relação de que além da impossibilidade de separação de ambos, um alimenta a existência do outro.

A diagnose da MTC é complexa e inicia investigando Yin e Yang, buscando compreender qual dessas duas manifestações energéticas está em desequilíbrio (WEN, 1989).

sumiram. Essas situações envolviam trocas de imperadores ou guerras. Enquanto contemplava a apresentação, deparei com a racionalidade ocidental no momento em que foi passada a informação de que no ano de 500 a.C. a China conteve o surto de uma doença que hoje seria classificada como Malária.

Inundada pela crença de que apenas com o advento da ciência tornou-se possível tratar de doenças epidêmicas e de que a Medicina Chinesa se limitava ao que conhecemos no Brasil, como práticas e técnicas corporais, percebi quão presa à racionalidade eurocêntrica e ocidental era a postura com que olhava para essa sabedoria. Dentro de uma lógica brasileira, o que importamos dos tratamentos da racionalidade médica chinesa é a parte que nos é possível assimilar, agregando um valor terapêutico próximo ao que vivenciamos em outros campos, como a Psicologia ou a Fisioterapia.

Por mais que estejamos caminhando na tentativa de diminuir fronteiras, ainda impera o pensamento de exotismo sobre as práticas advindas de outras espacialidades. Por exemplo, de um lado podemos perceber o avanço com que a acupuntura se instalou no país, por outro lado a farmacologia ou até mesmo a dietética⁶ da racionalidade chinesa é contestada. Refutar as outras formas de atuação dessa medicina ocorre dentro de uma lógica do que fomos educados a usar.

Em 2004, a ANVISA regulamentou os produtos da medicina chinesa⁷. Além dos conceitos esperados para que os produtos sejam aceitos pela Agência, há uma passagem que podemos nos ater para pensar sobre os nossos limites: “a utilização de matérias primas de origem animal constitui infração sanitária” (p. 1). Acostumados e educados para os fármacos de origem vegetal ou sintéticos, causa estranheza buscar uma terapêutica pautada na matéria-prima de origem animal.

Receber agulhas de acupuntura pode parecer exótico para alguns, mas de maneira geral, tem se tornado uma prática familiar. Provavelmente, se tivermos acesso às maneiras de se manipular um fármaco chinês, inicialmente se apresentarão dentro de um universo exótico e, por mais que queiramos nos aproximar da China, haverá dificuldades em aceitar todos os procedimentos dessa racionalidade.

⁶ Além de separarem os alimentos entre Yin e Yang e adequarem o consumo de acordo com a estação do ano, um ponto que destoa da popular maneira brasileira de se alimentar está no fato de que a dieta chinesa não utiliza temperos como alho, ou cebola, visto que, esses alimentos contêm prioridades medicinais e se utilizados diariamente perdem essa potência de reação no corpo.

⁷https://www.poderesau.de.com.br/novosite/images/Publica%C3%A7%C3%B5es_28.04.2014_-_I.pdf
Acessado em 18/08/2018.

Todo esse debate está sendo proposto para se pensar sobre o momento em que ocorreu o confronto de ideias relatado anteriormente. Ocorreu acerca da capacidade de outra racionalidade médica conter epidemias, mas foi através dessa informação que foi possível acessar uma via de mão dupla: ser massoterapeuta, aprendiz de antropóloga, ao mesmo tempo de ser antropóloga, aprendiz de massoterapeuta.

Voltando a narrativa da mesa-redonda, o antropólogo José Jorge de Carvalho (1994) retornou os pontos apresentados pelo palestrante Daniel acerca da racionalidade, lembrou que há racionalidade nos sistemas fora da academia, assim como irracionalidades dentro. Enalteceu que uma interpretação pode esvaziar a vida, mas que isso não é obrigatório, sendo este ato capaz de ser realizado através das subjetividades e que “quando interpreto, faço-o reviver” (p. 70), explicitando que mesmo se for um trabalho em cima de um cadáver, é possível que seja realizado com vida. Por fim, se dedicou a debater sobre ser pesquisador na área da Antropologia.

Ninguém é obrigado a ser ou a se definir como nativo. Só se define assim porque todos nós somos nativo. Há quase um paradoxo nisso, pois não se pode fazer Antropologia como nativo. (...) a passagem da subjetividade, desse ângulo antropológico que ao mesmo tempo objetiviza a subjetividade, é apostar tudo na subjetividade objetivada pela tradição científica, mas não a subjetividade étnica porque ela é até, em muitos sentidos, um falso argumento, pois não legitima nada e não se pode invocá-la como autoridade. (...) O antropólogo expressa na verdade uma neutralidade em relação aos eventos que lhe passaram. O impacto na biografia é o da ideia, não do evento emocional e psíquico. (...) É um encontro com a ideia que legitima. Agora, finalmente, eu passei das trevas a luz, não porque recebi o santo, ou porque participei de um ritual mágico, mas porque me veio uma ideia (p. 71 e 72).

Após a exposição dos palestrantes ocorreu um rico debate, do qual nos ateremos apenas a uma das falas da antropóloga Paula Monteiro (1994). Suas indagações incitaram uma barreira a ser enfrentada, pois os estudos antropológicos podem ser instrumentos de militância. Muitas vezes, isso se dá exatamente pela subjetividade ser reificada na escolha da pesquisa, em que, índio estuda índio ou mulher estuda mulher e assim por diante. Como saída, propõe que o estudo antropológico foque em problemas e que, talvez, o grupo empírico escolhido possa ser uma categoria aproximada da realidade do pesquisador, porém precisa permitir perceber o problema.

Nesse sentido, ao ser uma massoterapeuta, com capacitação em Medicina Chinesa, propondo pesquisar a capacitação em Auriculoterapia no SUS/Londrina, poderia caminhar

dentro dessa militância. Essa afirmação é correta em parte. A existência dessa terapêutica dentro das possibilidades de tratamento do serviço público é fruto de militâncias e deve ser honrado, ou seja, não é objetivo, mas guarda a vontade de valorizar tal processo. A finalidade desta pesquisa é tratar das aproximações e distanciamentos entre saberes orientais com os saberes biomédicos, de forma a enriquecer os acontecimentos percebendo suas conquistas e limites.

A sistematização dos capítulos se dará em, na primeira etapa, conhecer o contexto das políticas públicas na área da saúde; no segundo capítulo adentraremos na pesquisa documental, com dedicação ao material utilizado no curso em Auriculoterapia; e no terceiro capítulo trataremos a continuação da capacitação através da oficina realizada pela equipe do NASF/Londrina.

Capítulo 1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O intuito desse capítulo é conhecer o contexto que culminou na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), para posteriormente tratar especificamente em Londrina. O caminho a ser percorrido passará pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), da PNPIC, para depois nos aproximarmos da regulamentação da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no Brasil. Em seguida, adentraremos na esfera municipal apresentando um breve histórico de Londrina e trataremos dos projetos educacionais no SUS.

Para abordar política voltada à saúde, é preciso rememorar que o Estado brasileiro tem um histórico escravocrata e colonialista, e, portanto, de negligência com o bem estar da população. Mesmo pós-proclamação da República, por vezes, condutas neoliberais administraram a agenda política, impedindo avanços nas pautas sociais. Diante da incipiência de políticas públicas voltadas à saúde, de 1500 a 1900, as poucas ações coletivas eram conduzidas pela Igreja Católica⁸ e pelas Santas Casas⁹.

É possível considerar que, para a elite política, a maior parte da população - indígenas e escravos - não era considerada cidadã, portanto, não era alvo de ações políticas. A chegada dos imigrantes europeus e asiáticos manteve esse quadro, pois a pauta era economia, a qual se

⁸ Desde o período colonial do Brasil há presença de Jesuítas contribuindo com a saúde da população. Entre seus métodos, estava o de aprender o conhecimento local sobre ervas e plantas (GEWEHR et al., 2017).

⁹ A primeira Santa Casa no Brasil data de 1529 em Olinda (PE). Em 1792 havia 10 Santas Casas, todas no litoral brasileiro. <http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas> acessado em 18/04/2018.

firmava num ambiente de exploração das riquezas naturais e de produção agrícola. A política brasileira se ocupava em operacionalizar o escoamento de produtos nos portos, para alimentar o mercado externo, atendendo sobretudo, ao Império Britânico.

A chegada da família real, a partir de 1808, proporciona algumas medidas que influenciaram a saúde da população. Por exemplo, D. João VI promoveu a abertura de instituições¹⁰ para formação de médicos, pois havia certo desinteresse por parte dos médicos formados em Portugal de imigrar para a colônia, e a abertura de faculdades brasileiras se tornou pauta importante para estruturar a vinda da família real. Outro marco do estabelecimento da realeza no país é o início das políticas de saneamento básico, ainda incipiente, mas somente próximo da Corte e dos portos. No interior do país a atenção à saúde se mantinha através dos conhecimentos populares (MENDES e SANTOS, 2016).

O artigo *Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XX*, de Tânia Pimenta (2004), nos transporta para o período colonial e demonstra a diversidade de terapêuticas oficiais. A regulamentação se concentrava em alguns espaços, na maioria das vezes, nas localidades urbanas. Isso significa que apenas parte dos terapeutas se institucionalizava. Porém, é preciso ressaltar que, por um longo período, era oficial a existência dos sangradores, parteiras, boticários, barbeiros, entre outros.

Essa diversidade presente nas oficialidades começou a mudar com a presença da Corte e das escolas de medicina. Em 1826, organizações médicas, formadas por profissionais que se graduavam nas Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro, pressionaram as instâncias políticas a abolirem os ofícios que possibilitavam a atuação de outras terapêuticas. A partir de 1828, essas categorias já não conseguiam executar suas atividades através da legalidade, porém, elas não deixaram de existir (PIMENTA, 2004).

As prescrições de remédios nos boticários demonstram como se dava a interação entre a medicina oficial com as terapêuticas pautadas em conhecimentos populares. Na teoria, depois da ação de abolição de outras terapêuticas, os boticários deveriam se restringir à manipulação de fórmulas oficializadas por médicos. Na carência destes, havia forte presença de prescrição de medicamentos formulados pelos conhecedores de saberes tradicionais (GEWEHR et al., 2017).

A situação dos boticários possibilitou a percepção sobre a credibilidade da população nos saberes populares, ao passo que apresentavam insegurança nas prescrições médicas, instituição recente no país, até então, desconhecida como prática terapêutica. Os registros de

¹⁰Em 18 de Fevereiro de 1808 é decretada a abertura da Escola de Cirurgia da Bahia, e em 5 de novembro do mesmo ano é fundada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

manipulação dos boticários permitem entender que a procura pelas terapêuticas diferentes da medicina era maior, e isso independia de quem estava com problema de saúde. Há relatos de escravos a indivíduos da alta sociedade na manipulação de fármacos provenientes de sabedorias populares, não-oficiais (GEWEHR et al., 2017).

No fim da monarquia e no início da República, a economia começou a ser afetada pela falta de saneamento básico, problema não resolvido em sua totalidade até os dias atuais¹¹. Os surtos de doenças como varíola, malária, febre amarela e peste bubônica afetaram as principais cidades do país, e a consequência dessa situação é a diminuição da atracagem de navios estrangeiros nos portos do Brasil. Neste cenário, da virada do século XIX para o XX, Oswaldo Cruz torna-se diretor geral de Saúde Pública e inicia campanhas sanitárias de erradicação dessas moléstias com vacinação obrigatória. A ação dessas campanhas sanitárias provocou grande insatisfação por boa parte da população (MENDES e SANTOS, 2016).

Essa ação sanitária foi uma política repressora que, com auxílio da polícia, invadia casas, queimava colchões e roupas e aplicava vacinas compulsoriamente. A população reagiu à truculência dessa campanha, o que ficou conhecida na História do Brasil pelo nome de Revolta da Vacina, ocorrida em novembro de 1904. Não cabe neste estudo esta discussão, mas apesar das circunstâncias e contradições, o resultado final foi o controle das doenças epidêmicas, culminando em uma política hegemônica do Estado brasileiro, para questões de Saúde Pública, liberando os portos do país e impulsionando o comércio exterior (MENDES e SANTOS, 2016).

Há de se considerar o impacto que isso representou para a população, visto que a ação repressora não foi uma ação educativa, preocupada com a transmissão dos conhecimentos sobre como diminuir os índices das doenças que estavam sendo combatidas. O que ocorria era a imposição de novas práticas de vida, sem o entendimento do porquê se fazia necessário queimar pertences, ou a obrigatoriedade da vacinação. O resultado foi um clima de desconfiança na política posta em prática e imposta a sociedade da época.

¹¹Em 2000, a pesquisa Nacional de Saneamento Básico, realizada pelo IBGE, divulgou o seguinte dado: 52,24% dos municípios brasileiros têm acesso ao serviço de coleta de rede de esgoto.

Em 5 de Janeiro de 2007 foi promulgada a Lei nº 11.445, estabelecendo marcos regulatórios nos setores de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais.

O último dado publicado pelo IBGE, em 2008, revela que 55,16% dos municípios brasileiros têm acesso ao serviço de coleta de rede de esgoto.

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/multidominio/meio-ambiente/9073-pesquisa-nacional-de-saneamento-basico.html?=&t=o-que-e> Acessado em 25/07/2018.

A ação sanitária nas cidades próximas aos portos foi considerada um sucesso pelo Estado, levando tais campanhas em direção ao interior, nas áreas rurais (MENDES e SANTOS, 2016). A Revolta da Vacina ocorreu no Rio de Janeiro e há relatos de dificuldades na ação dessas campanhas no interior do Brasil. Há de se considerar que quanto mais se adentra no interior do país, mais escassa era a ação do Estado quanto às oficializações terapêuticas. Nessas regiões, a sabedoria popular era o maior recurso, por vezes, o único, enquanto as ações promovidas pelo Estado com base na medicina eram truculentas e se firmavam numa legitimidade imposta. Essa imposição do Estado brasileiro reforçava o fato de que a confiança das pessoas permanecia nas outras formas de cuidados com a saúde.

Explicitar essas situações serve de arcabouço para tratar de algumas questões acerca de como se dá o início da política pública de saúde no Brasil. O que estamos construindo é um cenário em que a população sente segurança com tratamentos propostos pelas sabedorias populares, enquanto o Estado, associado à Instituição Médica, propõe políticas de controle de circulação dos espaços. Antes de adentrar em teorias que possam amparar essa elaboração, daremos um salto temporal até o final do século XX, para nos dedicarmos à criação do SUS.

1.1 SUS e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

No Brasil, o século XX foi marcado por duas ditaduras: Getúlio Vargas (1937 a 1945) e Militar (1964 – 1985). A elaboração da Constituição de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, é resultado de ações que ocorreram ao longo das décadas de 1970 e 1980. O governo de Ernesto Geisel (1974 a 1979) deu início à abertura política, nas palavras do presidente, de forma “lenta, gradual e segura”. Após essa sentença, situações corroboraram até a chegada da nova Constituição, por exemplo, a suspensão dos atos inconstitucionais, a diminuição da repressão policial, a reorganização de movimentos sociais, a diminuição na censura da imprensa, a anistia dos presos políticos e a permissão para formar partidos.

No artigo *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*, Carlos Paiva e Luiz Teixeira (2014) reconstróem grandes esquemas de corrupção na época da ditadura militar, em que havia incentivo para a entrada de setores privados na atuação pública. Em 1975 ocorre a 5ª Conferência Nacional de Saúde¹², propondo discutir, entre outros temas, a implementação de um sistema público nacional de saúde. A ditadura militar se mantinha, mas algumas mobilizações políticas ocorreram. De forma

¹²http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf Acessado em 08/05/2018.

clandestina, em 1976 é criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e, em 1979, a Associação Brasileira de Estudos de Saúde Coletiva (Abrasco).

O Cebes e a Abrasco se tornaram referência do movimento sanitário do país. Em meio a dificuldades, no ano de 1979, foi realizado o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, no qual foram documentadas as principais pautas do movimento sanitário. Entre as reivindicações estavam: papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; aumento da participação popular; descentralização e regionalização do sistema de saúde pública; e direito universal à saúde. Em outras palavras, a pauta principal era a criação do Sistema Único de Saúde. (CEBES, 1980).

A articulação dessas instituições foi fundamental na história da saúde do país. Essa passagem de Paiva e Teixeira (2014) ressalta o papel que elas tiveram:

De forma sintética, podemos dizer que essas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi o palco de um importante movimento de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública. No lugar de uma perspectiva autoritária, a Abrasco e o Cebes defenderam participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal. Sua agenda, nesse sentido, confunde-se com o próprio processo de crise da ditadura e de redemocratização da sociedade brasileira (p. 22).

A influência dessas instituições foi significativa na construção da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Com intensa mobilização, esse evento contou com três mil pessoas e estabeleceu os princípios que viriam a consolidar o SUS. Eram tempos de redemocratização e o evento contou com slogan “Saúde e Democracia”, reforçando o fato de que sem democracia não há saúde. A sociedade civil organizada em associações, partidos e sindicatos se articulou sob a bandeira da reforma sanitária e protagonizou a saúde como um “direito” de cidadania. A importância de ressaltar esse evento ocorre pela relevância que essa articulação política proporciona no que se define como doutrinas e princípios no SUS (LUZ, 2000, p. 302).

Nesse mesmo período, no ano de 1985, a exigência da população por eleição direta à Presidência do Brasil não foi acatada. Através de eleição indireta no Congresso, ocorreu a indicação do presidente, e eleição para deputados e senadores. Os eleitos formaram a Assembleia Constituinte, que durante os anos de 1987 e 1988 elaboraram a nova Constituição. A motivação em chamá-la de “Constituição Cidadã” ocorreu pela ampla inclusão de direitos

aos cidadãos brasileiros e uma diversidade de atribuições ao Estado, como a garantia de assistência social, entre elas, a saúde.

O segundo capítulo da Constituição é dedicado à Seguridade Social, definindo como dever do Estado assegurar direitos aos cidadãos de acesso a assistência social, previdência e saúde. A segunda sessão do capítulo¹³, do Art. 196º ao Art. 200º, é voltada aos deveres do Estado em relação à saúde e inaugura o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado uma das maiores conquistas sociais do país. De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde escrita em 2000¹⁴, antes dessa aquisição, saúde era entendida como “não-doença”; após esse avanço, o Estado opera com a promoção de saúde e a prevenção de agravos.

Em 1990 o Ministério da Saúde organiza a primeira cartilha do SUS¹⁵, pautada em uma avaliação acerca da situação da saúde no país. Baseada nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a cartilha ressalta três princípios norteadores para a criação do SUS: a saúde está relacionada a fatores condicionantes no meio físico e meio socioeconômico, a fatores biológicos e a oportunidade de acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; é direito de todo cidadão, sem discriminação, receber atenção a saúde, assim como é dever do Estado prover esse direito; e o SUS se organiza através de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

Esses três pontos que abarcam os princípios do SUS são a base que fundamenta a doutrina do sistema: universalidade, equidade e integralidade. O primeiro ponto se encontra a garantia de atenção à saúde a todos os cidadãos. O segundo, a igualdade entre os que procuram serviços do SUS, ou seja, todos serão tratados de forma equivalente, independente do nível de complexidade do problema. O terceiro, o reconhecimento de que cada pessoa é integrante de uma comunidade e precisa ser entendida em toda sua condição; as ações do SUS não podem ser divididas; as unidades prestadoras dos serviços precisam se configurar dentro de um sistema capaz de dar assistência integral.

O Relatório Final da 8ª Conferência¹⁶, em relação à organização dos serviços, estabelece que o SUS deverá introduzir práticas alternativas de assistência à saúde, para possibilitar o direito democrático do usuário em escolher a terapêutica de sua preferência, e fortalecer o papel do município. No campo relacionado aos recursos humanos, o relatório

¹³http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf Acessado em 08/05/2015.

¹⁴http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf Acessado em 08/05/2015.

¹⁵http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf Acessado em 08/05/2015.

¹⁶http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acessado em 11/05/2018.

prevê capacitações permanentes, formação de profissionais para atuar numa saúde integrada e inclusão dos conhecimentos de novas práticas na atenção à saúde.

De acordo com os princípios e doutrinas do SUS, e seguindo as deliberações do relatório da 8ª Conferência, a partir de 1999, o código 0701234¹⁷ incluiu na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) o atendimento médico através de homeopatia e acupuntura. Através dessa oportunidade, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) começou a operar dentro do SUS. Ainda que fosse apenas umas das possibilidades de tratamento (acupuntura), este é o início oficial da MTC no SUS.

No contexto que proporcionou a abertura da Portaria 971, com o nome de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a atuação da médica e Mestre em Saúde Coletiva Carmem Lucia de Simone se destaca. Na coordenação do Grupo de Trabalho que se dedicou à Medicina Tradicional Chinesa, na participação da elaboração final da PNPIC e foi a primeira coordenadora dessa política, cargo que ocupou por seis anos. No ano de 2012, o Ministério da Saúde promoveu o VI Seminário Internacional de Atenção Básica. Durante o evento, a pesquisadora organizou a apresentação: *Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde*¹⁸.

A apresentação expõe uma ordem cronológica de fatos que corroboraram para a construção da PNPIC, sendo que a pedra basilar foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde. As Conferências são fundamentais para proporcionar as diretrizes nos andamentos das políticas públicas de saúde. Em 2003, a 12ª Conferência¹⁹ trouxe a demanda de estimular a gestão participativa da população, possibilitando ao usuário informações sobre programas desenvolvidos no SUS, entre eles: medicina natural, fitoterapia e práticas tradicionais, complementares e alternativas.

Há de se considerar que, desde a criação do SUS, se reivindicava maior participação popular. Mas ao longo da década de 1990 ainda havia uma forte influência de políticas neoliberais na composição estatal. A consequência da presença neoliberal é uma agenda política que prioriza a economia às definições constitucionais (LUZ, 2000). A mudança desse cenário ocorreu com a entrada do Partido dos Trabalhadores no governo executivo federal. No primeiro ano dessa governabilidade, 2003, através do Ministério da Saúde, há a organização

¹⁷http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html Acessado em 11/05/2018.

¹⁸http://189.28.128.100/dab/docs/6seminario/temas_simultaneos/31/sala2/2_simoni.pdf Acessado em 12/05/2018.

¹⁹http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_12.pdf. Acessado em 12/05/2018.

do Grupo de Trabalho que objetiva a elaboração da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, a atual PNPIC.

A atuação desse Grupo de Trabalho ocorreu de baixo para cima, isto é, iniciou investigando os municípios para posteriormente propor uma política nacional. Em 2004 foi realizado o Levantamento Nacional para Inserção de Medicina Natural e Práticas Complementares (SIMONE, 2012). Os dados apontaram para a presença de práticas em 232 municípios (ANDRADE e ALMEIDA COSTA, 2010), entre estes, Londrina, que atuava com a farmácia de Fitoterapia através de um Programa Municipal²⁰.

Simone (2012) aponta que os princípios doutrinários do SUS foram atendidos no processo de projeto da PNPIC. Para compreender, vamos nos ater a cada um dos princípios. A Universalidade é atendida, visto que é uma política de promoção ao acesso universal e a todas as possibilidades de promoção de saúde. A Integralidade é aplicável às práticas, pois estas se pautam na compreensão do indivíduo como um ser indivisível, pautando os processos de adoecimento dentro de sistemas holísticos que incluem a sociedade. A Equidade é atendida no reconhecimento de diferentes necessidades; a inclusão das práticas ao SUS amplia a oferta de tratamentos e a promoção de saúde. Por fim, o Controle Social é aplicado através da valorização da participação do usuário no SUS, tanto pelo reconhecimento das sabedorias populares, como no entendimento de que as práticas trabalham com uma corresponsabilidade no processo de retorno à saúde.

Para tratar dos acordos realizados para que a política pudesse entrar em vigor no ano de 2006, trazemos o antropólogo reconhecido por pesquisar a PNPIC, Rodrigo Toniol, através de sua tese de doutorado, nominada *Do Espírito na Saúde: Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*, cuja argumentação de sua tese começa por elaborar teoricamente a nomenclatura de Práticas Integrativas e Complementares. No momento em que se dedica ao contexto político, utiliza-se de entrevistas com nomes importantes na construção dessa política, incluindo a já citada médica Carmem de Simone.

O Grupo de Trabalho formado em 2003, responsável pelo levantamento de dados sobre a presença de terapêuticas nos municípios, propõe às Câmaras Técnicas em fevereiro de 2005 o texto nominado: Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares²¹.

²⁰<http://cosemspr.org.br/index.php/biblioteca/category/38-mostra-de-experiencias-municipais?download=127:praticas-integrativas-e-complementares-prefeitura-de-londrina> - Acessado em 13/05/2018.

²¹<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf> Acessado em 13/05/2018.

Em setembro o documento é aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacológica, com algumas restrições técnicas, entre elas, o uso do termo ‘medicina’. Na entrevista concedida ao pesquisador, Carmem de Simoni menciona que, no dia em que o documento estava sendo analisado pelo Conselho, o impasse com o nome obrigou à tomada de decisões rápidas. Os cinco profissionais presentes se agruparam para a resolução e esta reunião definiu a retirada do termo Medicina Natural, alterando para Práticas Integrativas (TONIOL, 2015, p. 41).

Segundo o autor, é importante sublinhar o fato, pois foi condição para a aprovação do documento. Seus estudos se pautam em contexto do Rio Grande do Sul, e para demonstrar como tal nomenclatura causa desconfortos aos terapeutas, apresenta um caso específico que ocorreu no ano de 2009. O Sindicato Médico regional processou a Escola Superior de Ciências Tradicionais e Ambientais por utilizar o termo ‘medicina’ nos materiais de divulgação do curso de ‘Ayurveda’, sendo a causa ganha ao Sindicato. Após essa explanação, levanta o ponto de que, no país, há um monopólio da nomenclatura ‘medicina’ e que isso ocorre desde o início dessa categoria profissional (TONIOL, 2015, p.43).

A utilização do termo ‘práticas’ foi um recurso linguístico para evitar confrontos, sendo que, em tal circunstância, o domínio da nomenclatura foi reiterado pelo Estado. Retornando o ponto das situações prévias à política, sem a alteração do termo, essas práticas não conseguiram ser aprovadas. Isso impediria o caminho para suas próprias regulamentações, visto que essas terapêuticas continuariam em um *status* de inexistência estatal e com possibilidades de se manterem em meio a perseguições (TONIOL, 2015, p.44).

Junto ao termo ‘práticas’, foi acoplado o termo ‘integrativas’, estabelecendo uma íntima relação com um dos princípios doutrinários do SUS. Foi um recurso estratégico e ambivalente. Em entrevista, Carmem de Simoni ressalta que havia o entendimento de que tais terapêuticas têm uma visão holista, em que o indivíduo é visto de forma integral, sem a fragmentação do corpo, mas que a nomenclatura também foi pensada dentro do contexto da visão política de integralidade que o SUS almeja (TONIOL, 2015, p.49).

O último termo na nomenclatura desta política, ‘complementar’, não teve objeções nas instâncias políticas, mas precisa ser tratado com atenção. Nas palavras de Toniol (2015):

Situar as terapias apoiadas e oferecidas no SUS como práticas complementares significa estabelecer as PICs a partir de um modo de relação específico com aquilo que ela complementa, mais precisamente, com a biomedicina. Nesse caso, a complementariedade não descreve algo que seja da ordem do conteúdo substancial das terapias, mas trata-se de uma categoria que explicita como essas terapias devem se relacionar com outras

modalidades de atenção à saúde. Há, portanto, uma relação hierárquica implícita no termo e que, em certo sentido, contrapõe-se àquilo que aponta a designação “terapias alternativas”. As práticas reguladas pela PNPIC são complementares e não alternativas porque devem estar aliadas ao tratamento biomédico e com ele compatibilizadas, e não serem alternativas a ele (p.44).

O autor chama atenção sobre as possíveis incompatibilidades dessa atuação complementar e utiliza como exemplo terapias baseadas em dietéticas com menor uso de produtos industrializados, associado a tratamentos biomédicos que demandem alto consumo de medicamentos alopáticos. Este exemplo é para salientar que, por vezes, essas práticas se posicionam como uma forma diferente da biomedicina e ressalta que seu caráter histórico foi de se localizar como uma terapia ‘alternativa’ (TONIOL, 2015).

A classificação de ‘alternativa’ foi elucidada dentro de relatórios de conferências, e também está presente nas categorias de racionalidades médicas organizada pela autora Madel Luz (2005). Para compreender o conceito da autora, segue esse quadro explicativo:

RACIONALIDADES MÉDICAS	Cosmologia	Doutrina Médica	Morfologia	Fisiologia Dinâmica Vital	Técnicas Diagnósticas	Técnicas Terapêuticas
MEDICINA OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA	<i>É a visão de mundo, formada pelo conjunto organizado e definido de crenças e conhecimentos que suportam as concepções, práticas e experiências</i>	Conjunto sistemático de concepções de ordem teórica ensinadas como verdades por um autor, corrente de pensamentos ou mestre	Estudo da forma e posição dos diferentes órgãos do corpo e das relações que eles guardam entre si	Sentido da busca dos princípios que tornam possível o próprio saber	Qualificação de uma enfermidade e ou estado fisiológico, com base nos sintomas que são observados	Prática dos meios adequados para aliviar ou curar os doentes
HOMEOPÁTICA						
CHINESA						
AYURVÉDICA						
ANTROPOSÓFICA						

Fonte: <http://slideplayer.com.br/slide/7492255/#> Acessado em 03/06/2018.

É preciso destacar que tais recursos explicativos nos servem de referências para ilustrar, mas que o artifício categórico é reducionista e, por vezes, não consegue abranger todos os aspectos das práticas. Por exemplo, a atual PNPIC inclui o atendimento com o tratamento de Reiki²², uma categoria que não está entre as racionalidades médicas organizadas pela autora, mas que também parte de princípios que estão descritos como necessários para

²²O Reiki é uma terapia sistematizada pelo monge japonês Mikao Usui, em 1922. De acordo com os seus escritos, Rei é a energia universal, enquanto o Ki é energia Vital, presente nos seres vivos. Como prática, o Reiki é uma terapia feita pelas mãos do terapeuta, que promove reordenamento energético por meio de toques suaves ou a uma curta distância do corpo de quem recebe.

ser considerada uma racionalidade médica. Utilizar do conceito da autora é importante, pois auxilia o entendimento como um quadro referencial e será utilizado nessa dissertação.

As racionalidades médicas que não sejam a ocidental contemporânea são popularmente classificadas como “alternativas”, fomentando que a ocidental contemporânea é a legítima. O caso da nomenclatura para a aprovação, para que a instituição política, se utilizasse tal termo na proposta, seria uma opção por um plano de oposição e não complementariedade, o que poderia ocasionar, assim como o uso do termo “medicina”, um impasse na aprovação da política. (TONIOL, 2015, p. 45)

As terapias alternativas estão historicamente associadas a esoterismos, saberes que estão dentro de um universo oculto, de uma lógica própria e que, por tal disposição, comumente são consideradas de pouca cientificidade. O que autor propõe pensar é que, ao evitar o uso do termo ‘alternativo’, criou-se um campo de possibilidade em que parte do universo esotérico, aquele se alinha com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), se aproxima da regulamentação de suas práticas, dando passos rumo ao campo da legitimidade oficial (TONIOL, 2015, P. 46).

Por fim, com o nome de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006 ela é aprovada e publicada pela Portaria nº 971, neste primeiro momento com as práticas de: Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Medicina Antroposófica; Termalismo Social/Crenoterapia; e Medicina Tradicional Chinesa. Como o SUS já contava com o protocolo de atendimento de acupuntura, a PNPIC altera a relação com essa prática em dois pontos: outras técnicas de tratamentos podem ser utilizadas, como Tai Chi Chuan, auriculoterapia, moxa-combustão, entre outras; e abre a oportunidade de profissionais não médicos, devidamente capacitados, atenderem.

Até o momento, descrevemos como as terapêuticas tradicionais foram subtraídas das oficialidades, entretanto marcaram presença no cotidiano da população, ao passo que o Estado e Instituição Médica se relacionavam harmonicamente. Após esse histórico das políticas de saúde do Brasil e da criação da PNPIC, podemos apresentar teorias sociais para começar a elaborar a relação entre os saberes tradicionais populares e os saberes científicos, de forte presença na elaboração da Biomedicina. A próxima sessão se dedica à regulamentação da MTC e, para tanto, debaterá a relação entre Estado e Medicina.

1.2 Regulamentação da Medicina Tradicional Chinesa no Brasil

Para este momento, vamos abordar as contribuições de José Carlos Rodrigues (1999), contidas no texto *O corpo na História* e posteriormente nos dedicaremos ao artigo *O*

nascimento da medicina social, do historiador Michel Foucault (1979). Com o primeiro autor pretendemos pensar as terapêuticas tradicionais, enquanto o segundo autor é reconhecido por teorias que abordam a relação do poder e do conhecimento estarem a serviço do controle social. Essas teorias são apresentadas para dar amparo ao debate sobre a regulamentação da Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

A passagem do autor José Carlos Rodrigues (1999) elucida um contexto da Idade Média. Antes de apresentar a construção da medicina social, se torna importante elaborar os termos “elite” e “povo”, para compreender porque há essa indicação de que a Instituição Médica e o Estado mantém uma relação harmônica. De acordo com Rodrigues (1999), a partir do séc. XVIII é que se inicia uma separação entre povo e elite.

É importante ressaltar que, no contexto medieval, isto que depois se chamou de ‘popular’ era em grande medida a cultura de todo mundo. Naquele tempo, a elite participava vigorosamente da cultura de todos e era de certo modo bicultural: o padre falava latim, falava também o patoá de sua região (aspecto importante para a divulgação do catolicismo); o nobre que vivia em castelo conhecia igualmente as tradições populares e delas tomava parte; o senhor honrado em sua culminância era também personagem das festas folclóricas, conhecia as mitologias locais, das quais muitas vezes era figurante central; o leitor culto lia, quase sempre em voz alta, para um público que continha pessoas mal alfabetizadas ou analfabetas, os mesmos textos e os mesmos livros que circulavam em todos os meios sociais. (...) Clientes, os curandeiros possuíam em todos os pavimentos da hierarquia social (RODRIGUES, 1999, p.36).

Segundo o autor, por séculos havia uma disposição de comunicação entre culturas; por mais que existisse alguma diferenciação sobre o que era popular e o que era da elite, havia interesse, mesmo que apenas em parte, de não as colocarem em grau de oposição. Até o século XVI, o que se encontra na Europa é uma associação dessas culturas, que transitam nos mesmos espaços e comungam de ideias parecidas.

Do século XV ao XVIII começa o desenvolvimento de uma cultura para os instruídos, sendo que é através dessa passagem que o termo “popular” ganha outra conotação, de ser algo dos “humildes”, “simples”, do “povo”. O que antes era considerado “de todos”, começa a ser classificado como de pessoas com pouco acesso a recursos, de subalternos, de quem a elite tem ojeriza e procura se distanciar. (RODRIGUES, 1999, p. 37). Para a História Européia, o século XV é o início da Idade das Luzes, dos filósofos iluministas, que proporcionam o início de investigações e de uma busca por conhecimentos e desenvolvimento de instrumentos e máquinas para a expansão da ciência.

Nessa perspectiva é possível pensar sobre a narrativa de Foucault (1979), pois o autor destrincha acontecimentos dos séculos pós-Iluminismo e observa a construção da Medicina

Científica Ocidental. Sua narrativa elucida como se dá a formulação de uma ‘medicina social’, pública, em contraposição a uma ‘medicina clínica’ que habitualmente está disponível nos serviços privados.

De acordo com Foucault (1979, p.80), antes da constituição da medicina social ocorreram três formatações de medicina: a do Estado, a urbana e a da força de trabalho. Para compreender essas três etapas, respectivamente, o autor transporta o leitor para três países distintos: Alemanha, França e Inglaterra.

Desde o século XVI, os primórdios dos Estados europeus já percebiam a importância da população, pois há o entendimento de que a força do país está intimamente ligada a de seu povo. Para ter algum conhecimento sobre o estado da população, existia uma coleta de dados sobre natalidade e mortalidade. No final do século XVIII, a Alemanha começou a construir uma política médica estatal, cujo intuito era o mesmo dos outros Estados, manter uma coleta ativa de informações acerca dos nascimentos e das mortes, porém incluindo elementos sobre como se dava o fim da vida dos indivíduos (FOUCAULT, 1979, p.83).

O Estado alemão designou aos médicos a demanda de compreender e angariar as informações a respeito da mortalidade. Segundo o autor, foi nessa passagem que se iniciou a preocupação com o que virá a ser a formação adequada para a atribuição de diplomas para o serviço médico, isto é, a procura por informações de mortalidade causou um fenômeno de normatização das práticas de cura. Com essa explanação, Foucault (*idem*) ressalta que, antes de a medicina se tornar uma força normativa dos indivíduos, ela em si passa pela normatização de suas práticas.

Para alcançar tal objetivo, outras situações, conjuntamente, foram promovidas pelo Estado Alemão: uma organização administrativa de controle sobre os médicos, na qual, após a diplomação, houvesse fiscalização sobre o que faziam com a sua formação e a implementação de funcionários médicos do governo responsáveis por perímetros regionais. O autor prioriza explicar esse contexto por sua importância em relação à constituição dessa área de conhecimento, lembrando que esse período antecede a formação da medicina social (FOUCAULT, 1979, p. 84).

Para Foucault (1979, p. 84 e 85), há uma intencionalidade do Estado, que está preocupado com as taxas de mortalidade de seu povo. O autor constrói um texto elaborado sobre a pauta do Estado, cuja intenção era manter os indivíduos vivos, mas sem dar a devida importância à saúde. Continuando pelos pontos históricos anteriores à formação da medicina social, o autor retrata questões sobre urbanização e nos transporta para o século XVII, nas primeiras urbanizações francesas.

Com um cenário de degradação, gerado pela aglomeração de indivíduos em um espaço menor do que o campo proporcionava, as cidades precisavam se preocupar com doenças relacionadas à falta de saneamento básico. A solução encontrada pelo Estado francês se dá numa associação com os médicos, que promovem a primeira quarentena, um recurso político/médico de controle, o qual se tornou um modelo organizativo, utilizado posteriormente em diversas situações (FOUCAULT, 1979 p. 88).

A urbanização acarretou uma diversidade de medos e angústias aos indivíduos, e os cemitérios eram locais relacionados a esses sentimentos. Os mortos não eram sepultados, apenas colocados amontoados e, em algumas situações, eram tantos que extrapolavam os limites dos muros. O Estado precisou intervir e tentar controlar a urbanização e, para tanto, se associou aos médicos (*idem*, p. 87).

A quarentena iniciou a separação da cidade em bairros, nos quais havia funcionários governamentais médicos para fiscalizarem e executarem a desinfecção diariamente. Aqueles que estivessem com doenças seriam barrados da vida social, excluídos e marginalizados, postos para fora dos muros da cidade. *A priori*, enquanto não se tinha certeza sobre as causas das enfermidades, excluir o doente do convívio era a resposta para conter a contaminação (*idem*, p. 88).

Foucault (1979, pp. 90 e 91) explicita que a criação da medicina urbana resulta em três objetivos: análise e fiscalização dos locais de amontoamentos dos mortos passíveis de transmissão de doenças; controle na circulação dos indivíduos, do ar e da água, potencialmente transmissores de doenças; e, por fim, a separação da distribuição de água potável do local de eliminação dos excrementos. Este último ponto se refere à regularização do saneamento básico, isto é, uma ordem para que os locais de fonte de água e de escoamento do esgoto não se misturassem.

De acordo com o descrito, o que está sendo tratado através da quarentena e dos mecanismos de controle da água e do ar não são os indivíduos e sim microrganismos que podem estar presentes tanto no indivíduo quanto no ambiente. O que está guiando os médicos urbanos é uma visão da área de conhecimento da química, a qual levou ao afastamento dos cuidados da saúde das pessoas. O efeito de se aproximar de tais áreas de conhecimento é um distanciamento das preocupações com os doentes. Ao objetivar um tratamento que priorize bactérias e vírus, foi preciso reduzir o problema e não olhar para o todo e sim para as partes. O efeito disso é o apagamento das pessoas que estão portando tal enfermidade. Além de que, o modelo da quarentena é baseado na exclusão, o indivíduo doente não é tratado, ele é retirado do convívio social. (FOUCAULT, 1979, pp. 92 e 93).

Por fim, o autor traz o caso inglês, primeiramente nomeando como a medicina da força de trabalho, devido a esse Estado ser o berço da indústria e, conseqüentemente, do proletariado, mas ressalta que esse é o modelo que dá a constituição da medicina social. Segundo o autor, nos casos alemão e francês o foco não está nas desigualdades e na pobreza, haja vista que a urbanização precisava de pessoas desprovidas de bens para exercerem funções como transporte de materiais, ou eliminação de dejetos. Esses indivíduos eram os que melhor executavam tais tarefas, pois tinham vasto conhecimento da espacialidade urbana. Será na Inglaterra que começará o pensamento de que a pobreza pode ser responsável pelos perigos à saúde coletiva e, portanto, será instalada uma medicina com a necessidade de controlar essa parte da população.

O que ocorre na Inglaterra é uma junção da medicina estatal e urbana, sendo que esta se solidifica e se expande como modelo a ser seguido. O foco é dar assistência médica ao povo, como uma manutenção da saúde da força de trabalho e manter a sociedade controlada de forma minuciosa, na intenção de proteger a elite. Ao final do século XIX e começo do século XX, a medicina inglesa já havia se tornado o modelo hegemônico, tornando a medicina pública responsável pela vacinação e contenção de epidemias, isto é, controle das massas; enquanto a medicina privada é clínica, com atendimento personalizado (*idem*, p. 97).

Após essa descrição, é possível retornar ao caso brasileiro e relacionar como essa formatação de saúde coletiva produzida na Europa vem desembarcar no Brasil. Primeiro, lembremos que o país se pautava em uma política econômica colonialista, e, portanto, se preocupava mais em manter os produtos em circulação ao invés de cuidar da própria população. Ou seja, o que motiva a preocupação com as doenças é a paralisação do escoamento de produtos, não os problemas do povo.

Na descrição de Foucault (1979) é possível perceber que a formação do Estado está intimamente ligada à atuação das práticas institucionais médicas. De acordo com Luiz Santos (2004), no artigo *Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República*, as ações sanitárias estão no caminho da consolidação de um Estado. A primeira República data de 1889, ao passo que os avanços rumo ao interior do país ocorrem dentro de uma ideologia de ações civilizatórias à população rural. Os principais pontos das ações sanitárias do começo do século XX eram: amparar institucionalmente pesquisas científicas; modernizar a saúde pública; e erradicar as epidemias.

O personagem marcado como o pioneiro para soluções das causas da saúde da população brasileira é o médico Oswaldo Cruz. Sua formação ocorre entre 1887 a 1892, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada em 1808, logo após a chegada de D. João

VI. Continua seus estudos numa pós-graduação no Instituto Pasteur, em Paris. No ano de 1899, começa o combate às epidemias que assolavam a população brasileira e paralisavam o comércio externo.

Correlacionar esse contexto brasileiro ao que Foucault (1979) descreve como o início da medicina social europeia ocorre tanto pelo teor destas ações sanitárias como pela influência externa – seja a formação do Oswaldo Cruz, seja a questão dos navios que estavam evitando os portos do Brasil. Precisamos esclarecer isso, pois há uma tendência de criar uma História da Medicina como se ela fosse coesa e sem conflitos internos. No capítulo *Medicina e ciência: as ambiguidades do Rio Grande do Sul*, a historiadora Beatriz Teixeira Weber (1999) relata o conflito entre dois médicos, ambos atuantes no Estado. Sua exposição demonstra que os dois eram antagônicos em relação à maneira como deveriam ser os serviços públicos, mas que, para os anais da História, as disparidades se apagaram. Isso ocorre numa lógica de construir uma imagem de Medicina Institucional.

Estamos nos apropriando dessa lógica, mesmo sabendo que há médicos combativos à perpetuação dessa disparidade entre elite e povo. Porém, o Brasil é um país de grandes desigualdades sociais e seria leviano esconder que parte da Instituição Médica se distancia do povo. Por um longo período, a formação em medicina foi restrita. Com a incorporação do sistema de cotas nas universidades públicas esse cenário começou a mudar. O resultado dessa exclusividade foram cidades de baixo IDH sofrerem com a falta da categoria médica no SUS.

Retomando os conhecimentos populares do interior do país, percebemos a confiança dos indivíduos nas terapêuticas populares tradicionais, ao passo que há certa insegurança em relação às novas práticas que estão se expandindo, devido a seu caráter impositivo. Rodrigues (1999) pontua que as sabedorias populares eram dotadas de milagres, tornando o impossível uma palavra desconhecida: “astrologia, feitiçaria, curas mágicas, adivinhações, profecias, fantasmas, duendes etc. eram possibilitados por essa lógica de um universo magicamente encantado” (p.45). Por séculos, procurar apoio nestas correntes de pensamento era habitual. No Brasil, as práticas médicas se misturam com as tradições populares. Por exemplo, durante todo o período colonial, a medicina estava a cargo de curandeiros, raizeiros, benzedores, donos de boticas, entre outros (GEWEHR et al., 2017).

Há um esforço na legitimação da ciência médica brasileira em construir uma história apagando as divergências com a população, sugerindo que a hegemonia da medicina científica conquistou espaço sem resistência. A Revolta da Vacina é o mais perto de uma demonstração oficializada da dificuldade na aceitação dessas práticas. Essa passagem traz uma exposição do que estamos construindo nesse capítulo:

As justificativas para assumir o discurso científico como possibilidade única de verdade, ao menos desde meados do século XIX, estão profundamente alicerçadas no desenvolvimento da sociedade colonial, por influência europeia, bem como no empenho das elites do país em manter suas condições de controle e privilégio em um contexto no qual os pilares desse modelo social – trabalho escravo, inviolabilidade da vontade dos proprietários de terra e a reprodução de laços de dependência pessoal – estavam entrando em crise (Gewehr et al., 2017, p. 35).

Nesse período, os saberes tradicionais começam a ser classificados como charlatões e a serem vistos como uma representação de subdesenvolvimento econômico. Práticas de cura populares passam a ser entendidas como conduta de pessoas atrasadas e que, para o país ter um processo civilizatório, se fazia necessária a aproximação com a ciência. Um conflito que emerge disso está na confiança da população, que optava por não seguir prescrições dos novos médicos e mantinha contato com as tradições populares, como o exposto pelos relatos dos remédios manipulados nos boticários (GEWEHR et al., 2017).

Por mais que tenha ocorrido a desoficialização destes profissionais no começo do século XIX, como a relação da população com essas práticas se mantém ativa, essa ação estatal não determinou o fim de tais terapêuticas. A legitimidade da medicina, até então uma nova área de conhecimento, perante a sociedade, era frágil. De forma geral, a população optava por recorrer às outras práticas também, isto é, ir ao médico e procurar o curandeiro não oficial (GEWEHR et al., 2017).

Autores que aprofundam a questão sobre legitimidade de discurso de terapêuticas tradicionais e da biomedicina evidenciam que o atual aumento na procura pelas práticas integrativas ocorre pelo olhar holista sobre o corpo. Esse debate será elaborado mais adiante, mas é importante ressaltar que a biomedicina, ao se aproximar da ciência química e física, se afastou da ciência humana e, para avançar seus estudos, fragmentou o corpo em partes. As práticas de cura tradicionais buscam olhar o sujeito como um todo e, por tal motivo, se associam a ideias integrativas, de que o humano é indivisível.

A entrada da medicina científica no Brasil lida com concessões para com as outras práticas. Abolir na oficialidade, transformar em ilegal não faz tais tradições sumirem do imaginário coletivo. A população continua a validar tais sistemas e, portanto, a medicina que se firma no país passa por sincretismos terapêuticos (GEWEHR et al., 2017). Isso se apresenta tanto em situações por parte dos doentes, que ao procurar ajuda optam por ir aos médicos, mas também ir aos curandeiros, como na terapêutica médica do país que, por vezes, de forma não oficial, se utiliza de sabedorias populares, como ao indicar um chá de ervas.

Para poder conceituar quais são as tais práticas existentes no país no final do século XX, começo do século XXI, a autora Madel Luz (2005), no artigo *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*, organiza em três grandes grupos as terapêuticas tradicionais existentes na América Latina, incluindo o Brasil. Os grupos são: medicina tradicional indígena, medicina afro-americana e medicinas alternativas, que englobam as orientais.

A autora faz parte do rol de estudiosos que estão debatendo o crescimento de terapias alternativas, paralelas à medicina institucionalizada, a partir da década de 1970. Inúmeras pesquisas indicam que o final do século XX é marcado pela retomada de práticas tradicionais nas oficialidades. Estes estudos sugerem que o alto grau de fragmentação do corpo da medicina científica vai intensificar a procura por práticas terapêuticas populares.

O cenário que estamos estabelecendo apresenta confronto de saberes. É preciso lembrar que, mesmo de forma não oficial, tais práticas continuaram a existir e a serem procuradas pela população. Obviamente que estar fora da oficialidade tem seu custo, e tais terapêuticas se tornaram marginalizadas.

O que vem a ser a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) tenta englobar diversos setores das três grandes tradições – indígena, afro-americana e alternativa –, que Madel Luz (2005) categorizou. Em um esforço imagético e reducionista, o programa de Fitoterápicos pode ser classificado no primeiro e no segundo grupo, ao passo que a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) se encontra no terceiro grupo. Ambas as terapêuticas estão presentes desde a primeira portaria desta política.

O artigo *A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memória de desafios e lutas* (ROCHA et al. 2015) traz elementos produtivos ao debate. Os historiadores utilizam da metodologia de História Oral para entrevistar dez acupunturistas, médicos e não médicos, que atuavam no início da oficialização da prática.

A prática da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) inicia-se com a vinda de imigrantes chineses em 1810 e se fortalece com a chegada dos japoneses, em 1908. Nesse primeiro momento, se restringia aos seus conterrâneos. Na década de 1950, o fisioterapeuta Friedrich Spaeth, difunde a prática em aulas na cidade de São Paulo e do Rio de Janeiro. Após essa propagação de conhecimentos, no ano de 1972 já existem acupunturistas se organizando, através da criação da Associação Brasileira de Acupuntura (ROCHA et al, 2015, p. 156).

De acordo com os historiadores, os relatos dos entrevistados apontam que a década de 1970 foi marcada por resistência à prática da acupuntura por parte dos Conselhos de Medicina, que a classificaram como uma prática de ‘charlatães’. Durante a década de 1980, as

organizações, as associações, as ONGs, isto é, os movimentos sociais pressionam as instituições médicas para uma abertura para as terapêuticas alternativas. Em 1986, a Declaração de Veneza²³ marca uma nova visão, na qual a ciência e a tradição são vistas como complementares:

O conhecimento científico, devido a seu próprio movimento interno, chegou aos limites em que pode começar o diálogo com outras formas de conhecimento. Neste sentido, reconhecendo as diferenças fundamentais entre a ciência e a tradição, constatamos não sua oposição, mas sua complementaridade. O encontro inesperado e enriquecedor entre a ciência e as diferentes tradições do mundo permite pensar no aparecimento de uma nova visão da humanidade, até mesmo num novo racionalismo, que poderia levar a uma nova perspectiva metafísica. Recusando qualquer projeto globalizante, qualquer sistema fechado de pensamento, qualquer nova utopia, reconhecemos ao mesmo tempo a urgência de uma procura verdadeiramente transdisciplinar, de uma troca dinâmica entre as ciências "exatas", as ciências "humanas", a arte e a tradição (UNESCO, 1986).

No Brasil, durante a década de 1980, os Conselhos de Classe iniciam o reconhecimento da terapêutica da acupuntura. O primeiro a oficializar a prática foi o Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em 1985; no ano seguinte, o Conselho de Biomedicina faz o mesmo; em 1991 é criada a Federação Nacional de Profissionais de Acupuntura, Moxa-combustão, Do-In e Quiroprática; em 1995, o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem reconheceram o ofício; em 2000, o Conselho Federal de Farmácia; em 2001, o de Fonoaudiologia; e em 2002, o Conselho Federal de Psicologia (ROCHA et al, 2015, p 157).

Por mais que o Conselho Federal de Medicina só tenha reconhecido o ofício de acupuntura em 1995, desde a criação da Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) já existem relatos de polêmicas sobre qual seria o profissional apto a exercer tal função. Em 1984 é fundada a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, uma dissidência da primeira associação, que não concordava com o conceito disseminado pela ABA de que profissionais não médicos pudessem atuar como acupunturistas (ROCHA et al, 2015, p 159).

De acordo com um médico entrevistado, a problemática se centra em qual é a formação adequada para a execução da prática. Como não há uma regulamentação maior da acupuntura que defina a qualificação mínima para a atuação dessa prática, o profissional de outra área da saúde, em que não tenha no seu Conselho a oficialização dessa terapêutica, não responde a nenhuma categoria maior pelos seus atos, dando abertura ao 'charlatanismo' (ROCHA et al, 2015, p 159).

²³<http://unesdoc.unesco.org/images/0006/000685/068502por.pdf> Acessado em 11/05/2018.

Outro médico entrevistado esclarece que, nos primeiros eventos promovidos pela Associação Brasileira de Acupuntura, havia uma forte presença de médicos, porém o caráter de tais eventos era multiprofissional. Em sua fala explicita que a dicotomia entre médicos e não médicos ocorre porque não há concordância na organização do campo como um todo. Assim como ele, outros médicos entendem que acupuntura não deveria se restringir a médicos (ROCHA et al, 2015, p 159).

Os historiadores relacionam a falta de regulamentação da acupuntura com a inexistência da regulamentação da própria medicina. Entrevistados observam que a medicina é uma profissão que não tem definições claras sobre suas competências. Os que são contrários a acupunturistas não médicos apresentam a certeza sobre a medicina ocidental ter prerrogativa acerca do diagnóstico e da definição de tratamento, enquanto os que são favoráveis organizam sua fala em cima da argumentação de que são formas distintas de diagnóstico, com estruturas próprias de pensamento, e que o tratamento pode ocorrer mesmo sem o parecer da medicina institucional. Por tocar nas questões de regulamentação da acupuntura e da própria medicina, o Ato Médico foi um ponto tratado nas entrevistas (ROCHA et al, 2015, p 162).

No artigo, o Ato Médico é apresentado como um projeto de lei. As entrevistas ocorreram antes da definição final da lei, datada de 2013. Para os entrevistados, há os que compactuam com a parte que define a medicina como a única apta a inserção de agulhas, sendo que outros interpretam que esse ponto estaria inadequado, pois invade outras categorias, e que isso acarretaria problemas que não se limitam ao caso da acupuntura. O Ato médico oficializou o exercício da medicina através da Lei Nº 12.842²⁴, em 10 de julho de 2013. O item sobre a inserção de agulha ser prioridade da medicina foi vetado pelo poder Executivo Federal, seguindo a lógica de que invade a competência de outros profissionais.

Vamos nos concentrar na parte em que os entrevistados se dedicam a relacionar a problemática de um não-médico aplicar agulhas e qual seria o risco que este profissional poderia ocasionar à vida do paciente. O debate começa com a questão de se o método é invasivo ou não. Há certo consenso de que, quando se trata de MTC, estamos lidando com campo energético, o que implica a utilização das agulhas de forma a ficarem na camada mais superficial da pele, portanto, uma aplicação não invasiva (ROCHA et al., 2015).

Os entrevistados então caminham para os termos da biomedicina, explicitando que o maior risco da aplicação de agulhas se daria em inserções na região torácica, com a possibilidade de ocasionar um pneumotórax. Esse termo é utilizado para quando há a entrada

²⁴<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=591290&id=14371425&idBinario=15612938&mime=application/rtf> Acessado em 12/05/2018.

de ar em membranas que envolvem pulmões, existindo duas maneiras de o fenômeno ocorrer. A primeira seria espontânea, isto é, em qualquer momento e sem causa explicativa. A segunda ocorre com perfurações no corpo decorrente de acidentes com objetos pontiagudos. Mesmo que estejamos falando de uma utilização de agulha na parte mais superficial da pele, o pneumotórax é uma possibilidade de acidente dessa técnica. Um médico entrevistado expõe que:

Existe também o risco de pneumotórax, até hoje a maioria foi causada por médicos; na realidade grande parte dos acidentes por acupuntura foi causado por médicos... Mas infelizmente não mencionam isso, assim como esquecem de dizer que a incidência de problemas decorrentes do uso de acupuntura é insignificante (ROCHA et al. 2015, p. 161).

Há de se considerar que os canais de meridianos da MTC, onde se localizam os pontos em que são aplicadas as agulhas, estão em todo o corpo. Isso possibilita a realização de sessão de acupuntura sem utilizar nenhuma agulha na região do tronco, optando por aplicações apenas em pontos que se localizam nos membros. Outra questão, já suscitada, é que a inserção da agulha é de milímetros, isto é, superficial, não invasiva, se localizando na parte mais externa da pele.

O médico que argumentou sobre a incidência de problemas ser insignificante, em outro momento de sua fala utiliza-se de dados para exemplificar. Em seu cálculo, explica que houve 300 acidentes publicados durante a década de 1980, e, para não ser leviano, dobra este número, por considerar que nem todos publicam as falhas. Dividindo pelos 10 anos, seu cálculo termina em cinco casos por mês. Neste momento exalta:

Quantos bilhões de inserções estão sendo realizados neste momento [...]? Quantos casos de infecção hospitalar estão acontecendo neste momento [...]? Quantos casos de erros médicos estão acontecendo agora [...]? Quer dizer, é um argumento falacioso, sórdido, mentiroso... (ROCHA et al, 2015, p. 161).

Por fim, retoma que o maior risco não está na inserção da agulha e a problemática do pneumotórax, e sim na negligência quanto à esterilização, que pode ocasionar infecções e transmissão de doenças. Partindo da displicência de ordem sanitária, os entrevistados levantam o ponto de que sem regulamentação não há controle e que qualquer pessoa, inclusive leigos, poderiam comprar agulhas e fazer a aplicação: “Regulamentação da acupuntura tem também um lado positivo, pois não deixa que o curioso exerça a função porque ele vai ficando cauteloso” (ROCHA et al, 2015, p. 161).

Esta fala se conecta com o que Toniol (2015) chama de práticas esotéricas. Existe uma lógica que organiza essa forma de pensamento, o ‘curioso’ em questão pode tanto ser um leigo quanto uma pessoa que está dentro de conceitos não oficiais das práticas esotéricas. Quando o autor enaltece que as PIC’s estão deslocando as práticas de um universo próprio para a oficialidade, ele ressalta que isso é uma aproximação com o campo da medicina legítima.

Uma médica entrevistada apresenta preocupação com a acupuntura se tornar ‘receita de bolo’. Sua fala subentende que apenas um médico seria capaz de obter um diagnóstico exato, objetivo, enquanto o produzido pela MTC prioriza os sintomas e isso gera ‘receitas de bolo’. Para o que estamos construindo com essa pesquisa, poderia ser interessante propor a inversão desta fala.

A MTC prioriza o relato do paciente, sendo que a percepção de seus sintomas e a história da doença dá a base para o diagnóstico. Isso ocorre dentro de uma lógica própria, com teorias que fundamentam a motivação por essa escolha. A inversão que propomos é de pensar sobre os atuais termos da política, em que essa prática é complementar. Se, para atuar, for necessário ter respaldo do diagnóstico de uma racionalidade médica que não seja própria, isso pode abrir precedente para o que a médica está intitulando de ‘receita de bolo’, pois a doença a ser tratada não será a que a MTC diagnostica, mas a que a medicina institucional aceita e, portanto, a decisão de qual é o tratamento adequado se torna uma ‘receita de bolo’.

Apesar de todos os conflitos acerca da regulamentação da acupuntura, durante oito anos, entre 1998 e 2006, esta prática se fez presente no SUS através do código de consulta médica. A entrada dessa terapêutica se inicia antes da PNPIC e, no primeiro contato entre a MTC e o SUS, não foi permitido que outros profissionais da saúde, com habilitação em acupuntura, exercessem essa função, apenas médicos.

De acordo com o levantamento feito por fisioterapeutas para o artigo *Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não médicos* (SANTOS et al. 2009), até o ano de 2006, 2% dos municípios contavam com a prática de acupuntura no SUS. Em 2007, após a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, os atendimentos dessa prática começam a ocorrer através de profissionais não médicos, implicando em um aumento de 30% nos atendimentos registrados pelo SUS com essa terapêutica.

O panorama que construímos nessa sessão foi para demonstrar que há aproximações e distanciamentos entre a medicina institucionalizada e as práticas médicas chinesas. Um ponto a se destacar é que, quando se faz necessário tomar um posicionamento, o termo

‘complementariedade’ é um grande recurso. Por exemplo, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica²⁵ em defesa da MTC, quando o Ato Médico havia sido aprovado pelo Legislativo e estava encaminhado para o Executivo, isto é, antes do veto acerca da inserção de agulhas.

O documento afirma que as práticas da PNPIC “não substituem as técnicas da medicina ocidental, sendo complementares a elas, não se evidenciando a existência de qualquer prejuízo aos profissionais médicos” (Ministério da Saúde, 2013, pag. 2). Dentro da PNPIC, a acupuntura se localiza no grupo maior intitulado Medicina Tradicional Chinesa (MTC), provando que, mesmo com toda a dificuldade sobre a utilização do termo ‘medicina’, essa prática utiliza tal nomenclatura.

1.3 Projetos educacionais no SUS e a entrada da Auriculoterapia em Londrina

O recorte desta pesquisa analisa a entrada da Auriculoterapia no SUS/Londrina, para tanto, essa sessão será dedicada a conhecer o município através de um breve histórico das políticas públicas que envolvem saúde na cidade.

Localizada no noroeste do estado do Paraná, fundada em 1934 e com uma população atual estimada em 500 mil habitantes, Londrina é considerada um importante pólo regional. Sua história se inicia com a chegada da Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP), e os registros produzidos pelo livro *Assistência à Saúde em Londrina* relacionam a criação desta com a chegada do serviço médico, pois foi uma prerrogativa do contrato com o Estado a criação de assistência à saúde local. Em 1932 foi criado o primeiro hospital (GAWRYSZEWSKI, 2014, p. 22).

Em março de 1936 começou a campanha Pró-Hospital, pois a chegada da CTNP proporcionou um crescimento populacional em níveis exponenciais. Neste ano nasce a Sociedade Beneficente Santa Casa, que, em 1944, conquista a abertura do Hospital Santa Casa de Misericórdia. Neste momento já era mais consolidada a presença da medicina no município, e algumas doenças epidêmicas já haviam sido enfrentadas e controladas, como tuberculose, febre tifoide e febre amarela (*idem*).

Até o final de 1960, os serviços de saúde estavam pautados na atenção médico-hospitalar, marcada por uma divisão entre prevenção e ações para cura. Em 1969, a prefeitura, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina, inicia a descentralização desse

²⁵http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_acunputura.pdf Acessado em 13/05/2018.

serviço, através da construção das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na década de 1980, o município já contava com 26 UBS, fruto da articulação de sanitaristas e de movimentações populares em prol dos serviços de saúde.

Em 1995 Londrina foi um dos primeiros municípios brasileiros a se credenciar na gestão semiplena de saúde e, neste mesmo ano, um saldo positivo foi deixado pela gestão na área de saúde: elaboração do Plano Municipal de Saúde; criação de um sistema integrado de informações em saúde, criação de um sistema informatizado de prontuários, agendamento e exames; implantação de um sistema de geoprocessamento; oficinas de planejamento estratégico nas unidades de saúde; implantação dos programas de AIDS; implantação do NAPS e do PSF (LOTTA, 2006, p.81).

Gabriela Lotta construiu sua carreira atuando em temas como políticas de saúde, formulação, implementação, avaliação e gestão de políticas públicas, entre outros. Para a realização de sua dissertação de mestrado *Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas*, a cientista política colheu dados em dois municípios: Sobral (CE) e Londrina (PR). Sua intenção foi compreender a situação da cidade do Ceará e, para tanto, propôs trazer ao debate o município de Londrina, em razão das “inovações que o município historicamente teve com o Programa Saúde da Família” (LOTTA, 2006, p.14).

Atualmente, este programa se intitula Estratégia Saúde da Família²⁶ (ESF), e caminha de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, equidade e integralidade -, consolidando a Atenção Básica. A equipe de Saúde da Família é multiprofissional e inicia seus trabalhos com um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. A composição pode agregar outros profissionais.

O Programa Saúde da Família é ancorado no conceito de saúde, definido como bem-estar físico, mental e social. As ideias defendidas pelos órgãos nacionais (Ministério da Saúde, SUS) e internacionais (ONU, OMS) influenciaram na tomada de ação em investimentos para uma medicina preventiva, comunitária e integral. A ação dos agentes comunitários é fundamental, pois eles realizam o caminho entre o serviço de saúde e as famílias, além de que estimulam a comunidade a se envolver com os programas voltados à saúde (Lotta, 2006).

²⁶http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php Acessado em 06/09/2018.

O trabalho da cientista política se dedica à presença do agente comunitário, sendo que a este profissional são atribuídas as funções de: realizar mapeamento de sua área de atuação; cadastrar e atualizar as famílias no Sistema de Atenção Básica; identificar situações de risco; realizar visitas mensais às famílias sob sua responsabilidade; desenvolver ações básicas de saúde; promover educação em saúde e mobilização comunitária; fomentar conselhos locais de saúde; orientar as famílias para a utilização dos serviços de saúde; criar um canal de conexão entre os membros da equipe de saúde e a comunidade e participar do processo de programação e planejamento local. Devido ao teor de suas funções, o Agente Comunitário precisa ser uma pessoa que reside na área de atuação para que possa participar da dinâmica local (LOTTA, 2006).

A existência de um ator político local está inserida em grandes mudanças estatais, que priorizam a descentralização das ações, fortalecendo laços com a sociedade e redistribuindo o poder. O resultado é uma democratização da relação entre Estado e sociedade, porque promove o acesso aos serviços de saúde. O agente comunitário proporciona o intermédio entre o discurso dos profissionais da saúde e o dos usuários. A cientista política se dedicou a Londrina e chama atenção para particularidades como, por exemplo, os Agentes Comunitários do município apresentam alta escolaridade, com terceiro grau completo, não muito comum para esse cargo.

Londrina tem 11 instituições para formação de nível superior, o que possibilita à cidade ser referência quanto à escolaridade. O IDH da cidade é de 0,778 (IBGE, 2010²⁷), considerado um bom índice em relação ao nacional, de 0,699 (ONU, 2010²⁸). Por estarmos tratando de dados, os relativos à infraestrutura e saúde podem ser relevantes para esta pesquisa²⁹. De acordo com informações municipais: 100% das residências recebem abastecimento de água³⁰ e 85,2% dos domicílios estão conectados à rede de esgoto (IBGE, 2010); existem 133 estabelecimentos de saúde espalhados pelo município (IBGE, 2014). Outro dado pertinente é o índice de internações por diarreia: 0,6 a cada mil habitantes (IBGE, 2014³¹), uma informação usada para analisar o saneamento básico, de maneira que este índice coloca Londrina entre as cidades com alto desenvolvimento na área.

²⁷ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/pesquisa/37/0>. Acessado em 10/09/2018.

²⁸ <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/idh-brasil.htm>. Acessado em 10/09/2018.

²⁹ Os dados de 2010 são do Censo, alguns dados são de 2014, pois a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar Contínua promove dados entre os Censos.

³⁰ http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/gabinete/PMSB/abastecimento_agua_03_10.pdf Acessado em 10/09/2018.

³¹ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>. Acessado em 10/09/2018.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde³² 2018-2021 de Londrina, as Práticas Integrativas estão sendo implementadas através das equipes multiprofissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O documento tem uma sessão específica sobre Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura e Auriculoterapia (p. 118), em que descreve que houve a capacitação, a qual proporcionou a entrada da terapêutica em 10 Unidades de Saúde. Para os próximos anos, existe a intenção de o tratamento ser disponibilizado em outras unidades³³, totalizando uma ampliação de 120% da técnica de Auriculoterapia nas Unidades de Saúde do município.

O NASF foi criado em 2008, através da portaria nº 1.150³⁴, com o objetivo de consolidar a Atenção Básica do SUS, e é composto por equipes multiprofissionais, buscando atuar conjuntamente às equipes de Saúde da Família, às equipes de Atenção Básica e do Programa Academia da Saúde. A atuação do núcleo permite discutir casos clínicos, construir projetos terapêuticos para ampliação das intervenções, assim como participação nas Unidades de Saúde e nas visitas domiciliares.

Atualmente o NASF é regulamentado pela Portaria nº 2.488³⁵, de 21 de outubro de 2011, com diversas categorias profissionais³⁶. O NASF desenvolve ações junto à comunidade nas datas comemorativas, visitas domiciliares, atendimento individual em casos específicos, fisioterapia especializada e outras atividades, entre elas, a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades de Saúde. O núcleo é responsável por coordenar as atividades em grupo e, de acordo com o Plano Municipal de Saúde³⁷, o NASF organiza doze Grupos de Apoio³⁸.

³²http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2018_2021.pdf Acessado em 18/08/2018.

³³ Centro, Carnasciali, Vila Nova, Guanabara, Vila Ricardo, Vila Brasil, Jardim do Sol, Panissa, Tóquio, Bandeirantes, Alvorada, Vivi Xavier, Ernani, Pizza, San Izidro, Maravilha, Guaravera, Três Bocas, São Luís, Irerê, Eldorado e Aquiles.

³⁴http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1150_09_06_2008.html Acessado em 16/08/2018.

³⁵http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acessado em 16/08/2018.

³⁶ Médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista, médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação – arte educador –; e profissional de saúde sanitaria, que se refere ao profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou profissional graduado diretamente em uma dessas áreas.

³⁷http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2018_2021.pdf Acessado em 18/08/2018.

³⁸ Grupo de combate às dores crônicas, Grupo de Controle e Combate ao Tabagismo, Grupos de Gestantes, Grupo de Reeducação Alimentar, Grupo de apoio a Saúde Mental, Grupos de Prática

Pudemos entrevistar uma profissional que atuou por dois anos no Grupo de Apoio, na área da Saúde Mental. Sua fala expõe que, no caso do seu setor, atendimentos individuais ocorriam apenas em situações excepcionais. Seria para o usuário do SUS que apresentasse uma demanda específica, a qual não se enquadrasse nos grupos existentes ou, caso após algumas atividades coletivas, houvesse uma indicação de que o paciente necessitava de uma atenção diferenciada a que estava recebendo.

De acordo com a sua fala, o NASF é a parte da rede do SUS responsável por realizar o matriciamento. A profissional explicou que o matriciamento é a ligação do usuário com a rede do SUS. O exemplo utilizado foi de que, se uma pessoa na UBS está com um problema dentário, o matriciamento realiza a conexão entre esse paciente com o setor de odontologia. O papel fundamental do NASF é conectar o usuário com a rede de serviços disponíveis no SUS.

Quando questionada sobre o que é a oficina de matriciamento, a profissional explicou que elas ocorrem para fomentar encontros. Exemplificou com sua antiga área de atuação, explicando que ela precisava se comunicar com a rede para saber onde estavam os usuários que necessitavam de sua atuação e que as oficinas tinham esse papel, de unir funcionários de diversos setores do SUS e veicular as informações, promovendo a ligação de cada paciente ao profissional adequado para o caso. Nas palavras da entrevistada: “O NASF é realmente responsável pelo matriciamento, por fazer as ligações, abrindo a comunicação entre a própria rede e entre o usuário e a rede”.

Há uma propensão maior de a entrada da Auriculoterapia ocorrer através da Atenção Básica. Este é o primeiro nível de atenção à saúde e é caracterizado por um conjunto de ações, abrangendo promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnose, tratamento, reabilitação, redução de danos, isto é, ações que objetivam impacto real na saúde da população.

O sistema está estruturado por níveis de atenção³⁹, no intuito de fomentar a política de descentralização e promover o atendimento adequado ao que o usuário necessita. A atenção primária é responsável pela promoção de saúde e prevenção de doenças. A secundária se encontra dentro das Unidades de Pronto Atendimento e hospitais, pois é o momento de intervenção, onde haverá procedimentos imediatos. A terciária ocorre em hospitais de grande complexidade, pois envolve os casos de risco à vida do usuário.

corporais e atividades físicas, Grupo de Pais e Filhos, Grupos de Alongamento, Grupo de Estimulação cognitiva, Grupos de dançaterapia, Grupos de estímulo a práticas corporais para redução do sedentarismo e alimentação saudável e Grupos de Hipertensão e Diabetes.

³⁹<http://www.mv.com.br/pt/blog/entenda-os-3-niveis-de-atencao-a-saude-possiveis-no-brasil> Acessado em 14/05/2018.

A opção de entrada da Auriculoterapia em Londrina ocorre na Atenção Básica, nos Grupos de Apoio das UBS, através do NASF. Em sua maioria, essa atividade é centrada em doenças crônicas, sendo que algumas estão dentro do que o curso de capacitação em Auriculoterapia chamou de doenças com sintomas “inexplicáveis”, que não se encaixam nos diagnósticos de saberes biomédicos.

Silva e colaboradores (2014) analisam o curso de Especialização em Saúde da Família, o qual foi proposto após discussões sobre a necessidade de uma capacitação para “Grandes Endemias”, voltado para o controle dos agravos da malária, leishmaniose, doença de Chagas e febre amarela. Havia a preocupação de organizar um formato que articulasse as particularidades de cada região, com a finalidade de preparar as equipes para lidar com os problemas que ocorrem em seu território. O curso voltado às “Grandes Endemias” não ocorreu com este nome, mas foi o início do que veio a ser a Especialização em Saúde da Família.

De acordo com Ana Maria Canesqui (2011), a entrada das ciências humanas na formação da pós-graduação das áreas de Saúde foi exitosa. O curso analisado por Silva e colaboradores (2014) é uma representação desse encontro entre conhecimentos, pois demonstram que a capacitação foi elaborada para doenças marcadas pela falta de saneamento básico, para tanto, viabilizou estudos sobre prevenção com atuações concretas na sociedade, característica marcante das ações do Programa Saúde da Família (PSF).

Essas doenças ainda são presentes nas regiões do país onde o saneamento básico é incipiente, mas outras doenças começam a ganhar patamar endêmico e ser alvo de políticas públicas, como as doenças crônicas. Entre as possibilidades existentes para esses usuários do SUS, os Grupos de Apoio têm sido uma tendência para lidar com tal situação. Possibilitar a capacitação em Auriculoterapia é um caminho viável de construir estratégias para ampliar o atendimento a esses casos, pois permite o acesso de outras terapêuticas às necessidades desse perfil de usuário.

No caso das doenças crônicas, um desafio para a Saúde Coletiva, Canesqui (2007) mostra como o conceito de “cronicidade” é utilizado pela biomedicina aos estados clínicos em que há impotência na “cura”. *A priori*, o binarismo se formaria entre “agudo” e “crônico”, mas com o passar dos anos tal definição não conseguia abranger as dinâmicas do adoecimento, sendo crônicas as “condições de saúde que podem ser gerenciadas, mas não curadas, apresentando sintomas contínuos ou periódicos, que (...) podem interferir em várias dimensões da vida do adoecido e seu entorno” (CANESQUI, 2007, p. 20).

Ao tratar desse condicionamento da cronicidade, a cientista social aborda que doenças adentram numa dimensão sociocultural. Para entender a enfermidade, representá-la e lidar com ela, haverá um constante movimento de adequação do indivíduo com o contexto em que ele está inserido. Além disso, o convívio social precisa reconhecer as reações orgânicas daquele corpo como uma manifestação de enfermidade (CANESQUI, 2007).

A doença é um código que transita entre o ser individual e o meio social; no caso das crônicas, que dura um longo período e uma grande readaptação da vida para a convivência com o quadro da enfermidade, o aspecto social se torna de extrema relevância. O ponto é a dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de distinguir os níveis individual e social no adoecimento, pois, por mais que ele ocorra no íntimo da pessoa, a sua presença, até certo ponto, se localiza no universo mais amplo do que o corpo (CANESQUI, 2007).

Muitas doenças requerem a reaprendizagem corporal, envolvendo a proteção do corpo, a adoção de medidas preventivas, a submissão às tecnologias, as alterações estéticas, questões morais, bem como a adoção de regimes médicos, de novas dietas. Isso tudo pode ter repercussão no self e na própria identidade da pessoa. A construção da doença envolve a identificação de sensações diferentes ou alterações na aparência corporal, o que torna o corpo não familiar, impondo perda do seu controle pela pessoa (CANESQUI, 2007, p. 27).

Ao trazer códigos como *self*, a autora sugere que o trabalho acerca dos estigmas de Erving Goffman (1963) pode auxiliar na análise do tema. Traz alguns exemplos que demonstram o estigma como uma sensação presente no discurso do adoecido, como o estudo com pessoas que sofrem de ataques epiléticos. Os pesquisados indicaram que sentiam vergonha por essa doença ter uma manifestação inesperada e dramática. Após assimilarem as situações iniciais, passavam a internalizar valores sociais sobre serem diferentes, pois podem passar outras crises epiléticas em público (CANESQUI, 2007).

A literatura que utiliza dessas contribuições do estigma demonstra que há doenças que provocam mais ojeriza social, por ter, entre seus sintomas, odores ou comprometimento corporal (CANESQUI, 2007). Estigma é um conceito acerca de sinais, marcas, manifestações corporais que evidenciam algum aspecto moral pejorativo. O portador do estigma convive com um registro que propõe ao olhar do outro atribuir algum valor predefinido por categorias sociais (GOFFMAN, 2004⁴⁰).

Uma doença estigmatizada pode ser pensada como mutável, pois algo julgado como pejorativo muda no tempo e nos espaços junto à sociedade. Por exemplo, a lepra é uma

⁴⁰ Autor: Erving Goffman Título: Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada Tradução: Mathias Lambert Data da Digitalização: 2004. Data de publicação original: 1891.

doença reconhecida como estigmatizante, pois provoca deformidades e úlceras na pele, e, por um longo período, foi tratada pelo cunho religioso, vista como praga divina. A lepra obrigava seus portadores a se afastarem da sociedade, mas atualmente isso está mudando, pois existe um tratamento com alto índice de cura e um amplo combate aos preconceitos, culminando inclusive na mudança do nome da doença, que passou a se chamar Hanseníase.

De acordo com Canesqui (2007), os que utilizam desse conceito indicam que mesmo doenças que não provocam marcas podem levar ao isolamento social, como é o caso de famílias com membro diagnosticado com Alzheimer que, para evitar situações constrangedoras, preferem diminuir os contatos sociais. Trouxemos esse conceito por auxiliar pensar sobre doenças, porém não é referência para o que estamos elaborando, apenas confirma que enfermidades podem levar ao isolamento social.

Situações em grupo produzem narrativas próprias de como se dá a interação diária com a enfermidade, ampliam o entendimento sobre suas características e produzem boas reflexões com as preocupações sobre a qualidade de vida. Um ponto relevante da atuação através dos grupos é que essa modalidade rompe com a centralidade da explicação do enfermo pela biomedicina, pois a narrativa ganha outras perspectivas e diminui a submissão àquele quadro, até então, diagnosticado como estático (CANESQUI, 2007).

A entrevista com a profissional que atuou no SUS tocou nessa relação da construção de um apoio através das ações coletivas. Sua atuação era com tabagistas, alcoólatras e narcóticos. De acordo com sua exposição, quando um dos participantes do Grupo passava por uma recaída, isso refletia nos outros, os levando a retomarem o uso. Sua explicação é de que havia uma ligação profunda entre os participantes do Grupo de Apoio e, se um consumisse novamente, enfraquecia o todo. Isso não diminui sua avaliação dos Grupos de Apoio, explica que isso está relacionado à área em que atuou, mas que percebia que havia melhora em quadros clínicos e indicou que a força do grupo é responsável pelo progresso.

A criação de Grupos de Apoio é um meio de garantir ao adoecido crônico a possibilidade de conexão com o outro, quebrando o distanciamento com a sociedade a partir do compartilhamento de experiências com outras pessoas que dividem sofrimentos relacionados à saúde. Os profissionais da saúde têm se aproximado desta modalidade de apoio, pois propicia uma nova condição a um quadro estático. A Auriculoterapia tem tido sua entrada no SUS nessas atividades coletivas e serve ao propósito de complementar a atenção e os cuidados à saúde dos adoecidos.

Capítulo 2. ENCONTRO ENTRE O ORIENTE E O OCIDENTE ATRAVÉS DA AURICULOTERAPIA

Esse capítulo se dedica aos dados coletados no material produzido para a etapa à distância na *Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica*. O Ministério da Saúde oferta cursos através do Departamento de Atenção Básica, ou de instituições parceiras. A capacitação em Auriculoterapia ocorreu numa associação com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A existência desse curso voltado para os profissionais de saúde da Atenção Básica é um meio de efetivamente iniciar a implementação da PNPIC, ampliando o direito à igualdade e à diferença na área da saúde, um princípio do SUS.

A Auriculoterapia é uma opção de tratamento da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e tecnicamente se baseia na estimulação de pontos localizados na orelha através de esferas. A partir de 2016, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) iniciou a promoção do curso semipresencial para Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica⁴¹. A organização desse curso se deu através de um convênio com o Ministério Saúde, através da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, com o objetivo de capacitar profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica do SUS.

O curso é promovido no intuito de aumentar as possibilidades de tratamentos nos atendimentos do SUS, podendo ser utilizado tanto em atendimentos individuais quanto em coletivos. A Auriculoterapia pode ser o tratamento principal, porém habitualmente é usado como apoio a outras terapêuticas. Na apresentação do curso é explicitado que, dentre os argumentos para que esta técnica seja contemplada a entrar nos atendimentos, estão: os baixos efeitos colaterais, a significativa eficácia, o baixo custo nos materiais e a simplicidade da técnica.

Cada edição do curso é aberta para 1000 inscrições, em diferentes estados do país, sendo a etapa presencial promovida em municípios-polo regionais⁴². Nos últimos dois anos foram realizadas quatro edições abrangendo 12 estados. O Paraná não tinha município-polo,

⁴¹ <http://auriculoterapiasus.ufsc.br/> Acessado em 21/05/2018.

⁴² Belo Horizonte (MG), Belém (PA), Florianópolis (SC), Goiânia (GO), Manaus (AM), Marabá (PA), Montes Claros (MG), Niterói (RJ), Palmas (TO), Petrolina (PE), Recife (PE), Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ), Santa Maria (RS), Santarém (PA), Santo André (SP), São José do Rio Preto (SP), São Paulo (SP), Rio Branco (AC) e Teresina (PI).

mas mesmo assim Londrina esteve presente em 2017, realizando essa etapa na UFSC, permitindo a formação de 26 profissionais.

O curso está dividido em duas etapas, a primeira, à distancia, com carga horária de 75 horas e a segunda, presencial, com carga horária de 5 horas. A primeira etapa é classificada como autoinstrucional, enquanto a segunda é chamada de preceptoria⁴³, que possibilita pôr em prática o que foi elaborado teoricamente nos módulos. Para esta pesquisa, foi possível ter acesso ao material utilizado na primeira fase do curso.

O primeiro módulo se inicia com o processo histórico da presença das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS e uma breve introdução sobre a Auriculoterapia. Os três módulos a seguir contemplam três abordagens dessa técnica: Reflexologia, Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Biomedicina. Cada módulo se dedica a uma dessas racionalidades terapêuticas, organizando como é a condução para diagnosticar e definir tratamento. O último módulo se dedica a sistematizar como pode ser realizada a entrada desta prática nos atendimentos do SUS.

Entre os objetivos expressos no documento, é esperado que, ao final do curso, o profissional seja capaz de compreender o indivíduo como um sujeito ativo e corresponsável no processo de equilíbrio entre saúde e doença; conhecer os princípios da MTC e agregar esses conhecimentos à biomedicina; discutir e planejar a inserção da Auriculoterapia como terapia complementar em atendimentos individuais e em grupos. Importante salientar que logo nas primeiras páginas do material é determinado que a técnica deve participar de forma a integrar e complementar a biomedicina.

O primeiro módulo se dedica a apresentar o movimento histórico da existência das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS e expõe a questão sobre a nomenclatura. Logo nas primeiras palavras sobre o que são as práticas, o texto afirma que, no Brasil, o que se entende por PIC é chamado pela literatura científica internacional de Medicina Alternativa Complementar. Não havendo o consenso sobre a nomenclatura adequada, explicita que estas se referem ao conjunto heterogêneo de saberes e práticas agrupadas por um ponto em comum, qual seja, o não pertencimento aos saberes conhecidos como medicina convencional hegemônica. Para tanto trazem a classificação do que seria biomedicina:

Termo cunhado inicialmente pela antropologia, para designar a “medicina ocidental contemporânea”, “medicina científica” ou “medicina alopática”,

⁴³ Na área da saúde, são chamados de preceptores os profissionais responsáveis em habilitar estudantes no atendimento ao público.

no intuito de destacar sua posição dominante e estabelecida no mundo atual e seus princípios epistemológicos, baseados no paradigma positivista e nos fundamentos biológicos das doenças. Usado hoje em várias áreas e disciplinas (UFSC, 2016, MÓDULO I, p. 16).

Informado o que é a biomedicina, foi possível elaborar as três nomenclaturas presentes quando se fala das PIC: alternativas, complementares e integrativas. Considera-se que a terminologia de “alternativas” é utilizada quando as práticas e os saberes estão em oposição à biomedicina e “complementares” quando estão associadas, enquanto a nomenclatura de “integrativas” é utilizada quando, além de associada à biomedicina, a prática obteve evidência científica que comprove sua eficácia. O texto é breve acerca dessa complicada relação com a nomenclatura.

A partir dessa definição e compreendendo que o curso organiza três módulos pautados em abordagens dessa técnica, fica subentendido que a Auriculoterapia é “integrativa”, portanto uma prática em associação com a biomedicina. Optam por dedicar cada módulo às distintas racionalidades terapêuticas, indicando que a intenção é equiparar todas as formas de conhecimento. Para tanto, apresenta o histórico no Brasil acerca da crescente aproximação da ciência com diferentes tradições terapêuticas, colocando como marco inicial a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, e o apogeu na construção da PNPIC em 2006, que legitima as práticas e propõe uma política de inclusão da diversidade nas terapêuticas do SUS.

A abertura ao debate que promove espaço para a entrada da PIC está intimamente ligada a uma crise na Atenção à Saúde. De acordo com o curso, “a civilização ocidental contemporânea gasta mais tempo e recursos focados quase que exclusivamente na doença, e não no doente” (UFSC, 2016, MÓDULO I, p. 19). O resultado desta relação foi a mercantilização da saúde, a qual transforma procedimentos terapêuticos em algo a se consumir, em detrimento de uma relação em que estes existem para contribuir com os cuidados à saúde.

Esse contexto fomenta a expansão das PIC como uma possível resposta aos limites desse modelo. Apesar das dificuldades na institucionalização e contestações sobre a legitimidade, o processo de formulação da PNPIC, assim como a aprovação, demonstra a sensibilização acerca do tema. A inclusão de PIC no SUS é considerada uma estratégia para o desenvolvimento dos princípios fundamentais do sistema: universalidade, equidade e integralidade.

A capacitação é o começo para a entrada da Auriculoterapia, porém mesmo o curso indica a necessidade de continuar a formação, através de situações locais, como oficina, ou grupos de estudos. Neste capítulo, abordaremos essa técnica de tratamento através de fontes

secundárias, os módulos presentes no curso. Na primeira sessão trataremos um debate sobre os recursos em compreender uma realidade distante, apresentando a história da Auriculoterapia e como se deu o conhecimento da terapêutica no Ocidente. Na segunda parte propomos compreender a diagnose na Medicina Tradicional Chinesa. Em seguida, vamos analisar a tríade corpo, saúde e doença, propondo pensar sobre a corresponsabilidade no tratamento.

2.1 As negociações para compreensão: Neurônios e energia *Qi*

Nesta sessão abordaremos as relações entre Ocidente e Oriente, com o intuito de lidar com o exercício de compreensão e de colocar em perspectiva pensamentos, racionalidades e ideo-logias, no sentido amplo, distintas. Por mais que exista a presença oriental no Brasil, a qual ocorreu através da imigração, a base do país é constituída numa perspectiva ocidental hegemônica que se configura e se impõe desde a colonização portuguesa. Segundo Madel Luz (2005), as racionalidades médicas são dotadas de uma cosmologia que norteia as técnicas de diagnose e terapêuticas. Para tratar desse encontro de visões de mundo através da capacitação, utilizaremos os Módulos I, II e III⁴⁴ do curso de capacitação em Auriculoterapia.

No primeiro módulo há uma unidade dedicada à História da técnica. De acordo com a capacitação, tanto na China quanto na Europa, povos utilizavam da terapêutica de estimular regiões na orelha, porém o termo Auriculoterapia passou a existir quando o médico francês Paul Nogier se dedicou a organizar esses estudos:

A sistematização dos mapas de pontos auriculares, bem como o uso do termo “auriculoterapia”, só ocorreu a partir do século XX. Por volta da década de 1940, o médico francês Paul Nogier iniciou seus estudos em relação ao uso terapêutico do pavilhão auricular. (...) Através de sua casuística clínica, Nogier mapeou, inicialmente, cerca de 30 pontos auriculares que apresentavam correlação reflexiva com diferentes regiões do corpo. No que se refere à influência da medicina chinesa no desenvolvimento da auriculoterapia, através de descrições de livros clássicos sobre o trajeto dos meridianos de acupuntura na região da orelha, correlacionou-se estímulos do pavilhão auricular com princípios da MTC (Módulo I, p. 38).

O texto indica que curandeiros europeus usavam a terapêutica para tratar casos de dores na região lombar, sem entrar em detalhes. Em outras apostilas de auriculoterapia⁴⁵, encontramos a informação de que a prática é oriunda do sudeste da França. Paul Nogier

⁴⁴Módulo I – Introdução a formação em Auriculoterapia.

Módulo II – Auriculoterapia segundo a Reflexologia.

Módulo III – Auriculoterapia segundo a Medicina Tradicional Chinesa.

⁴⁵<http://www.portalunisaude.com.br/arquivos/file/APOSTILA%20AURICULO%202018.pdf>

Acessado em 15/11/2018.

aumentou o conhecimento sobre esse tratamento realizando experimentos em seus pacientes. Seus estudos partiam da realização de cauterização em regiões do pavilhão auricular e anotações sobre as mudanças corporais. Esses experimentos chegaram à China e “em 1958 a proposta de Auriculoterapia e o mapa auricular de Nogier foram publicados na Revista de Medicina Tradicional de Shangai” (Módulo I, p.38).

Os estudos que começaram com Nogier continuaram e, de acordo com o texto do curso, os países que produziram pesquisas com reconhecimento mundial foram a China, a França, a Rússia e a Alemanha. O resultado dessas investigações foi a organização de uma Auriculoterapia europeia e outra chinesa, sendo que a primeira é nomeada Reflexologia, enquanto a segunda é parte integrante das técnicas terapêuticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). O texto indica que existe a intenção de equiparar os conhecimentos, organizando as informações essenciais de cada uma dessas vertentes nos próximos módulos.

De acordo com a História apresentada no curso, o encontro entre Ocidente e Oriente ocorre através de Paul Nogier. A presença oriental se inicia quando o francês, querendo aumentar as possibilidades de utilização do pavilhão auricular, estudou livros clássicos da MTC. Assim como o Oriente se aproxima do Ocidente, a publicação na revista de Shangai intensifica a relação, levando uma perspectiva de pensamento ocidental ao Oriente. A presença da sistematização do pavilhão auricular europeu resultou em “um crescente interesse do estudo e prática da auriculoterapia em universidades e hospitais da China” (Módulo I, p. 38).

Passada essa apresentação dos registros coletados pelo curso para produzir a História da Auriculoterapia, podemos nos dedicar a tratar sobre a construção desse encontro. A sistematização dos fatos é eurocentrada, pois é organizada através do personagem francês. A aproximação entre Oriente e Ocidente começa pela busca por conhecimentos da MTC, enquanto os curandeiros europeus que cauterizavam parte da orelha para aliviar dores lombares são uma inspiração para estudar o pavilhão auricular. Para tanto, Nogier realizou experimentos científicos, promovendo um exercício de repetição e controle de ações, pois cauterizou outras partes da orelha e organizou as respostas corpóreas de tais ações. Os experimentos ocorreram num projeto de validação da técnica, para que deixasse de ser uma prática de curandeiros e se tornasse científica. Após essa etapa de estudos, levou os resultados à China. Assim, se inicialmente o Oriente se fez presente na França, após essa publicação, o Ocidente se faz presente na China.

Partimos desse encontro para poder tratar do exercício de compreensão do outro, do diferente. A construção da História da Auriculoterapia está centrada no projeto científico de

Paul Nogier, pois seu experimento promoveu o estímulo no pavilhão auricular em uma técnica terapêutica validada cientificamente e apenas a partir desse estudo ela foi nomeada como Auriculoterapia. Se seguirmos o que está sendo apresentado pelo curso, foi a existência do artigo científico europeu na revista chinesa que promoveu a sistematização do pavilhão auricular pela MTC.

O encontro com o pavilhão auricular europeu propicia uma busca em organizar a terapêutica própria. O contato com o diferente é uma via de mão dupla, pois, por mais que esse encontro seja realizado a partir do europeu apresentando seus feitos acerca de uma técnica milenar na China, acaba por promover um exercício de reconhecimento, de organização do próprio raciocínio. O europeu científico e organizador de experimentos, ao chegar à China, produziu um movimento interno, de sistematização do saber local. Pelo menos é essa a leitura que se pode depreender do material de formação.

Ainda na unidade em que se dedica a História da técnica, a apresentação da Auriculoterapia segundo a Medicina Chinesa diz que “além de utilizar os princípios de Reflexologia, também relaciona o uso dos pontos auriculares aos fundamentos da MTC” (MÓDULO I, p. 41). Essa passagem fomenta o debate que estamos realizando sobre ser uma História eurocentrada, pois a organização dos fatos omite a versão chinesa dos acontecimentos e dá a entender que a Reflexologia, sistematização européia, é quem deu elementos para a China organizar sua própria terapêutica.

O módulo não organiza uma explicação de como a MTC propagou seus conhecimentos durante séculos. Levemos em consideração que escritos chineses são de datas longínquas, e mesmo que tenha havido algumas situações de baixa da transmissão de saberes através da escrita⁴⁶, continuou existindo através da comunicação oral. O ponto é que o curso dá a entender que é a influencia da Europa que leva a China a sistematizar seus próprios saberes.

Segundo as informações passada pelo curso, o encontro entre saberes ocidentais e orientais se deu através de Paul Nogier, o que ocorre como um fato histórico, que marca a existência da nomeação dessa técnica, a partir de então, intitulada como Auriculoterapia. Provavelmente, se contada pela perspectiva chinesa, também seria pontuada como um acontecimento relevante que promoveu estudos locais, gerando novas escolas de pensamento

⁴⁶ Não há consenso em relação à duração e às datas, mas historiadores chineses encontraram objetos que indicam que, entre 2205-1818 a.C., começou a organização da sociedade chinesa, com o que intitularam de Dinastia Xia. Os registros escritos mais antigos surgem na Dinastia Shang, que durou de 1500 a 1050 a.C.. Dependendo de como se dava a sucessão de poder, podia ocorrer queima de arquivos, o que dificulta a historiografia com exatidão.

acerca de terapêuticas e marcando uma passagem entre saberes tradicionais aos saberes moderno. Por exemplo, alguns anos depois, em 1974, em escavações chinesas na província de Hu Nan, foram encontrados escritos da época da Dinastia Han (206 a.C. a 220 a.C.)⁴⁷, nos quais havia uma parte dedicada à organizações do pavilhão auricular. Segundo a MTC, esse é o marco do início do uso da palavra Auriculoterapia. A procura da historiografia chinesa pode ser vista como um movimento interno em promover seus próprios saberes, sendo que há conflitos entre essas informações e a história organizada pelo Ocidente⁴⁸.

Por mais que o curso indique que há interesse em produzir equivalência entre saberes, prioriza os saberes ocidentais. Isso ocorre por estarmos lidando com uma capacitação para profissionais do SUS no Brasil, e validar saberes chineses é preterido. Para a Auriculoterapia ser legitimada e receber recursos para a capacitação, é necessário que seja dentro da formatação da biomedicina. Isso é fundamental nas negociações para que ocorram os incentivos: a terapêutica precisa estar no patamar do científico.

A proposta neste momento é pensar sobre a forma de a apresentação da História da Auriculoterapia produzir uma relação em que a Reflexologia é considerada uma técnica com validação científica, enquanto que a sistematização da MTC seria dotada de uma eficácia simbólica. Para podermos elaborar sobre essas duas formas de validação de terapêutica, trataremos as contribuições da Fátima Tavares e Francesca Bassi (2012). As antropólogas organizaram o livro *Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde*.

No primeiro capítulo, as autoras elaboram os conceitos-chave que apareceram ao longo do livro. Para começar, indicam que, desde os primórdios das ciências sociais, há uma proposta de dialogar com a biologia e trazem a ‘eficácia simbólica’ como um conceito importante nessa interação. Ao introduzir essa informação, explicam que na antropologia estruturalista o conceito “se referia às modificações psicológicas e fisiológicas, tributárias da explicação, em contextos terapêuticos tradicionais, de conteúdos míticos” (TAVARES e BASSI, 2012, p.17).

⁴⁷ *Huang Di Nei Jing – A Medicina Clássica do Imperador Amarelo* é o livro conhecido por organizar os primeiros escritos de sistematização da Medicina Chinesa. A escrita é feita em forma de diálogo entre o Imperador e um sábio, com debates acerca da ética, da filosofia e da religião, sendo que é produzido por diversas mãos ao longo de séculos, com publicações atuais para inserir novas informações.

⁴⁸ Indicamos que não há consenso das datas, por haver conflito nas definições do que as escavações encontram. Parte da comunidade acadêmica do Ocidente não aceita que os objetos que foram qualificados pela China como da Dinastia Xia sejam desta época, marcando o início da China com a Dinastia Shang, por causa dos registros grafados.

As antropólogas reconstróem as situações que levaram Lévi-Strauss ao conceito, apresentando o caso de um ritual cântico de uma cura xamânica, o qual desempenhou papel fundamental na reação em um órgão do corpo. Para elaborar o conceito, Lévi-Strauss utiliza da Ab-reação, conceito da psicanálise elaborado por Freud, usado quando ocorre uma catarse provocada pela descarga emocional, a qual desperta efeitos no estado patológico. Segundo Lévi-Strauss, existe diferença na atuação, mas o ponto em comum é que tanto o xamã quanto o psicanalista produzem eficácia terapêutica através de símbolos, os quais funcionam como um “papel ordenador da significação através da reconstrução de representações adequadas” (TAVARES e BASSI, 2012, p.17).

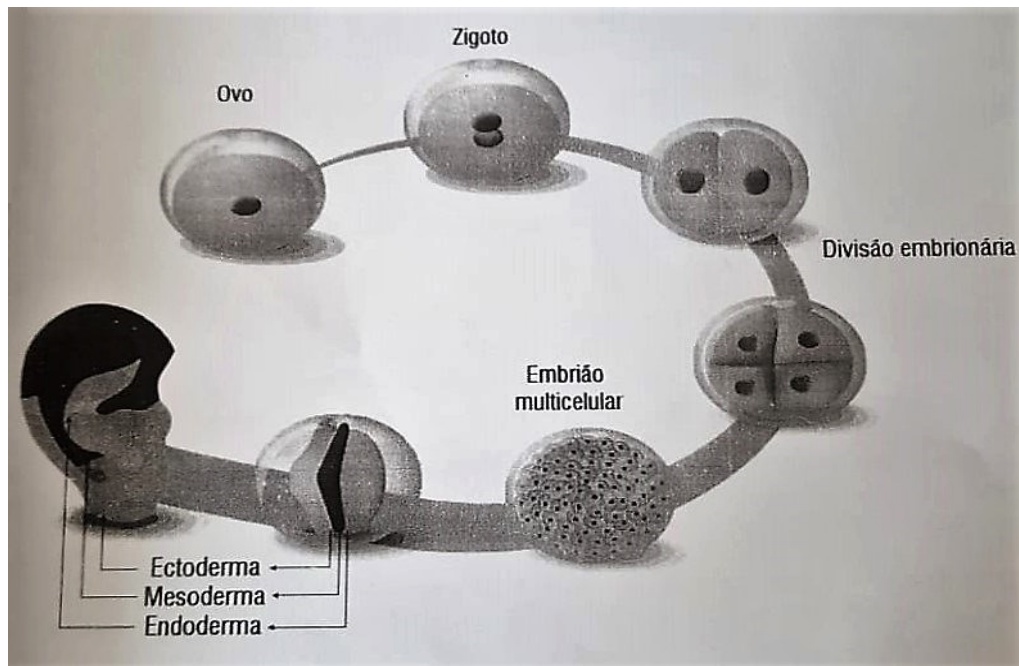
Após essas apresentações, passam para os pontos que norteiam as motivações de organizar o livro e indicam que, atravessando diversas escolas de pensamento da Antropologia, a distinção entre a eficácia simbólica e técnica é uma pauta fundamental dos debates. Para trabalhar sobre essa distinção, ressaltam que o poder xamanístico é questionado tanto nos contextos externos quanto internos, pelos próprios xamãs. A existência dessa tensão ocorre nos parâmetros da crença, justamente porque acreditar incita a dúvida.

Segundo as antropólogas, diversos estudiosos se debruçaram sobre o mesmo ritual cântico que Lévi-Strauss apresentou e, ao longo dessas elaborações sobre a eficácia, trataram das atuações linguísticas e gestuais, indicando que a transformação está menos conectada aos símbolos universais, que se estruturam em leis inconscientes, e mais na atuação linguística e em gestuais particulares. As representações dependem de enunciados elaborados para produzir efeitos nos destinatários; a manipulação de objetos e as frases proferidas durante o ritual se estruturam como experiências.

A noção de eficácia (a factualidade, o acontecimento real) não remete a uma cosmologia, nem a visões do mundo ou sistemas prévios de representações, mas a atuações de relações (enactement), conhecidas no momento da performance segundo um uso ad hoc dos símbolos. O acontecimento real da performance ritual é a criação de uma certa verdade, pois um novo tipo de interação confere às relações preexistentes um idioma “irrefutável” que é gerador de eficácia.(...) se por um lado, a afetação através da enunciação dos símbolos míticos do canto permanece aberta a questionamentos, ao ponto que podemos supor que zonas de sombra da significação são preenchidas pelos afetos do paciente; por outro, os estudos citados sobre o ritual duvidam de que os efeitos possam depender de uma função simbólica universal, capaz, por ela mesma, de eficácia, para investigar maneiras especiais (eficazes) de atuar nas relações através de uma mobilização particular dos símbolos (TAVARES e BASSI, 2012, p.23).

Após essas passagens, vamos abordar as atuações da Reflexologia e da MTC. Continuaremos dentro da ordem organizacional do curso, por isso, primeiramente, nos

dedicaremos a passagens que estão no Módulo da Reflexologia, para posteriormente tratar do dedicado a MTC. Vamos elaborar com mais detalhamento sobre o corpo anatomizado em outra sessão deste capítulo, mas por ora, nos atentamos que o entendimento de corpo no ocidente tem seu raciocínio fundamentado no processo da dissecação. Essa imagem se encontra no Módulo dedicado à Reflexologia, logo após a construção anatômica da orelha:



Fonte: Módulo II, p. 17

Essa imagem é utilizada para demonstrar a diferença do pavilhão auricular de outras partes do corpo humano. De acordo com o texto, “a orelha é uma das poucas estruturas anatômicas que são constituídas por cada um destes três tipos primários de tecido encontrados no embrião” (Módulo II, p. 17). Cada uma dessas estruturas anatômicas é responsável por dar origem a diversas partes do corpo. Originam-se da ectoderma a pele, a medula, os nervos, os cabelos, as unhas, entre outros; da mesoderma, os músculos, os vasos sanguíneos, as cartilagens, as articulações, entre outros; e da endoderma, a maioria dos órgãos. O pavilhão auricular ganha o patamar de um sistema único, por ser constituído por essas três estruturas, e cada uma delas está associada a um nervo central:

Camada germinativa mesoderma: região inervada pelo nervo auriculotemporal trigêmeo – representando sistema musculoesquelético.

- Estruturas anatômicas: antélice, escafa e fosse triangular e parte superior da hélice.

Camada germinativa endoderma: região inervada pelo nervo vago – representa os órgãos internos.

- Estruturas anatômicas: concha da orelha (cimba concha e cavidade da concha) e o ramo da hélice.

*Camada germinativa ectoderma: Região inervada pelo nervo auricular magno – representa a parte central do sistema nervoso.
- Estruturas anatômicas: trago, lóbulo da orelha e cauda de hélice.
(Módulo II, p. 18).*

Para a capacitação poder ocorrer de forma a ter validade científica, ela precisa estar ancorada em saberes que não permitam que a técnica de estímulos no pavilhão auricular seja classificada como xamânica, isto é, ela precisa estar em patamar comprovado cientificamente. Como observado pelas antropólogas, a dúvida quanto ao poder da cura xamânica ocorre tanto de dentro quanto de fora do sistema da crença. Para se tornar uma política pública, a Auriculoterapia precisa estar amparada em termos que possam passar confiança aos profissionais, e a associação com nervos é um caminho para a validação de que aplicar esferas nessa região do corpo produz reações. Além do fato de que os estudos promovidos por Nogier são ressaltados em diversas partes do curso, para propor essa relação de instrumentalização da técnica, de que ela já passou por experimentos científicos e está comprovada, não sendo, portanto, uma crença.

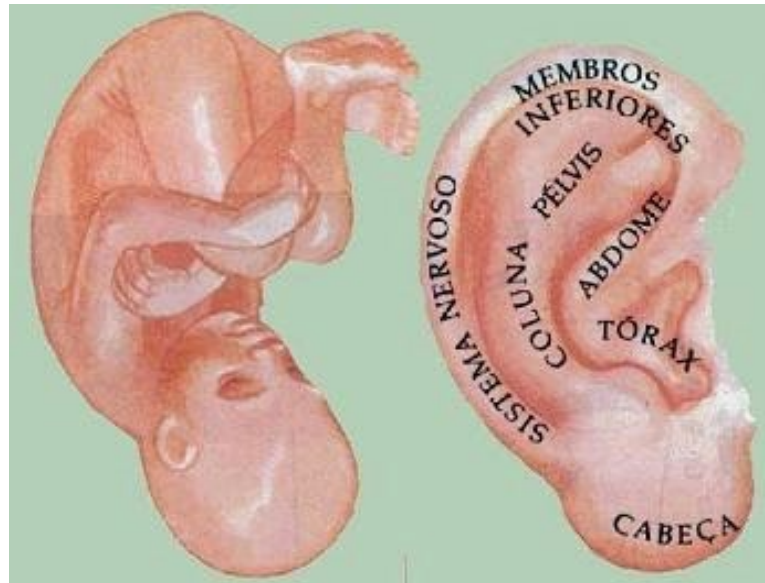
Tratar como crença (ingênua) as práticas “não instrumentais” não é conhecê-las, mas ainda, como enfatiza Latour (2002), apenas indica um modo polêmico de como se relacionar com elas. Mesmo quando adotamos uma atitude respeitosa e compreensiva em relação às crenças dos “outros”, como é possível levá-las a sério, já que são apenas crenças? O potencial acusatório envolvido nessa pergunta não nos oferece uma descrição adequada de como as coisas se passam com os outros e nem com nós mesmos (TAVARES e BASSI, 2012, p. 27).

Mais do que isso, faz-se necessário questionar a falta de crítica das diversas “tradições” ou campos de saber, inclusive os técnico-científicos, que ocultam seus próprios procedimentos internos. Para as autoras,

O que a crítica moderna não considera, obcecada pelo exercício da suspeição entre o que é real (os fatos) e o construído (o simbólico), é o caráter surpreendente da ação, onde não existem, de um lado, sujeitos que fazem, nem de outro lado, “coisas” que são feitas. (...) Sugerimos simplesmente que se atribuições de diversas intencionalidades (objetivas ou subjetivas) ou de diversos poderes (simbólicos ou reais) variam em diferentes contextos (rituais, terapêuticos, técnicos etc.), segundo particularidades construídas histórico-culturais, é com olhar simétrico que podemos apreciar como as “tradições” (a técnico-científica incluída) operam um ocultamento dos próprios procedimentos internos (TAVARES e BASSI, 2012, p. 27).

Após esclarecer sobre as motivações que levam a capacitação a procurar validações, podemos pensar sobre a produção dessa imagem característica da Reflexologia na Auriculoterapia. De acordo com o curso, o embasamento dessa teoria é pautada no “conceito

do pavilhão auricular como um microsistema em que é encontrada a representação de todos os órgãos e estruturas do corpo humano” (Módulo II, p.19). Essa formatação de auriculoterapia desenvolve-se sobre o prisma de que uma parte do corpo representa o todo. Essa imagem é comum nos estudos dessa abordagem:



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/765471267885172500/?lp=true> Acessado em 13/09/2018.

O microsistema proposto pela Reflexologia Auricular é correspondente ao feto, e cada parte identificada pelo nervo e embrião apresentados na imagem anterior servem de base para essa. Por exemplo, no lóbulo do pavilhão auricular se encontram os pontos reflexos da cabeça: dentes, mandíbula, olhos, língua, entre outros; na cavidade da concha estão os pontos reflexos do tórax: brônquios, pulmão; e assim por diante. A referência sobre qual parte do corpo se encontra a zona reflexa no pavilhão auricular se dá através dos nervos, pois somente assim é possível interpretar o todo através da parte. Esta visão cosmológica é fundamental para a MTC.

Visto que esse é o ponto de encontro entre as teorias, partiremos para o módulo III, dedicado a MTC. Retomando um conceito que foi elaborado no primeiro capítulo e que está presente na primeira unidade deste módulo, segundo Madel Luz (2005), uma racionalidade médica é dotada de uma cosmologia e, a partir dessa, são organizados doutrina médica, morfologia, fisiologia, técnicas diagnósticas e técnicas terapêuticas.

Racionalidades Médicas



Fonte: <http://slideplayer.com.br/slide/7492255/> Acessado em 13/06/2018.

A doutrina médica define o que é corpo, conseqüentemente, o que é entendido como saúde e doença. A Morfologia organiza o corpo, é responsável pela anatomia. A dinâmica vital explica o funcionamento, entendida como fisiologia. As técnicas de diagnose e de terapêuticas coordenam a conduta do médico, para promoção do tratamento adequado (LUZ, 2005). No caso da Medicina Tradicional Chinesa, a cosmologia-base está presente na Filosofia Tao e a doutrina médica se ampara na equivalência entre o universo Macro (natureza) com o universo Micro (corpo humano), correspondência que existe no inverso, concluindo que a parte representa o todo.

Para aprofundar os outros aspectos da racionalidade médica chinesa, traremos trechos do módulo dedicado a MTC e a obras do italiano Giovanni Maciocia: *Os Fundamentos da Medicina Chinesa* (1996). O autor é reconhecido mundialmente e suas obras se tornaram base para diversos cursos, incluindo a capacitação do SUS, em que ele se faz presente na explicação dos cinco movimentos elementares. Em 1974 graduou-se em acupuntura na *Internacional College of Oriental Medicine*, na Inglaterra. Conhecedor de mandarim, durante a década de 1980 residiu na China, onde pode participar de cursos de pós-graduação na *Nanjing University of Chinese Medicine* e teve acesso aos antigos escritos que fundamentam

essa medicina. Desde 1995 publica obras em inglês, se tornando um grande disseminador da MTC no Ocidente⁴⁹.

Como já foi apresentado, a cosmologia e a doutrina médica se amparam na correspondência do universo micro com universo macro, partindo desse princípio de que a compreensão sobre o corpo humano na MTC é realizada através de comparações com movimentos da natureza. Segundo a apostila da capacitação:

A visão holística da MTC parte do princípio de que o homem é um microcosmo gerado entre o céu e a terra, esses representados como macrocosmos. Sendo assim, ele está submetido às influências de seu meio. O sopro da vida, responsável pela formação do homem, é denominado pela MTC como Qi ou Ki (como diriam os japoneses). Qi circula por todo organismo e pode assumir diferentes formas. Qi funciona como um impulso motor e se manifesta sob diferentes estados e formas no universo. Quando o Qi não flui harmonicamente em nosso corpo, temos, então, a manifestação de desarmonias ou doenças (Módulo III, p. 21 e 22).

Este trecho está no início da unidade dedicada aos fundamentos da MTC e, após essa breve apresentação do *Qi*, passam a ser estudadas a morfologia e a fisiologia. Para compreender essa estrutura para a organização das teorias da MTC, Maciocia é fundamental; por mais que esteja presente no curso, não teve aproveitado seus conhecimentos sobre *Qi*. Antes de começar a lidar com teorias chinesas, precisamos ter clareza de que estamos lidando com traduções e que a escrita chinesa é em ideogramas. Optamos por esse autor por reconhecer que, ao produzir suas obras em inglês, ele facilitou a compreensão deste conhecimento no ocidente.

O *Qi* assume diversas formas e manifestações. Para podermos adentrar nas classificações dessa energia, vamos começar pela explicação de Maciocia sobre como a vida humana é formada, criada e mantida. Segundo o autor, existem três tesouros que regem o corpo: *Shen*, *Jing* e *Qi* (MACIOCIA, 1996, p.202). Tentaremos trazer algumas possíveis analogias com o que conhecemos no ocidente, mas não como uma tradução literal.

Shen é considerado o princípio da saúde, a vivacidade, é o complexo que abriga os aspectos mentais e espirituais do ser humano (MACIOCIA, 1996, p.202). Ponto relevante é que a conotação de espírito é diferente das praticadas nas religiões do Ocidente. Ao conceituar *Shen* como aspectos mentais e espirituais, o autor adverte de que não há separação entre os dois aspectos, e que as sociedades estruturadas em conceitos cristãos apresentam dificuldade para entender esse ponto da MTC.

⁴⁹<http://www.giovanni-maciocia.com/biography/> Acessado em 20/10/2018.

Jing determina as condições orgânicas do ser. Habitualmente é traduzido como essência, e em algumas obras são realizadas analogias com o código genético, pelo fato de sua manifestação se dar em duas formas: Pré-Natal e Pós-Natal. O primeiro fica armazenado nos Rins sendo que o *Jing* Pré-Natal dos pais é responsável pela fecundação e formação deste *Jing* e o *Shen* dos filhos. O segundo mantém a vida após o nascimento, se desenvolvendo através da nutrição encontrada nos alimentos e no ar, sendo produzido e armazenado nos Pulmões, Estômago e Baço/Pâncreas⁵⁰. *Shen* e *Jing* são manifestações do *Qi*, sendo que *Jing* é sua expressão densa, dotada de materialidade, enquanto *Shen* é sutil, não substancial (MACIOCIA, 1996).

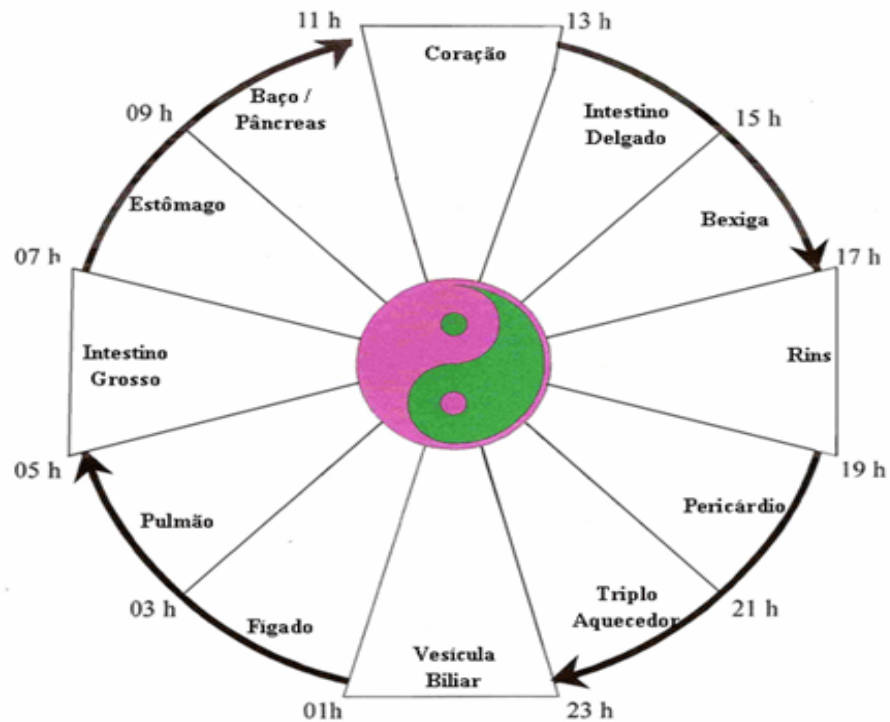
Para conhecer melhor *Qi* nos dedicaremos à produção da Associação Brasileira de Acupuntura: *O diagnóstico na Medicina Chinesa* (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992). *Qi* é a energia vital, presente tanto no Macro, quanto no Microcosmo e é fundamental na MTC. Essa energia permite a vida se manifestar e é parte da constituição do corpo, participando das atividades fisiológicas e estando presente nos tecidos orgânicos. As funções do *Qi* são: impulsionar, colocar em movimento; regular a temperatura do corpo; proteger; controlar e transformar a matéria.

Começamos tratando da presença do *Qi* através do *Jing* e *Shen*, classificações da presença dessa energia no corpo, daremos continuidade acrescentando outras formas de *Qi*, que são usadas para organizar a qualidade dessa energia.

WeiQi é a energia de defesa, é responsável pela proteção da superfície do corpo contra as agressões externas, controla a abertura das glândulas sudoríparas, regula a temperatura do corpo, aquece os órgãos e dá o brilho da pele. Enquanto *XieQi* é a energia perversa, responsável por promover desequilíbrios que possibilitam a entrada de fatores externos no corpo (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992).

O sistema interno do corpo é separado por órgãos (*Zang*) e vísceras (*Fu*), sendo que cada um têm um *Qi* próprio, que são separados em *Yang Qi* e *Yin Qi*. O primeiro é utilizado para lidar com a função, enquanto o segundo lida com a materialidade dos órgãos (*Zang*), ou vísceras (*Fu*). *YingQi* é energia “nutriente” provém do *JingQi* adquirido, está presente na essência do alimento, é acomodada nas vísceras (*Fu*), para depois ser distribuída pelos órgãos (*Zang*), circula junto ao sangue (*Xue*), atuando por todo o corpo (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992). Essa energia percorre o organismo pelos meridianos num movimento contínuo durante as 24 horas:

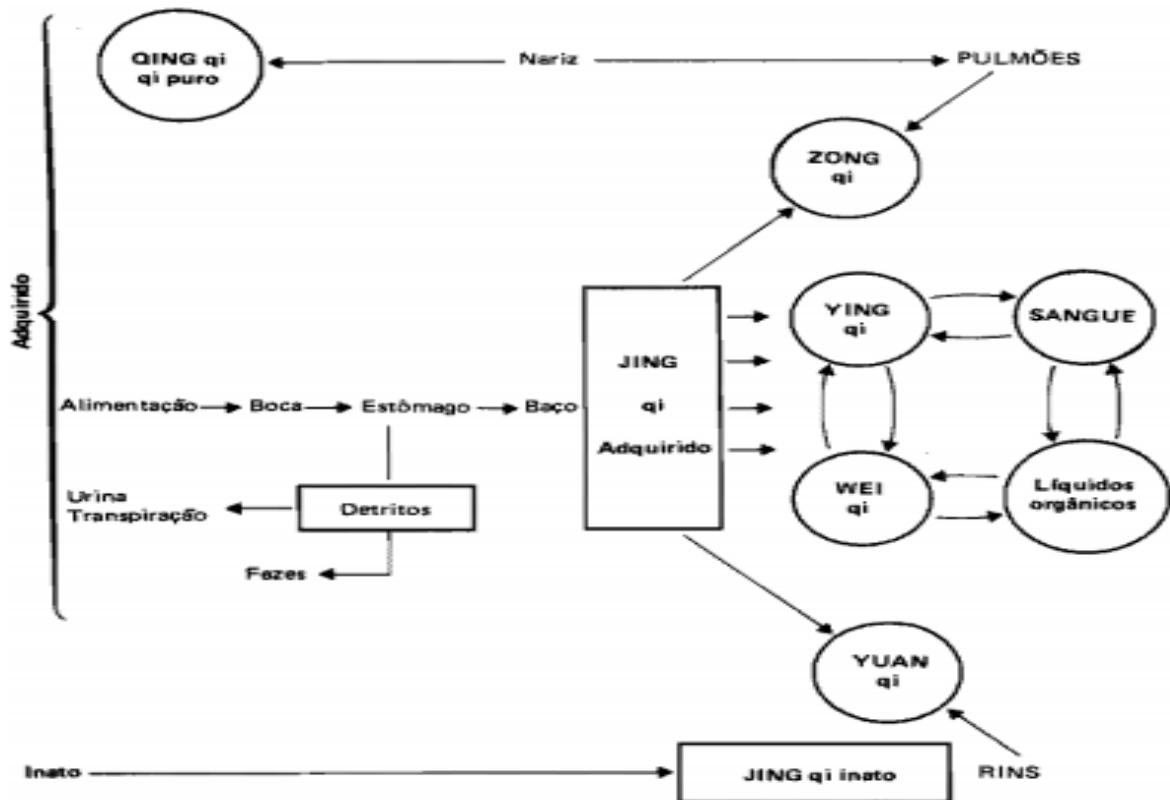
⁵⁰Segundo a MTC, baço e o pâncreas funcionam conjuntamente, sendo inseparáveis, por isso acoplamos um ao outro na escrita.



Fonte: <https://www.greenme.com.br/viver/saude-e-bem-estar/508-o-relogio-biologico-na-medicina-tradicional-chinesa> Acessado em 13/06/2018.

Yuan Qi é a energia “original”. Produzido primeiramente através do *JingQi* Pré-Natal, após o nascimento é promovida pelo *JingQi* Pós-Natal. Todos os tecidos orgânicos recebem o impulso produzido por *Yuan Qi*, para poderem cumprir suas diferentes funções. *QingQi* está presente no ar que respiramos. Ao penetrar no corpo, combinado ao *JingQi* promoverá o *ZongQi* (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992).

ZongQi, chamado de “energia ancestral”, nas atuais traduções é associado a ideia de “fundamental”. *Qi* é formado pela união entre *QingQi* dos pulmões e *JingQi*. *ZongQi* é responsável pelo impulso da respiração e também pela circulação de sangue pulsante do coração, para expandir o *Qi* pelo corpo (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992). O quadro a seguir é uma forma simplificada de apresentar os *Qi*:



Fonte: AUTEROCHE e NAVAILH (1992) p. 39.

Segundo Maciocia (1996), *Qi* é o sopro que põe em circulação e promove a continuidade da vida. *Jing* é a substância, a base e o princípio do corpo, enquanto *Shen* coordena o coração e se abriga na mente, é o criador e organizador. Esses são os três tesouros da vida, e as técnicas terapêuticas da MTC focam na promoção da livre circulação do *Qi*. Quando há fluxo de *Qi*, *Jing* fica forte e próspero, levando ao equilíbrio do *Shen*. Se os primeiros estiverem esgotados, o terceiro oscila, podendo se apresentar como uma mente deprimida, ansiosa, infeliz.

Após essa exposição sobre as estruturas fundamentais da MTC, podemos retomar o debate sobre eficácia técnica e simbólica. O ponto é tratar das interações entre a ciência e a tradição. A discussão teve seu início através da apresentação presente no primeiro módulo da capacitação, que se inicia com os experimentos do médico europeu. Tais experimentos validaram a utilização de esferas no pavilhão auricular, pois a tornou uma prática com amparo científico. O módulo a seguir utilizou uma elaborada explicação sobre anatomia biomédica, elevando o grau da comprovação, pois elucidou que o pavilhão auricular é uma parte privilegiada do corpo, formada por estruturas diferenciadas, contendo três tipos de enervações.

O módulo a seguir é dedicado à MTC e se propõe a introduzir os fundamentos básicos dessa racionalidade médica. Explicita que é uma forma distinta de compreender o processo de saúde e doença, sendo que a proposta do módulo é capacitar o profissional para um tratamento de auriculoterapia pela ótica da MTC. Como indicamos na introdução, a acupuntura moderna, que trabalha com interações entre tradição e ciência, utiliza de analogias entre os canais de circulação do *Qi* com as cadeias de neurônios.

Segundo o curso de capacitação, a Reflexologia proposta por Paul Nogier trata da relação em que a parte revela o todo, por causa da existência das diferentes enervações no pavilhão auricular. A possibilidade de os estímulos com esferas nessa região provocarem resultados orgânicos está na existência dos nervos. Apresentamos o que é o *Qi* no corpo humano pela MTC, e propomos pensar se é possível essa correspondência entre neurônios, ou nervos, com a energia *Qi*. De fato, essa relação se sustenta por possibilitar uma comunicação, no exemplo da Reflexologia. Por meio de estudos aprofundados sobre nervos, promove-se a ideia de que a parte corresponde ao todo, mas essa lógica na MTC não se limita ao pavilhão auricular.

Para a MTC, a parte contém o todo, independentemente de qual parte estamos lidando. O pavilhão auricular é uma das opções de tratamento que envolve a lógica de que usar uma parte reordena o todo, porém existem outras opções. Um exercício relevante é tratar da Reflexologia na perspectiva da MTC, pois, para essa racionalidade médica, ela está presente como uma opção de tratamento que ocorre por meio de massagem em áreas do corpo. Através de toque em uma parte, é possível reordenar o todo, podendo ser a própria orelha, mas a mais difundida é a Reflexologia Podal. Outra proposta é pensar sobre as técnicas de diagnósticos, já que a forma mais propagada pela MTC ocorre através da observação das partes para entender o todo, sendo indicado olhar para cabelo, face, língua, abdome, mãos, além da audição, da olfação e da palpação dessas áreas.

Para dar continuidade a esse debate sobre como se constituem as interações entre a ciência e a tradição, passaremos para as contribuições de Sônia Maluf (2012). A antropóloga dedica sua escrita à eficácia simbólica, indicando que esse conceito se tornou chave para “descrever toda forma de ação, e em especial de ação voltada para a cura, que escaparia à causalidade mecânica ou orgânica da lógica biomédica e científica” (p. 29). Isso ocorre numa tentativa de conseguir dar conta das dicotomias como ordem objetiva e subjetiva, matéria e símbolo ou magia e ciência, entre outras. Indica que a biomedicina mede o sucesso de seus tratamentos na relação entre a causa e o efeito, enquanto a eficácia simbólica caberia a outro tipo de ação e de experiência.

A antropóloga é reconhecida por seus estudos acerca dos novos movimentos espirituais, que incluem as curas e podem ajudar a pensar sobre Auriculoterapia no SUS. Descreve que, neste universo, o que encontrou em seus estudos etnográficos foi uma fusão entre as dinâmicas descritas por Lévi-Strauss, como cura xamânica e psicanalítica. Diferentes mediadores – cartas de tarô, símbolos astrológicos, essências florais, entre outros – são operadores simbólicos que contribuem na reconstrução da narrativa pessoal. No caso dessa pesquisa, podemos pensar nas esferas como mediadoras.

Discuto o processo não linear de transformação narrativa, na passagem e tradução de uma linguagem a outra, não apenas através de analogias estruturais (núcleo do argumento de Lévi-Strauss), mas através de transformações operadas a partir do próprio momento do trabalho ritual e terapêutico, em que um tipo de esforço intelectual, corporal e afetivo é realizado, visando provocar uma determinada experiência (MALUF, 2012, p. 33).

Após essas contribuições, que trabalham tanto a teoria quanto a prática de sua pesquisa, a antropóloga organiza o percurso da eficácia simbólica, retomando antigos antropólogos, não apenas como uma apresentação, mas para procurar elementos que possam ser produtivos aos debates contemporâneos. Ponto a ressaltar dessa parte da escrita está no momento em que apresenta o *mana*, termo melanésio, que designa “além de força, ação, qualidade e estado. Mas designa, sobretudo, algo que confunde e reúne os vários elementos que, na lógica ocidental, permaneceriam separados” (MALUF, 2012, p. 35).

Continuando a elaboração sobre o termo melanésio, indica que, por mais abstrato que possa parecer, por não ser encontrado numa forma, é completo de concretude. É através do *mana* que se elabora o valor das coisas, das ações, dos fatos, não sendo possível compreendê-lo pela lógica científica experimental, pois é dotado de uma crença *a priori*, concluindo que “essa força não é uma qualidade intrínseca às coisas e às pessoas, mas são atribuições sociais” (MALUF, 2012, p. 37).

Se retomarmos o curso de capacitação, podemos pensar sobre a incapacidade de provar a energia *Qi*, que é dada como a base de toda MTC. Vale ressaltar que o curso não faz uma associação direta entre *Qi* e os nervos, porém propomos esse debate, pois, diante da materialidade dos nervos e dos caminhos de neurônios, *Qi* e os canais de energia se contrapõem pelo nível de abstração. Os profissionais que passam por essa capacitação são graduados na área da saúde, com bases sólidas na biomedicina, e isso impõe ao curso criar uma forma acessível para entender os conhecimentos da MTC, no caso, os experimentos científicos, os nervos servem a essa finalidade.

A proposta de Maluf (2012) para compreensão da eficácia simbólica se dá na fusão entre a causa e o efeito. A experiência advinda do universo simbólico é totalizante e possibilita unir saúde e doença, permitindo que sejam integradas, para ressignificá-las. Para poder trabalhar com essa possibilidade de união entre as duas situações, é preciso discernir a experiência advinda do universo simbólico daquela do experimento científico. A primeira se articula dentro de um campo de possibilidade, pois, por mais que haja propósito, não há definição objetiva de como se dará o resultado final dessa perspectiva totalizante, enquanto o experimento científico ocorre na organização de um universo controlado e verificável. Por exemplo, a proposta de Paul Nogier, em causar a cauterização de uma parte da orelha para poder anotar e verificar o efeito dessa ação, serve ao propósito de coleta de dados. A ideia é definir atuações possíveis de serem repetidas e de se obter o mesmo resultado.

A proposta de incluir no SUS uma prática com cosmovisão chinesa engloba uma perspectiva de interpretação da doença em um maior contato com os movimentos da natureza. Por séculos, o Ocidente tratou os enfermos através dessa perspectiva, na qual fogo, terra, ar e água davam base para a teoria dos temperamentos: colérico, fleumático, sanguíneo e melancólico. As enfermidades, nessa abordagem, se apresentam com as características: frio, quente; seco, ou úmido (RODRIGUES, 1999).

Para finalizar essa sessão, propomos pensar sobre a doutrina da integralidade, base do SUS. Este conceito traz variados sentidos, entre eles, olhar o usuário de SUS de forma integrada, que o conecte ao todo, inclusive ao universo simbólico. Outro ponto relevante da integralidade é a conexão numa rede cooperativa, diminuindo a relação da medicina especializada, para pensar tratamento multiprofissional, que conjuntamente buscam o retorno da saúde, focando no adoecido, ao invés de na doença.

2.2 Diagnose e tratamento na Medicina Tradicional Chinesa

Essa sessão é dedicada a compreender a diagnose e a tomada de decisão de tratamento da MTC. Para começarmos, traremos uma passagem da Buchillet (1991). É preciso esclarecer que, diferentemente do que a antropóloga está tratando, em que o saber local precisa assimilar a entrada dos sistemas oficiais, no caso desta pesquisa é o SUS que está se dispondo a agregar uma medicina tradicional.

Para dar conta da coexistência, numa mesma sociedade, de dispositivos terapêuticos heterogêneos (neste caso, terapias ocidentais e tradicionais) forjou-se o conceito de “pluralismo médico” ou “sistema pluralístico” (ver, notadamente Kleinman, 1980 e Leslie, 1980), esquecendo-se geralmente que

as chamadas sociedades tradicionais não esperaram a implantação da medicina ocidental para disporem de toda uma gama de alternativas e de especialistas terapêuticos aptos a resolver seus problemas de saúde. A literatura antropológica está farta de exemplos que demonstram, por exemplo, como as sociedades indígenas dispõem de várias categorias de especialistas que se distribuem nas funções de prevenção, diagnóstico e cura das doenças (BUCHEILLET, 1991, p.32).

Esta pesquisa ocorre no Brasil e, portanto, não temos acesso à realidade chinesa quanto às diferentes especialidades terapêuticas, mas traremos as teorias que se difundiram pelo mundo, interpretadas como a base da MTC. Primeiro, apresentaremos a filosofia Tao, juntamente com a Teoria *Yin/Yang*. Depois, organizaremos os cinco movimentos elementares da natureza e os seus ciclos. Por último, indicaremos os oito princípios (*Ba Gang*), categorias que estruturam a manifestação da doença.

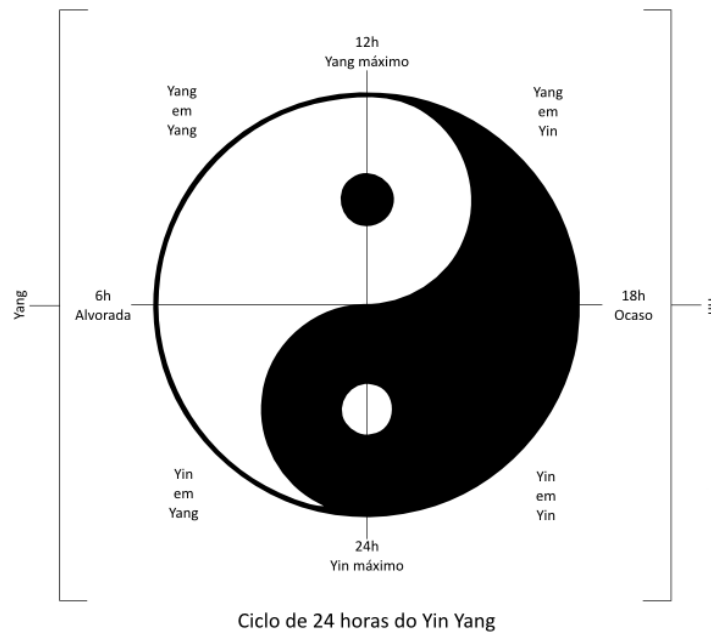
A filosofia Tao dá base à Teoria *Yin/Yang*. Os cursos de MTC abordam de maneira rápida a existência dessa filosofia, indicando que é a partir dela que se fundamenta a cosmologia em que na parte se encontra o todo. Durante a formação em Massoterapia e posteriormente em MTC, senti necessidade de conhecer melhor esta Filosofia e, para isso, durante dois anos, participei de reuniões com uma família de imigrantes de Taiwan. Os encontros eram para leitura de *sutras*⁵¹ chineses, dos quais realizávamos uma tradução livre, com forte participação dos filhos, que são alfabetizados nas duas línguas.

Os ideogramas carregam metáforas; o significado aproximado do símbolo TAO seria: caminhar com o olhar divino. Tentando elucidar um contexto geral sobre corpo e espírito, cada ser habitante deste planeta sustenta o divino dentro de si e o ideograma que representa TAO carrega essa metáfora. Segundo essa filosofia, a existência da vida no planeta ocorre por Deus se desmembrar e se tornar parte do mundo, isto é, todos os seres carregam uma parte divina. O todo se encontra na parte, pois todos os seres seriam portadores desta parte em comum.

TAO é a energia propulsora de qualquer manifestação, mas o princípio de sua criação se dará na dualidade de *Yin/Yang*. São polaridades que estão conectadas e são indivisíveis, opostas e complementares. TAO é o princípio e sua manifestação se dá no encontro entre *Yin/Yang*. Os quatro fundamentos entre *Yin/Yang* é de que eles são opostos, interdependentes, estão em consumo mútuo e constante transformação. *Yin* não existe sem *Yang*, de forma que quando um diminui, o outro aumenta (AUTEROUCHE e NAVAILH, 1992). Por exemplo,

⁵¹*Sutra* é uma palavra de origem sânscrita, derivada do verbo costurar. De forma geral, o termo se refere às escrituras canônicas, tratadas como registros dos ensinamentos orais de Grandes Mestres, por exemplo, Buda Gautama, Confúcio, Lao-Tze, entre outros.

Yang representa o dia e *Yin* a noite, ao final do dia começará a noite, no topo de uma fase *Yang* em um ciclo, começará a fase *Yin*.

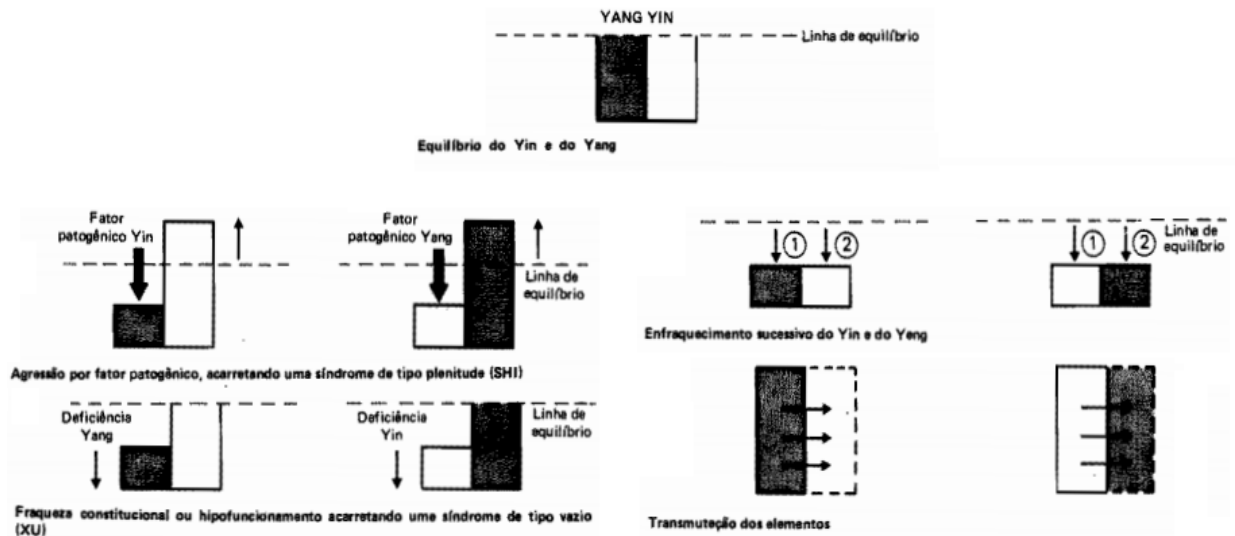


Fonte: <https://www.emforma.net/artigo/Yin-Yang-na-medicina-tradicional-chinesa>. Acessado em 01/11/2018.

O que podemos entender sobre a interação entre filosofia TAO e a teoria *Yin/Yang* é de que a primeira é a base para que a segunda exista. Existe uma unidade comum em todo universo, isso é expresso na filosofia TAO, em que o divino é parte constituinte de toda manifestação da vida. A teoria *Yin/Yang* é elaborada segundo as observações sobre a manifestação de TAO.

Os ciclos da natureza podem ser interpretados por *Yin/Yang*. Isso leva à interpretação de que a fisiologia humana também obedece à dinâmica de *Yin/Yang* em seus processos. Essa teoria é base das avaliações dos sinais e sintomas das patologias, e, de maneira geral, a definição do tratamento adequado passa por objetivar a regulação de *Yin/Yang* (AUTEROCHE e NAVAILH 1992).

Essa teoria apresenta explicações sobre o aparecimento das doenças como um desequilíbrio relativo de uma elevação, ou um declínio de uma dessas duas composições. Se *Yin* e *Yang* estão em estado harmônicos, eles se controlam mutuamente e mantêm relativo equilíbrio, entendido como um corpo com atividade vital saudável. Os processos patológicos ocorrem pela: ascensão de *Yin*, ou *Yang*, acarretando no enfraquecimento do outro; fraqueza constitucional de *Yin* ou de *Yang*, reforçando o aspecto oposto; fraqueza simultânea dos dois aspectos; mudança em *Yin* ou *Yang*, gerando o aspecto de um no outro:



Fonte: AUTEROCHE e NAVAILH (1992) p. 20.

Yang representa a energia, enquanto *Yin* a matéria; essa relação implica classificar o primeiro como espírito e o segundo como corpo. A indissociação entre *Yin/Yang* ampara a relação de que corpo e espírito são conectados, sem possibilidade de separação. Nas palavras do curso de capacitação, “O corpo e a mente estão integrados, são indivisíveis. Com isso, está atrelada, também, a cada órgão a sua característica emocional” (Módulo III, p. 27).

A teoria dos cinco movimentos elementares e os seus ciclos é continuação de *Yin/Yang*. Essas são as teorias que amparam as explicações da anatomia corporal segundo a MTC e da aparição das patologias. Para os profissionais do SUS, são as que promovem maiores dúvidas; tratar do entendimento sobre a relação do órgão com os sentimentos foi recorrente durante a oficina.

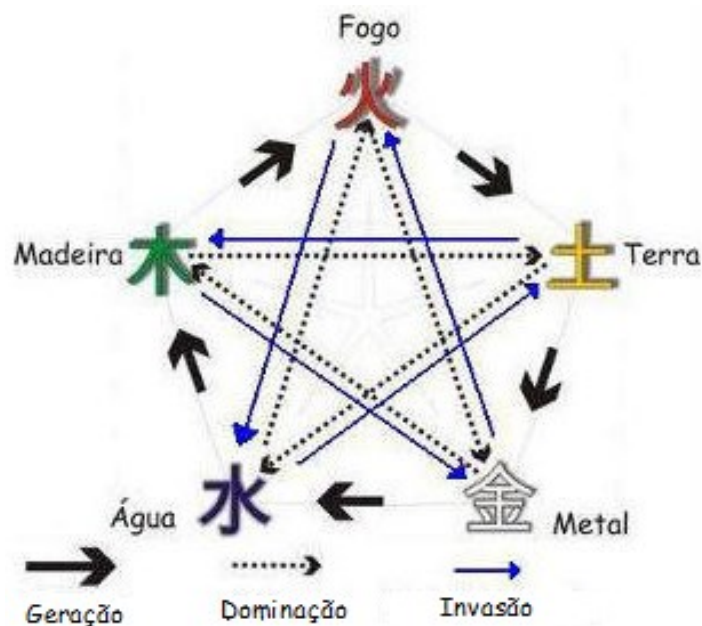
A MTC classifica os fenômenos de acordo com a natureza, organizando a partir da sua função e forma. Os cinco movimentos⁵² são: Água, Madeira, Fogo, Terra e Metal. Essa classificação que parte da natureza organiza uma teoria chamada de sistemas internos do corpo humano. A constituição de cada um desses movimentos energéticos está pautada na relação desse elemento na natureza (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992). Os dois quadros explicativos que seguem ilustram, respectivamente, como esse movimento acontece na natureza e como é a observação desse movimento no corpo humano.

⁵²*Wu Xing* é traduzido como “cinco movimentos”. É conhecido como cinco elementos, por causa da correspondência com os elementos da natureza. *Elemento* não é a tradução original e produz uma sensação de estático, o que difere da relação cíclica proposta pela MTC.

NATUREZA						HOMEM					
CINCO ELEMENTOS	MADEIRA	FOGO	TERRA	METAL	ÁGUA	CINCO ELEMENTOS	MADEIRA	FOGO	TERRA	METAL	ÁGUA
5 Estações	Primavera	Verão	Verão prolongado	Outono	Inverno	5 Órgãos ZANG	Fígado	Coração	Baço	Pulmão	Rins
5 Direções	Leste	Sul	Centro	Oeste	Norte	5 Órgãos FU	Vesícula Biliar	Intestino delgado	Estômago	Intestino grosso	Bexiga
5 Estados	Vento	Calor	Úmido	Seco	Frio	5 Órgãos dos sentidos GUAN	Olho	Língua	Boca	Nariz	Orelha
5 Mutações	Nascimento	Desenvol. crescimento	Mutação Transform.	Recepção	Conservação	Corpo, forma	Músculos Tendões	Pulso	Carne	Pele Pêlos	Ossos
5 Cores	Azul	Vermelho	Amarelo	Branco	Preto	Emoções	Raiva	Prazer	Pensamento	Tristeza	Temor
5 Sabores	Ácido	Amargo	Doce	Picante	Salgado						

Fonte: AUTEROCHE e NAVAILH (1992), p. 24.

A teoria *Yin/Yang* se faz presente nessa organização, sendo que Madeira e Fogo, *Yang*, Metal e Água são *Yin*, e a Terra é a passagem de um para o outro. Cada um dos cinco movimentos compõe um sistema interno, o qual tem um órgão (*Zang*) e uma víscera (*Fu*) para coordenar. As características atribuídas aos movimentos levam em conta emoções e sustentam personalidades. Por exemplo, a Água é *Yin*, representa conservação, inverno, frio e temor; a característica psicológica de uma pessoa que está numa tendência de movimento Água é de estar introspectivo. Após compreender qual movimento elementar está com excesso ou deficiência de energia, é preciso incluí-lo na dinâmica dos ciclos da natureza, que deriva da imagem a seguir:



Fonte: <http://ichingolivrodasmutações.blogspot.com/2011/10/medicina-tradicional-chinesa-mtc.html>. Acessado em 13/06/2018.

Os ciclos organizam a correspondência entre os movimentos da natureza. A Geração representa uma relação de sustento, de produção de um levar ao outro, como a passagem das estações do ano. A Dominação controla as atividades dos sistemas internos. Por último, o ciclo de Invasão é desarmônico, ocorre quando um movimento está alterado e provocando desordem nos outros dois ciclos (MACIOCIA, 1996). Para tentar elucidar melhor, vamos analisá-los mais atentamente.

No Ciclo da Geração, os movimentos são estimulados e nutrem-se uns aos outros. Na MTC, é comum chamar esta relação como a de uma mãe para um filho, pois um movimento dá origem a outro. O ciclo se expressa da seguinte maneira: a Madeira dá origem ao Fogo; o Fogo à Terra; a Terra ao Metal; o Metal à Água; e a Água à Madeira. Existem metáforas para esse ciclo, como as apresentadas no curso de capacitação:

O Fogo alimenta a Terra (com suas cinzas, o fogo produz terra); a Terra alimenta o Metal (a terra reúne os sais metálicos); o Metal alimenta a Água (os metais enriquecem a água que brota das fontes minerais); a Água alimenta a Madeira (a água irriga a planta, a madeira) e a Madeira Alimenta o Fogo (a madeira faz crescer fogo). O elemento que alimenta é denominado elemento-mãe e o elemento que é alimentado é denominado elemento-filho (Módulo III, p. 28).

O Ciclo de Dominação impõe limite de crescimento para cada movimento, que origina um e supervisiona outro; enquanto na Geração é chamado de mãe e filho, neste caso é conhecido como avô e neto, pois o segundo respeita as ordens do primeiro. A intenção da dominação é impor um controle, para que o crescimento dos movimentos seja moderado. A metáfora conhecida é: o Fogo derrete o Metal, a Terra barra a passagem da Água, o Metal em forma de faca corta a Madeira, a Água apaga o Fogo e a Madeira consome a Terra para a árvore crescer (MACIOCIA, 1996).

O Ciclo de Invasão é desarmônico. Um movimento fica com energia em excesso e atua de forma exagerada em outro, controlando mais do que deveria. O movimento que perde energia devido ao controle de seu elemento-avô, após um longo período de sofrimento, reage invertendo o ciclo. Por causa dessas particularidades, esse ciclo é considerado presente em patologias crônicas (MACIOCIA, 1996). Esse ciclo não foi apresentado no curso de capacitação, mas como os profissionais procuraram intensificar os estudos, esteve presente na oficina.

É comum chamar a imagem dos ciclos de “Pentagrama da MTC”, por causa da estrela de cinco pontas que se forma no centro da figura. A avaliação na MTC ocorre em cima dessa imagem e as técnicas de diagnose são para encontrar as energias de cada movimento. Uma

metáfora encontrada no livro *Imperador Amarelo* sugere pensar o percurso de um rio. Uma barreira provoca acúmulo de água represada e, conseqüentemente, em outro local haverá uma diminuição do fluxo.

A metáfora instrui que o desequilíbrio terá reflexo em dois ou mais sistemas, e a produção de uma diagnose em MTC busca encontrar quais são os movimentos que estão provocando essa situação. Os sintomas são a chave de acesso para entender o processo de adoecimento; além do tradicional interrogatório para conhecer os sinais da patologia, outras técnicas foram desenvolvidas, como inspeção do rosto, da língua, e palpação dos pulsos. As analogias com a natureza são importantes neste momento, por exemplo, a estação do ano que iniciou a patologia, pois fatores climáticos interferem no corpo, a preferência por paladares/sabores, o horário do surgimento dos sintomas, são tradicionais meios de coletar informações para o diagnóstico da MTC (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992).

Os desequilíbrios podem ocorrer por três causas: externas; internas; nem externas, nem internas. No primeiro caso, as causas da patologia é a entrada no corpo de vento, calor, frio, umidade, ou secura, sendo que são as estações do ano que determinam qual é a presença da natureza que estará em maior ascensão. No segundo caso, os sentimentos levam a uma patologia. Em equilíbrio, uma pessoa sente um pouco de cada uma das emoções dos movimentos, e o distúrbio patológico ocorre quando um deles se torna recorrente. No último caso estão os acidentes, as doenças transmitida por animais, como picada de insetos ou as doenças hereditárias (MACIOCIA, 1996).

A antropóloga Maria Andréa Loyola (1991) explora dados produzidos em campo acerca de saúde/doença com moradores do bairro de Santa Rita, no município de Nova Iguaçu (RJ) e clientes de homeopatia na cidade do Rio de Janeiro. As contribuições da autora ajudam a elaborar as definições de saúde e doença. No caso dos moradores de Santa Rita, as doenças passam por duas classificações, ou são de corpo ou de alma.

A distinção entre doença material e espiritual, por exemplo, não contradiz a concepção totalizante da doença em si, como algo que afeta tanto o espírito quanto a matéria; ela remete principalmente à noção de origem da doença (estabelecida, muitas vezes por analogia com o agente) que, uma vez instalada, afeta o corpo como um todo. Em contraposição, tal sistema de classificação permite que os clientes possam recorrer ora a um ora a outro sistema de cura sem por em xeque a superioridade ou a competência dos especialistas não médicos presentes no campo. Permite por exemplo aos umbandistas e rezadores enviar ao médico - sob a alegação de que se trata de uma doença material e não espiritual - os casos mais graves que poderiam pôr em risco seu prestígio e sua competência; permite aos pastores enviar ao médico a maior parte das doenças, reservando à Igreja o cuidado pela parte espiritual das mesmas, sem o qual a cura não se efetiva;

e permite, sobretudo, à população como um todo, se defender do autoritarismo da medicina oficial e complementar o tratamento médico, naquilo que ele tem de mais frágil do ponto de vista da cultura popular: o aspecto simbólico (LOYOLA, 1991, p. 130).

Continuando a elaboração sobre as classificações, a antropóloga apresenta os clientes de homeopatia. Pontua diferenças, explicando que a medicina popular de Santa Rita propõe definições de saúde e doença em categorias de força e fraqueza, enquanto os que utilizam da homeopatia optam por explicações como equilíbrio ou desequilíbrio. Essas duas formas distintas de concepções de corpo acabam por se unir na negação do dualismo corpo/espírito (LOYOLA, 1991), condição com que a MTC compactua.

As categorias que organizam as patologias na MTC estão divididas em quatro oposições, que constituem os oito princípios (*Ba Gang*): *Yin/Yang*, Interior/Exterior, Calor/Frio e Plenitude/Vazio. Após diagnosticar quais são os movimentos que estão em desarmonia, é preciso conduzir os sintomas dentro dessas quatro possibilidades categóricas. Qualquer que seja a complexidade da evolução ou manifestação da doença, ela poderá ser organizada pelos oito princípios (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992).

A doença pode ser *Yin* ou *Yang*. Sua localização pode ser no Interior ou na Superfície (Exterior) do corpo. O apogeu da energia perversa (*XieQi*) pode promover o Vazio (deficiência) de um movimento ou a Plenitude (excesso), enquanto sua natureza pode ser Fria ou Quente. Os oito princípios formam quatro duplas dependentes que devem ser entendidas umas em função das outras. Por exemplo, a distinção de se a energia do movimento está Vazia ou em Plenitude precisa ser posta em relação se é uma patologia Fria ou Quente, se é *Yin* ou *Yang*, e se a localização é na Superfície ou no Interior (AUTEROCHE e NAVAILH, 1992).

<i>Yang</i>	/	<i>Yin</i>
Superfície – Biao	/	Interior – Li.
Calor – Re	/	Frio – Han.
Plenitude – Shi	/	Vazio – Xu

Ao final da diagnose, é necessário definirem qual dos lados está a patologia, pois isso leva ao quadro inicial de se a doença provocou a elevação ou o declínio de *Yin* ou de *Yang*. As doenças crônicas geralmente são *Yin*, frias, se localizam no interior indicam vazio de energia, enquanto as agudas, na maioria das vezes, são consideradas *Yang*, quentes, provocadas por excesso e se localizam na superfície, o que leva ao retorno do equilíbrio em um menor período de tempo.

2.3 Corpo, saúde e doença no curso de capacitação

Retomando o debate iniciado no capítulo acerca do encontro entre racionalidades terapêuticas Ocidentais e Orientais através da Auriculoterapia, propomos observar a forte influência da Biomedicina no curso. Diferente da Auriculoterapia proposta por Paul Nogier, intitulada de Reflexologia, e da MTC, a Biomedicina não sistematizou o uso de esferas no pavilhão auricular. Apesar disso, há um módulo no curso inteiramente dedicado a essa racionalidade terapêutica.

Para dar início a essa análise, se torna relevante levantar informações sobre os organizadores da capacitação. A equipe que assina os conteúdos dos Módulos é formada predominantemente por profissionais graduados em medicina e fisioterapia, tendo a presença de pessoas da área da enfermagem e farmácia, sendo que todos apresentam pós-graduação nas áreas de saúde coletiva ou acupuntura. O que fica implícito com a formação acadêmica dessa equipe é a forte influência dos saberes biomédicos.

Como esta sessão se dedica a tratar das relações entre a Biomedicina, trazemos uma passagem de Loyola (1991) sobre a hierarquia dos saberes:

Qualquer que seja o termo utilizado para classificá-las (medicina tradicional, popular, mágica ou religiosa, por exemplo), acho importante ter presente que estamos lidando com um conjunto de técnicas de tratamento empregado por especialistas às vezes tolerados, mas não reconhecidos pela medicina oficial. Portanto com técnicas e saberes que não são oferecidos à população em igualdade de condições com a medicina oficial ou como práticas realmente alternativas, mas mediadas por relações de força (LOYOLA, 1991, p. 126).

O debate que iremos produzir nessa sessão passará pelos três módulos dedicados exclusivamente a Auriculoterapia⁵³. A intenção é aprofundar o encontro de racionalidades terapêuticas Ocidentais e Orientais, porém a proposta é pensar sobre a negociação se dar nos termos das primeiras e propiciando um entendimento sobre corpo, saúde e doença pautada na biomedicina.

Começaremos observando o módulo II – Auriculoterapia segundo a Reflexologia, que está organizado em três etapas: estruturas anatômicas e pontos auriculares; métodos de avaliação na auriculoterapia; e métodos de tratamento. Nessa fase do curso, os objetivos a serem alcançados são proporcionar o conhecimento no pavilhão auricular da anatomia e

⁵³ Módulo II – Auriculoterapia segundo a Reflexologia.
Módulo III – Auriculoterapia segundo a Medicina Tradicional Chinesa.
Módulo IV – Auriculoterapia segundo a Biomedicina.

estruturas anatômicas; inervação e a vascularização; origem embrionária das regiões; zonas reflexas; pontos reflexos; métodos de avaliação da região; distinguir sinais na avaliação; por fim, terapêutica segundo a Reflexologia.

Com essa apresentação fica evidente que o contato inicial com a Auriculoterapia é sustentado pelos saberes biomédicos. A primeira sessão apresenta as estruturas anatômicas da face do pavilhão auricular que está organizado em 10 áreas: Hélice, Antélice, Escafa, Trago, Incisura Intertrágica, Incisura Antitrágica, Antitrago, Cavidade da Concha, Cimba da Concha e Lóbulo. Em seguida mostra a vascularização e as estruturas musculares, organizando o pavilhão auricular com oito músculos. Por fim, expõe que as inervações são complexas, mas estão centradas em três nervos principais: Aurículo Temporal; Vago e Auricular Maior.

Essa experimentação da orelha como um espaço do corpo que contém uma diversidade de músculos, com vascularização e enervação, é promovida em um contexto que prioriza compreender o corpo através da anatomia. O primeiro pavilhão auricular que a capacitação apresenta é dentro de uma lógica da dissecação do corpo.

É preciso lembrar que há um interesse em diminuir os distanciamentos entre os saberes tradicionais e os científicos, porém, para que isso ocorra, é necessária uma dedicação a aspectos históricos dos conflitos presentes nos diferentes discursos sobre corpo. David Le Breton (2011), em seu livro *Antropologia do Corpo*, promove uma descrição minuciosa acerca das dificuldades latentes entre os diferentes sistemas de concepção de corpo.

Para as tradições holistas, da qual a MTC faz parte, o corpo é conectado ao sistema cosmológico. Nessa abordagem, não é possível fazer uma divisão entre ele e o universo que o cerca. Pelo contrário, há um entendimento de que as leis que regem os seres vivos são as mesmas para todos, portanto também servem para pensar o ser humano, que está conectado ao universo, numa lógica de partilhamento de substâncias. Segundo o antropólogo, foi um longo processo até que houvesse a diminuição do corpo, até ele se limitar a si mesmo, e isso ocorreu com a concentração de explicações anatômicas.

As primeiras dissecações oficializadas ocorrem na Europa no século XV, com maior intensidade nos dois séculos seguintes, ao mesmo passo que há uma intensificação de um modelo de individualismo. Antes desses processos o corpo é indissociável ao homem, isto é, ele ainda não o possui, ele o vive dentro do prisma de *ser*, o que é diferente de *ter* um corpo (LE BRETON, 2011, p. 56 e 57).

Durante a Idade Média, a dissecação era absolutamente proibida, pois havia uma relação do corpo com a criação divina, o que transformava a entrada de utensílios no corpo uma profanação impensada. Os anatomistas do século XV iniciam essa nova relação, em que

o corpo se torna separado do ser que o provém, para se tornar objeto de estudo, portador de uma realidade autônoma e dissociada da sociedade (LE BRETON, 2011, p. 57).

O saber anatômico torna o corpo superficial, e o toma segundo a letra das matérias que ele atualiza sob o escalpelo. A correspondência entre a carne do homem e a carne do mundo é rompida. O corpo não remete a mais do que a ele mesmo. O homem está ontologicamente separado de seu próprio corpo, que parece conduzir, certamente fixado ao homem, sua aventura singular. (...) Lembremos dessa frase espantosa das Méditations: “Eu me considerei primeiramente como tendo um rosto, mãos, braços, e toda essa máquina composta de ossos e carne, tal como ela aparece em um cadáver, a qual designei pelo nome corpo”. A imagem do cadáver vem naturalmente sob a pena de Descartes, denotando assim a reificação, a ausência de valor de que o corpo é objeto (LE BRETON, 2011, p. 75).

O resultado da invenção do corpo promovido pelo pensamento ocidental contempla três rupturas: do homem consigo mesmo, através da separação do corpo com o espírito; do homem com a comunidade que o cerca, que ocorre com o avanço das ideologias individualistas; e, por fim, o homem é separado do universo, pois os saberes anatômicos promovem um distanciamento do que tradicionalmente era entendido como uma relação intrínseca entre os seres com o cosmo que os cerca (LE BRETON, 2011).

O primeiro contato com o pavilhão auricular no curso é dentro da lógica anatômica, com alto grau de sofisticação e detalhamento, com precisão de cada micro parte da orelha. Após apresentar as estruturas anatômicas, começa a organização do que são os pontos reflexos, onde serão aplicadas as esferas, sendo que há uma proposta de diagnosticar através da visualização da orelha. Por exemplo, se houver uma mancha, uma coloração diferenciada, alteração na textura da pele, é indicado que é essa a região em que se encontra o ponto que deverá ser abordado.

Há um debate acerca dessa proposta do curso em relação à necessidade de se obter uma avaliação ao olhar para o pavilhão auricular, pois isso promove a intenção de o profissional obter o diagnóstico sem uma prévia comunicação com o paciente. Até o momento, não há indicação de que a narrativa do adoecido possa participar dessa avaliação. O diagnóstico através da visualização é uma prática recorrente da biomedicina.

Para poder problematizar o que estamos apresentando, se torna frutífero trazer contribuições do autor Francisco Ortega e da autora Rafaela Zorzanelli (2010) com o livro *O Corpo em Evidência*. Há, no início da obra, uma descrição sobre como a ciência redefiniu o corpo ao lembrar um antigo filme chamado *Viagem Fantástica* (1966), no qual os personagens puderam fazer uma viagem para dentro do corpo humano. Nesta ficção

científica, os humanos são capazes de diminuir seu tamanho para adentrarem em um corpo adoecido.

Hoje é possível adentrar ao corpo, sem precisar diminuir uma pessoa ao nível microscópico. Cada vez mais sofisticados, os exames médicos têm como premissa a objetividade científica (ORTEGA, ZORNANELLI, 2010, p. 43). O ponto é que, quanto mais se aproxima dessa relação com a objetividade, mais se apaga a subjetividade do adoecido e sua capacidade de explicar sua doença.

Este processo foi amparado dentro de um pensamento científico, que preza pela objetividade. Para isto, se aproximou de metodologias reducionistas, em que se desmembra o todo em partes, predominante em certas áreas de conhecimento como química, física e biologia. Essa inspiração levou a biomedicina à crença de que a doença se localiza numa parte, e se a mesma for retirada, ou tratada é possível restabelecer a ordem no corpo. Uma relação em que saúde é apenas o oposto da doença, perdendo todo o caráter subjetivo e sociocultural do que significa portar uma enfermidade. Os antropólogos estão construindo o quanto a crença no corpo dissecado possibilitou essa lógica, e essa passagem corrobora o entendimento do que buscamos enfatizar:

O processo que estamos assimilando diz respeito ao desenvolvimento da cultura da dissecação, que abre caminho para o estabelecimento do valor da evidência visual, apresentada desde os anatomistas como uma realidade objetiva, alvo de conhecimento externo. A visualização é o meio por excelência de objetivação dos conhecimentos na tradição biomédica ocidental. O estabelecimento de um conhecimento objetivante sobre o corpo é bem ilustrado pelo modelo de corpo-máquina, cujas partes se relacionam umas com as outras como as engrenagens de um relógio. (...) O primeiro passo da objetivação do corpo como alvo de observação descritiva é a desvalorização de sua capacidade de transmitir significados simbólicos. Por isso não é difícil reconhecer que a revolução anatômica é acompanhada por uma desvalorização da magia do corpo, presente na cultura popular (ORTEGA, ZORNANELLI, 2010, p. 27).

Grandes avanços tecnológicos ocorreram na busca dessa visualização objetiva do corpo, o que levou à interpretação de que no corpo há uma parte que é a doença, a qual precisa ser localizada através dos exames. As técnicas se aprimoraram na intencionalidade de que é possível transformar o que há dentro do corpo em visível, ao mesmo tempo que explicações subjetivas que ocorrem na interação entre o médico com seu paciente são deixadas de lado (ORTEGA, ZORNANELLI, 2010, p. 28). Mesmo o estetoscópio, que é um instrumento comum de um médico, pode ser considerado subjetivo e pode ser substituído pelo exame de eletrocardiograma, para transformar as batidas do coração em uma planilha visual.

A história da doença e as sensações que ela promove foram se tornando métodos inapropriados para diagnosticar. As únicas explicações possíveis de entender a doença serão relatadas por exames, os quais transformam tudo ao nível visível. Com o passar do tempo, isso gerou uma identificação da medicina com este sentido e a abolição do tato, ou audição, os quais, anteriormente, eram guias (ORTEGA, ZORNANELLI, 2010, p. 31). A visão se torna o único sentido capaz de promover uma explicação objetiva, como no exemplo dado acima: o estetoscópio ainda é utilizado, mas se quiser aferir uma enfermidade no coração, para o atual prisma da biomedicina, este não é mais o instrumento adequado para definir a doença, o indicado é transformar as batidas do coração em uma planilha visual, pois a audição é considerada pouco fiável.

É preciso ressaltar que a saúde proposta pelo SUS quer combater esse entendimento de saúde apenas como oposta à doença, e oportunizar o entendimento de que ela engloba bem-estar físico, mental e social. Por isso, o protocolo prioriza o histórico da moléstia, e os exames são complementares. O ponto ao trazer esse debate é perceber que, quando o curso se dispõe a ensinar como diagnosticar através da visualização de parte do corpo, sem em momento algum indicar que a história da doença importa, acaba por priorizar esse raciocínio objetivante, em que há a supressão da subjetividade do paciente e os aspectos socioculturais das doenças. A partir desse momento, será analisado o Módulo III – Auriculoterapia segundo a Medicina Tradicional Chinesa. Essa etapa inicia-se com uma organização de nomenclaturas:

***Biomedicina:** Termo originado da antropologia médica que designa a medicina ocidental contemporânea ou medicina moderna, baseada nos saberes científicos e centralmente nos saberes da biologia humana sobre o funcionamento do corpo e das doenças. Essa especificação induz o reconhecimento de que essa medicina é um tipo específico de saber/fazer especializado em saúde-doença, havendo outros bem diferentes.*

***Medicinas Alternativas e Complementares:** referem-se às práticas em saúde que não estão dentro do escopo dos saberes/práticas biomédicos e das outras profissões da saúde.*

***Práticas Integrativas e Complementares:** termo usado pelo Ministério da Saúde brasileiro para designar as medicinas alternativas e complementares, ou medicinas tradicionais e complementares. (Módulo III, p.10).*

Organizado essas definições, há um esforço em se explicar essa delicada nomenclatura. O texto esclarece que, desde a metade do século XIX, a biomedicina se consolida no mundo como a medicina oficial e que, durante o século XX, avançou suas capacidades de intervenção material no corpo, através do investimento em tecnologias e sofisticadas aparelhagens. Por fim, afirma que essa consolidação se dá com maior desenvoltura em países de alta renda, em contraposição, em diversas regiões do mundo,

embora tenha se estabelecido oficialmente, “nunca foi disseminada o suficiente para combater eficazmente e reduzir os curadores e praticantes das artes e saberes de cura” (Módulo III, p.11).

A partir de 1960, as sociedades ocidentais de alta renda expandiram uma revalorização das medicinas alternativas, numa relação de complementariedade, pois usufruem das duas abordagens de cura. O fenômeno que estão desenvolvendo nesta parte do texto é nominado de contracultura, que está associado ao “movimento ecológico e sua crítica à sociedade industrial e de consumo; essa procura envolve uma revalorização de práticas de cuidados à saúde consideradas tradicionais ou mais naturais” (Módulo III, p.12).

O curso evidencia que essa procura tem dois motivos, que são interligados: de um lado, há uma insatisfação com os procedimentos da biomedicina, de outro, há o mérito próprio das medicinas alternativas. Para exemplificar o descontentamento com a medicina oficial incluem os limites dos diagnósticos e dos tratamentos e os efeitos colaterais. O texto explica que, para produzir um diagnóstico, a biomedicina reduz o todo em partes, focando apenas em alguns sinais e desqualificando outros. Na maior parte dos casos, o tratamento se restringe aos produzidos pela indústria farmacêutica e os efeitos colaterais do uso desses medicamentos descontentam os adoecidos, sendo que isso se acentua no caso das doenças crônicas, comuns numa sociedade que está tendo um envelhecimento populacional. Ressalta, ao final:

Há, ainda, uma insatisfação com a abordagem biomédica, caracterizada como mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao paciente, numa relação resfriada e enfraquecida pela interposição da aparelhagem tecnológica, sobretudo diagnóstica, entre terapeuta e usuário. Esses problemas fazem com que a biomedicina tenha uma abordagem comumente pouco integral dos adoecimentos (Módulo III, p.13).

Como esse módulo se dedica a pensar sobre outras abordagens sobre corpo e é escrito de forma a demonstrar um contato com a Antropologia, pode ser proveitoso trazer as contribuições de Jean Langdon (2003), com o texto, *Cultura e os processos de Saúde e Doença*. A antropóloga apresenta o histórico das visões diferentes à biomedicina, propostas pelos antropólogos, acerca do conceito de doença, de modo a possibilitar uma articulação em que o biológico está interligado ao cultural, em que o estado de doença não é estático, mas um processo que passa por interpretações. O marco inicial de seu relato histórico está nos anos 1970, nos quais antropólogos se dedicavam à relativização da biomedicina.

Segundo a antropóloga, como a doença ocorre dentro de um processo, há alguns passos a serem tomados pelo indivíduo, que seriam: reconhecer que tais sensações

possivelmente seriam classificadas como doença; diagnosticar e optar por um tratamento; avaliar o tratamento. O primeiro passo implica uma relação com a cultura, pois o conhecimento de que tal sensação é uma doença está na ordem social, o que é diferente do proposto pelo modelo universalista dos saberes biomédicos, em que doença é algo objetivo e igual em todos os corpos.

O segundo e o terceiro passos podem ocorrer mais de uma vez, pois a avaliação pode chegar à conclusão de que é preciso realizar um novo diagnóstico, o que promove uma nova terapêutica. Não há consenso de que existe apenas um modo de percorrer estes passos, existindo divergências mesmo nas pessoas que compartilham a mesma formatação de conhecimento (LANGDON, 2003, p. 98).

A antropóloga promove uma reflexão sobre doença e o conceito de experiência, propondo pensar também sobre as questões subjetivas e simbólicas construídas em contextos que são mediados pela sociedade. Indica que as percepções de dor podem ser experimentadas de forma diferente, pois dependem de diversos fatores. Para exemplificar, cita o parto, que, em alguns grupos sociais, carrega implícita uma relação com a dor, e em outros pode ser uma experiência com pouca referência de sofrimento.

Não estou dizendo simplesmente que a dor se manifesta diferentemente, dependendo da cultura ou do grupo, um fato que parece ser estabelecido. A relação corpo/cultura vai bem além da questão do sofrimento. O corpo serve para o ser humano como uma matriz simbólica que organiza tanto sua experiência corporal como o mundo social, natural, e cosmológico. O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, isto é, a experiência corporal só poder ser entendida como uma realidade subjetiva na qual o corpo, sua percepção, e os significados se unem numa experiência particular que vai além dos limites do corpo em si. (...) O impacto do mundo externo na experiência interna é mediado pela capacidade simbólica de o ser humano interpretar sua experiência. Os processos simbólicos de nossa experiência são integrados aos processos físicos (LANGDON, 2003, p. 100).

Por mais que o biológico seja uma parte significativa do processo de adoecimento, não é possível limitar o entendimento apenas a ele. O mundo simbólico interage com tal sensação orgânica e estamos lidando com uma grande expansão dos conhecimentos biomédicos, o que provoca um contexto em que o corpo dissecado está dentro do imaginário simbólico da sociedade. Vivemos um momento em que é comum um adoecido se utilizar de recursos anatômicos para se referir a suas enfermidades, com a apropriação dos códigos do saber biomédico.

Para ampliar esse debate, vamos incluir alguns pontos levantados pela Jacqueline Ferreira (1994) no artigo *O corpo Sígnico*, a qual define que sinais e sintomas são

manifestações diferentes da doença. Os sinais representam a manifestação física e objetiva, enquanto o sintoma representa a sensação subjetiva. Por exemplo, tossir é um sinal, queimação no peito é um sintoma. A biomedicina está se afastando das explicações subjetivas e isso diminui seu interesse em ouvir relatos dos sintomas, pois está na busca dos sinais, para, se possível, transportá-los ao nível do visível, através dos exames e de técnicas computadorizadas.

Assim, se a biomedicina se tornou a forma hegemônica de se tratar do corpo, ela produziu em nível individual a mesma busca de objetividade ao explicá-lo. Segundo Ortega e Zorzanelli (2010), ilustramos nossas próprias sensações corporais ao nível anatômico. Por exemplo, dores na barriga não são explicadas no nível da sensibilidade; ao passar pelo desconforto, logo nos conectamos com as perguntas e respostas produzidas pelos conhecimentos da biomedicina: se a dor se localizar na parte superior, pode ser relacionada ao estômago; na parte inferior, indicará que é preciso dar atenção aos intestinos. Até mesmo nomes de patologias se tornaram usuais ao domínio público: uma sensação de tristeza logo poderá ser interpretada como depressão.

Em um mundo marcado pelo esvaziamento das instituições de referência tradicionais da modernidade, a concretude do corpo próprio e dos parâmetros biológicos torna-se uma das escassas fontes de certeza a que se pode recorrer. A ciência viria, assim, se colocando no lugar de oferta de sentido aos indivíduos contemporâneos, ao mesmo tempo em que convida à vigilância incansável do corpo por meio de tecnologias visuais, correções químicas e mecânicas, práticas de prevenção (ORTEGA, ZORNANELLI, 2010 p.75).

Foi caminhando por essa lógica que o conceito de saúde se torna a ausência da doença, e as soluções estão em níveis microscópicos, como genes e células tronco. No primeiro caso, destaca-se que há um código genético que está impresso desde o nascimento em cada corpo e define a longo prazo como será a pessoa. No segundo caso, mesmo que ainda não tenha comprovação real do que é possível se fazer, foi se criando o imaginário de que uma célula contém a perfeição da saúde intacta e que, se a ciência investir nela, poderá promover saúde a todos os casos de doenças, desde as genéticas, como as adquiridas pela degeneração (ORTEGA, ZORNANELLI, 2010 p. 56).

Segundo os antropólogos, a ciência suprimiu as necessidades das instituições tradicionais e, com isso, tomou lugar destas como referência das recomendações morais, isto é, ela se tornou o local de fala da verdade, o que provoca alterações significativas nos valores e nos sentidos da vida contemporânea. Essa ciência, que se coloca na posição de objetiva,

propõe estudos com sujeitos os tornando objetos, partes de um todo, e isso produz estudos que utilizam de imagens de parte do corpo (ressonâncias magnéticas) para explicar comportamentos (opções sexuais).

Essa forma de explicar o corpo prioriza as partes ao todo, para tanto o fragmenta, procurando observar o micro e se reduzir apenas a ele. Essa proposta é diferente da propagada nas tradições holistas, em que uma parte do corpo pode ser observada para explicar o todo, mas é para interagir com as outras. Essa dificuldade sobre as partes se faz presente na apresentação da Reflexologia, em que o pavilhão auricular é interpretado como um reflexo do corpo por inteiro. Por mais que o curso explique sobre a interação de um ponto auricular ser associado ao corpo, acaba por induzir a produzir um diagnóstico visualizando uma parte e se limitando a ela.

Para finalizar os apontamentos sobre o Módulo III – Auriculoterapia segundo a Medicina Tradicional Chinesa, abordaremos a ideia de autocura, que aparece como uma especificidade dessa abordagem. A atuação da MTC foca em promover a livre circulação do *Qi*, energia que existe no ambiente e em todos os seres vivos. A possibilidade da autocura ocorre por existir essa conexão com uma força que não está presente apenas nos humanos, mas em todas as formas de vida. *Qi* cumpre a função de ligação entre os seres, ofício tradicional da religião.

Para lidar com essa compreensão de corpo, retornaremos às contribuições de Le Breton (2011), retomando um ponto importante: as tradições holistas trabalham com uma relação em que os seres estão intimamente conectados com o meio, sendo que o corpo não é entendido como um vetor de identidade. Segundo o autor, “uma teoria do corpo como objeto independente do homem, conquanto estando ligado a ele, e encontrando nele próprio recursos (especificidade do vocabulário anatômico e fisiológico), adquirirá então uma importância social crescente” (p. 35).

As capacitações médicas reforçam que é preciso manter um distanciamento entre a realidade objetiva - o corpo - do sujeito. Para tanto, se amparam em experimentos, que começaram com os anatomistas, e aumentaram com avanço das tecnologias. O corpo foi minuciosamente estudado e o indivíduo portador de um diploma médico é o conhecedor desses saberes científicos experimentais. Diferente do portador da enfermidade, que não é capaz de conhecer seu próprio corpo (LE BRETON, 2011, p. 229).

O avanço do pensamento científico transforma a doença numa falha orgânica, que pode ser encontrada, medida e possivelmente solucionada, despersonalizando a situação como um todo. “A medicina negligenciou o sujeito e sua história, seu meio social, sua relação com

o desejo, a angústia, a morte, o sentido da doença, para considerar apenas o mecanismo corporal” (LE BRETON, 2011, p. 222). Nessa relação, lentamente o paciente foi constituindo um caminho passivo, em que a cura provém do outro, do médico que é capacitado a compreender os fenômenos do corpo.

As tradições holistas, além de não trabalharem com relação de rupturas, se amparam em um saber sobre a doença a partir do ato de vivenciá-la:

O saber sobre a doença não é o efeito de uma aprendizagem separada, mas, antes de tudo, uma experiência vivida da doença, prova superada, que em seguida prolonga um aprendizado junto ao curandeiro, que se faz anunciador, junto ao doente, da “força” que este detinha em si sem sabê-lo. É o que mostra frequentemente a coletânea das histórias de vida dos curandeiros. As medicinas populares são fundadas sobre um conhecimento (no sentido de nascer; nascer com o outro) antes que sobre um saber (universitário); elas repousam sobre uma conduta existencial antes que científica (LE BRETON, 2011, p. 229).

O que o curso de capacitação chama de um poder de autocura está amparado dentro desse prisma de uma experiência vivida, não de uma doença como um objeto a ser encontrado. Isso significa que o poder da força-vital, que pode promover uma autocura, está intimamente conectado com a corresponsabilidade do adoecido, afinal, ele é fundamental e o maior interessado que esse quadro mude.

Após essas explanações sobre as questões que permeiam o entendimento sobre corpo, saúde e doença, é possível pensar que exigir do profissional que a atuação se dê de forma a corresponsabilizar o adoecido, para propiciar a autocura, não é tão simples quanto parece. Todos os avanços científicos estão amparados na ideia de que o sujeito não é capaz de compreender seu estado e que apenas a visualização objetiva é a forma de realmente diagnosticar e promover o tratamento adequado.

A problematização que estamos propondo a essa conceito de autocura é de que, com a forte presença no curso do discurso biomédico, fica difícil promover a Auriculoterapia proposta no módulo da Medicina Chinesa. Isso emerge do conflito entre os saberes tradicionais e os saberes científicos. A proposta da abordagem dessa terapêutica chinesa adentra no campo da experiência de uma autocura que parte do sujeito adoecido. Para tanto, é preciso aceitar sentidos e significados trazidos por ele.

Neste momento, passaremos a abordar o Módulo IV – Auriculoterapia segundo a biomedicina, organizado em três etapas: neurofisiologia; evidências biomédicas e efeitos adversos; e sinais de alarme. Os objetivos a serem alcançados são os de compreender: os principais mecanismos endógenos de controle da dor, inflamação e processamento das

emoções; como estímulos das regiões do pavilhão auricular podem moldar os sistemas endógenos de controle da dor, inflamação e processamento de emoções; além de conhecer as principais evidências clínicas da Auriculoterapia, suas contra indicações, e identificar sinais e sintomas de alarme relacionados a doenças graves.

A priori, o módulo explica que a fisiologia avançou no entendimento de como funcionam os mecanismos do corpo, mas não consegue explicar sua regulação. A seguir indicam que as técnicas de tratamento da Medicina Chinesa contribuem por reverter quadros de processos patológicos e referenciam os canais energéticos, os meridianos, como neurônios, uma vez que os estímulos pontuais dessas técnicas de tratamento ocorrem no sistema nervoso periférico.

Organizam um tópico dedicado ao que é dor e nocicepção. O primeiro se refere a uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos que sugerem dano” (Módulo IV, p. 11). A nocicepção envolve quatro processos:

Transdução: a transformação de um estímulo nocivo pelo neurônio em um impulso elétrico.

Transmissão: condução do impulso elétrico do sistema nervoso periférico até o sistema central.

Modulação: ativação de vias neurais que podem aumentar ou diminuir a sinalização nociceptiva no sistema nervoso.

Percepção: a chegada do impulso elétrico no cérebro, onde vai ocorrer o processamento cognitivo e emocional da sinalização nociceptiva (Módulo IV, p.11).

Após essa explicação sobre como ocorre o processo de identificação da dor, as próximas páginas são cada vez mais densas sobre como que o Sistema Nervoso atua no corpo, finalizando com a descrição da endorfina, um hormônio responsável por trazer uma sensação de analgesia. A conclusão dessa sessão do módulo é que a Auriculoterapia promove liberação de endorfina.

A segunda sessão desse módulo se dedica às evidências científicas da técnica, e indica que há 50 anos estão em expansão. Apresentam o conceito de Medicina Baseada em Evidência, “definida como a integração das melhores evidências científicas disponíveis com a experiência clínica do profissional e os valores circunstanciais relativas ao paciente” (Módulo IV, p. 24). Neste momento, ressaltam que os valores do usuário do SUS precisam ser incorporados para a tomada de decisões.

Esse processo ocorre em cinco etapas: realizar uma pergunta ao adoecido que possa ser respondida com sim ou não; buscar uma evidência científica que comprove a afirmação;

avaliar criticamente se a resposta e a evidência disponível estão de acordo; tomar uma decisão de tratamento, levando em conta os valores do adoecido; e, ao final, avaliar se o resultado é satisfatório. Após este momento que organiza os estudos realizados acerca da Auriculoterapia, há uma exposição dos quadros clínicos que foram identificados como adequados ao uso da técnica.

Provoca incômodo pensar que essas etapas começaram com uma pergunta ao adoecido para ser respondida apenas com sim ou não, porém, fazendo um exercício de compreensão de como poderia ser utilizado na atuação, explicitaremos uma prática comum aos profissionais de Auriculoterapia. Por mais que exista um desenho único de onde se localizam os pontos, cada orelha tem um formato particular. O apalpador auricular é um instrumento utilizado para encontrar os pontos. Ele tem uma ponta arredondada e precisa ser pressionado onde sugere ser o ponto de Auriculoterapia; se o movimento gerar dor, vermelhidão ou a pele demorar a retornar à forma original, este é o local em que deve ser aplicado. Pode ser que o curso esteja se referindo a isso ao sugerir uma pergunta que possa ser respondida com sim ou não, pois, durante a palpação, é preciso que o paciente diga se sentiu mais dor em um ponto, ou em outro.

Além disso, nessa abordagem, o curso propõe, novamente, a supressão do paciente. Essa longa exposição técnica de como se dá a dor através de canais nervosos do corpo e, ao final, dizer que existe uma pergunta chave a ser elaborada para identificar qual é o quadro do adoecimento, novamente retira a capacidade do doente em explicar suas sensações.

Francisco Oliveira (1998), no artigo *Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?*, aborda a interação entre o profissional da saúde e o usuário do SUS. O antropólogo afirma que há um vasto campo para ser explorado a respeito das diferentes concepções de saúde e doença e sua reflexão ocorre acerca do contraste entre quem procura os setores de saúde e os profissionais que o acolhem. O entendimento que o sujeito tem sobre seu estado de doença entra em conflito com o que está nos discursos biomédicos presentes nos serviços de saúde pública. “Isto porque o entendimento do que seja doença permeia toda a relação que se estabelece no encontro do indivíduo com os sistemas de saúde, oficiais ou informais” (OLIVEIRA, 1998, p. 81).

O artigo em questão é amparado por depoimentos coletados para o banco de dados de uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS). A pesquisa consistiu em coletar 200 entrevistas, com moradores de quatro vilas operárias, que

utilizam os serviços de saúde em Porto Alegre. O antropólogo foi entrevistador, trazendo, para além das entrevistas, dados de campo.

Segundo o antropólogo, há uma divisão a respeito da presença da doença. Existem as perturbações físicas, os sintomas: dores, fraquezas, ou falta de apetite; e há as consequências: não ir trabalhar, ficar de cama, estar com falta de apetite. Essas duas fases não são divisíveis, são complementares, mas marcam momentos diferentes de estar com uma perturbação. Existem os que esperam uma consequência da enfermidade para procurar auxílio, assim como há os que se aproximam dos serviços de saúde logo nos primeiros sintomas (OLIVEIRA, 1998, p. 83).

As representações da doença estão intimamente ligadas ao entendimento do corpo. No caso, só é perceptível a enfermidade quando se torna um “problema”, pois atrapalha seu funcionamento (OLIVEIRA, 1998). Esse dado é importante, pois demonstra que o entendimento do conceito de saúde difundido pela OMS está distante da realidade de quem procura os serviços do SUS. Nessa relação, em que a doença é algo que impede o pleno desenvolvimento do corpo, a saúde se limita à sua ausência, diferente da definição que engloba bem-estar físico, mental e social.

Como estamos lidando com concepção de corpo, vale ressaltar que os conhecimentos biomédicos não se limitam aos profissionais, sendo apropriados pelos usuários do SUS. O modo como o indivíduo relata sua percepção de estar doente está conectado com os discursos ouvidos em consultas e na realização dos exames. Durante a evolução da doença, há um contato direto com modelos explicativos dessa área de conhecimento (OLIVEIRA, 1998, p. 89).

Manipular conhecimentos biomédicos e se apropriar da linguagem de corpo utilizada nesses serviços é uma forma de diminuir o distanciamento entre o usuário e o profissional. Porém, o dado de campo que o antropólogo captou é de que esta apropriação não é bem vista por parte dos funcionários dos serviços de saúde. Essas situações causam desconforto, pois “a onipotência do profissional da saúde é de certa forma questionada” (OLIVEIRA, 1998, p. 89).

Estamos elaborando acerca dos conceitos aludidos como importantes para que a Auriculoterapia possa ser incluída de forma a respeitar as teorias que a amparam. No primeiro módulo da capacitação, de forma sucinta, é apresentado que elas se amparam em uma filosofia vitalícia, na qual os seres são compostos por uma força-vital que propicia a cura. Também há uma passagem em que esclarece que as práticas integrativas propiciam uma corresponsabilidade no processo de cuidados à saúde.

Tratando desse segundo conceito chave, Adam Philippe e Claudine Herzlich (2001) indicam que indivíduos buscam explicações acerca dos acontecimentos, não sendo diferente com as sensações corpóreas, que também passarão por esse momento do diagnóstico próprio, sem auxílio do profissional da saúde. Diante de uma percepção diferente, o indivíduo passa por um processo de decodificação, afim de que possa torná-la possível de ser explicável. Para tanto, os recursos para transformar a sensação em códigos acessíveis está na linguagem. Por mais que a sensação ocorra num nível individual, toda a significação está num processo interligado ao nível social.

Qualquer doença é um fenômeno significativo e a atividade médica é sempre interpretativa. O médico decodifica os sintomas do seu paciente conforme as categorias do saber médico, fundamentadas sobre noções biológicas. O doente, por seu lado, tem ideias próprias sobre seu estado de saúde e cria, para o mesmo, um “modelo explicativo”; este pode, em parte, ser individual, embora possua também raízes culturais. (...) Os médicos, dizem eles, são conscientes da variedade de percepção e expressão dos sintomas segundo as culturas, mas eles acreditam que se trata de uma diferença superficial: os indivíduos percebem e traduzem diferentemente uma realidade que é sempre a mesma e que a medicina ocidental analisa objetivamente. Para os antropólogos, ao contrário, o modelo explicativo do doente não é somente uma tradução: a significação da doença faz parte da própria realidade e a modela (Phillepe; Herzlich, 2001, p.76).

Essa passagem é importante por ressaltar os conflitos latentes das interpretações. O usuário do SUS, que inicialmente procura auxílio por estar com uma sensação que lhe é incômoda, inicia um processo de identificação de tais perturbações. O contato direto com os discursos sobre o corpo próprios dos saberes biomédicos leva a um registro, isto é, a doença ganha uma história para ser relatada. Oliveira (1998) indica que o domínio do usuário a termos que são do poderio dos profissionais da saúde gera desconfortos relacionados à capacidade de interpretar os sintomas. Existe a formação acadêmica para identificá-los, e o paciente teria desconhecimento técnico.

Importante ressaltar que a apropriação do usuário não é uma cópia exata do que o profissional da saúde tem acesso, porém, ela ocorre dentro de uma perspectiva de buscar recursos na sociedade para identificar as sensações. A forma como é construída pelo usuário é diferente da que ocorreu durante a formação profissional. A questão acerca dessa apropriação está no desconforto que isso provoca no profissional.

Segundo Oliveira (1998), há uma onipotência presente no capacitado a diagnosticar os sintomas, por causa da sua formação técnica. O paciente que se apropria de tais conhecimentos pode apresentar dúvidas sobre a diagnose e a terapêutica, o que provoca questionamentos sobre esse poder. Pensando no curso, o profissional da Auriculoterapia

precisará levar em conta que, para ocorrer o retorno à saúde, o usuário deverá ter participação ativa. Isso implica distribuir o poder de cura, igualar o conhecimento que o adoecido tem de si com o do profissional capacitado.

A corresponsabilidade é um exercício, isto é, ela não ocorre de forma simples, ela precisa ser trabalhada, teorizada para poder ser praticada. Da forma como é construída textualmente nos módulos, aparenta ser algo automático. Apenas por saber que é preciso corresponsabilizar o adoecido no processo de saúde, isso iria ocorrer naturalmente, mas, como o próprio Oliveira (1998) expõe sobre os profissionais de saúde, a onipotência é uma tendência da responsabilização da cura estar sob domínio dos saberes biomédicos, que se fazem presentes pelo domínio de explicações sobre o corpo.

Capítulo 3. AVANÇOS E LIMITES: a capacitação na prática

Esse capítulo se dedica à oficina de matriciamento em Auriculoterapia promovida pelo SUS/Londrina. O curso é parte da capacitação, com a promoção de encontros para debater a terapêutica para a sustentação da implementação. A oficina de matriciamento realizou estudos de caso e, no segundo momento, propôs a organização dos protocolos de atendimento.

Antes de adentrar propriamente na oficina, nos atentaremos a algumas contribuições de pesquisadores que elaboraram acerca das capacitações no SUS. Segundo Silva e colaboradores (2014), os projetos educacionais para o SUS partem de uma relação direta com a prática no serviço público e precisam abordar as dificuldades, na busca de superá-las. A cada novo programa que o SUS implanta, os aprendizados do projeto anterior são incorporados para avançar nas políticas públicas, mas isso ocorre dentro de uma dinâmica, não sendo etapas a serem cumpridas.

Recusa da noção de implementação como etapa subsequente à formulação ou instrumento de “correção de rota”, para entendê-la como um processo autônomo, onde decisões são tomadas subsidiando constantes reformulações, ajustes, rearranjos e redirecionamentos (...), de modo que o aprendizado pessoal ou institucional favoreça o aprimoramento do próprio programa ou ação (SILVA et. al. 2014, p. 248).

O Programa de Saúde da Família atende aos princípios norteadores do SUS e fomenta a Atenção Básica, porém havia uma dificuldade na efetivação devido à carência de profissionais com o perfil adequado. O primeiro ponto a ser levantado como obstáculo era o currículo das escolas médicas e de enfermagem, entendidos como antigos perante as mudanças sociais (SILVA et. al., 2014).

O artigo da cientista social Canesqui (2011) rememora que há pouco mais de meio século as ciências humanas organizam conteúdos para os currículos dos profissionais da saúde. Quando são inseridos, enriquecem o conhecimento sobre o processo de saúde e adoecimento, permitindo o entendimento de que são fenômenos individuais e coletivos, ao mesmo tempo, aprofundando os saberes e as tecnologias de terapêuticas médicas e não médicas.

Do ponto de vista do ensino, as Ciências Sociais e Humanas consolidaram-se nos currículos da formação graduada dos médicos e de outras profissões de saúde, sem gozar de plena aceitação entre os que valorizam e gravitam em torno do modelo biomédico hegemônico. Tanto é que se relatam dificuldades de sua inserção no ensino médico, cuja centralidade do indivíduo contrapõe-se à visão predominantemente social e coletiva das ciências sociais orientadas pelos marcos macroestruturais na década de 1970 (CANESQUI, 2011, p.18).

Mesmo que algumas capacitações ainda apresentem dificuldades, houve uma grande expansão na formação de profissionais como Fisioterapia e Educação Física. Como sua análise é direcionada às produções científicas na área da saúde, indica que atualmente há uma preocupação em avaliar a Atenção Básica do SUS, abordando as políticas dirigidas a grupos específicos e acerca dos princípios da cidadania e justiça social, inerente à política pública voltada para a saúde (CANESQUI, 2011).

Silva e colaboradores (2014) dão o exemplo de mudança de gestão política no Mato Grosso e o consequente retrocesso da entrada do PSF. Isso ocorre porque, no caso de seu estudo, a eleição foi um fator que dificultou os avanços, pois a nova gestão se desinteressou em dar continuidade ao programa por associá-lo com uma política do governo anterior. A contribuição desses pesquisadores aborda a necessidade de uma política pública ter garantia de autonomia quanto aos processos de troca de governos.

A entrada da Auriculoterapia nos atendimentos precisa ocorrer com garantias de continuidade, sustentação de compra de insumos e capacitação continuada. O curso aborda essa temática no primeiro módulo, ao apresentar formatos possíveis de inserir uma PIC no SUS, organizando recomendações de quais são os meios que proporcionam maior capacidade de transformar a PIC numa política pública para além da gestão, garantindo a sua continuidade no SUS.

Essa sessão do curso é separada em quatro caminhos: inserir a PIC na Atenção Básica praticada pelos próprios profissionais do SUS, em associação com os cuidados biomédicos; inserir a PIC na Atenção Básica praticada por profissionais exclusivos, através de uma interação do público e do privado; inserir a PIC na Atenção Básica, praticada através de

profissionais de matriciadores; e inserir a PIC na Atenção Especializada, ou Hospitalar, praticada por profissionais exclusivos, ou especialistas.

No primeiro caminho, a PIC é inserida por meio dos profissionais da Saúde da Família, sendo considerada uma maneira híbrida quanto aos saberes. A formação inicial desses profissionais é baseada nos conhecimentos da biomedicina, e a capacitação da PIC se dará no intuito de integrar outra maneira de compreender saúde e doença. Nesse caminho, a entrada da PIC interage com a biomedicina e aumenta as possibilidades de o profissional da saúde contribuir de maneira adequada à demanda do usuário. Este é um caminho considerado satisfatório quanto à institucionalização.

No segundo caminho, a PIC é inserida através de profissionais capacitados, mas que não fazem parte do SUS. Há certo desestímulo dessa interação por questões logísticas a respeito de alocação de novos profissionais, mas ainda assim seria possível, através de encaminhamentos para atendimentos no local de trabalho deste terapeuta, numa parceria entre o público e privado. Há uma ressalva neste caminho: o desconhecimento dos saberes biomédicos pelo praticante da PIC de fora do SUS; além disso, este não é um formato que institucionaliza a política.

No terceiro caminho, a PIC é inserida através de profissionais de matriciamento, os quais atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O resultado do matriciamento é organizar atividades coletivas aos usuários. Neste caso, as reuniões podem ser organizadas com foco na Auriculoterapia e a entrada da prática se dará nas atividades coletivas com os usuários.

No quarto caminho, a PIC é inserida através de profissionais exclusivos, capacitados para serviços especializados e hospitalares. Este caminho existe há um tempo no país, mas em poucas unidades de saúde. Foi realizado por profissionais referências em algumas das PIC, que estabeleceram acesso via encaminhamentos, numa parceria entre o público e o privado. A dificuldade deste caminho ocorre por ser utilizado apenas em casos específicos e com doenças de perfil grave, ocasionando numa demanda maior do que a oferta. No caso de Londrina, por vezes esse foi o acesso de entrada da acupuntura, mas não precisou da parceria público/privado, pois os usuários eram encaminhados à Policlínica, que contava com um médico acupunturista.

Após a exposição das formas de viabilizar as PIC no SUS, o curso indica que os modelos recomendados sejam o primeiro e o terceiro. O segundo e o quarto implicam acordos entre público e privado, sendo ressaltado que a interação com os conhecimentos da biomedicina ocorrerá de forma proveitosa no primeiro e terceiro caminho. De acordo com o

curso de capacitação, no segundo e no quarto ocorrerá uma associação com profissionais que atuam especificamente em uma PIC e não há garantias de que estes saibam realizar a comunicação entre saberes.

Ao apresentar esses passos, o curso expõe a importância de segui-los, por causa da dificuldade na sustentação da prática para além da gestão que a promove. Por vezes a implantação de uma PIC ocorre através de certos atores políticos, porém não organiza um ordenamento administrativo que a ampare numa troca de gestores. Isso pode ocasionar o fato, numa mudança de governabilidade, de a PIC perder seu recurso. Por exemplo, o caso do Programa de Fitoterápicos em Londrina, que atualmente está desativado, após uma década de atendimento.

O primeiro passo é compreender as práticas de forma ampla. O texto sobre essa parte informa que a maior parte dos profissionais que exercem essas práticas não tem formação em áreas da saúde pautadas em biomedicina, o que ocasiona conflitos corporativistas, usando como exemplo a regulamentação da acupuntura. As teorias que amparam a PIC por vezes trabalham com uma filosofia vitalícia, através de um princípio de força-vital existente no ser humano, não sendo traduzíveis para os mecanismos fisiopatológicos e bioquímicos, além de que remete à possibilidade de alcançar a saúde por meio do poder de autocura.

Após indicar a dificuldade de lidar com o que não é traduzível aos mecanismos fisiopatológicos e bioquímicos, é apresentada uma classificação entre as PIC: autônoma e heterônoma. Explicam que a primeira é realizada por pessoas que não passaram por profissionalização especializada, enquanto a segunda exige um grau de especialização, por apresentar sistemas médicos complexos. Não há exemplos, porém há uma indicação de que as heterônomas estão dentro do quadro das racionalidades médicas, apresentadas no primeiro capítulo dessa dissertação.

A cientista social Marilene Cabral do Nascimento (2013) e colaboradores, entre eles Madel Luz, produziram o artigo *A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde*. O trabalho desses pesquisadores produz uma análise dos últimos 20 anos da categoria racionalidade médica e permite compreender a classificação de PIC autônoma e heterônoma.

A formulação da categoria racionalidade médica ocorre em 1992, sendo que o contexto de sua origem está marcado pela influência do movimento de contracultura da década de 1970 e, especificamente no Brasil, pelas lutas políticas relacionadas à saúde como direito da população brasileira que culminaram na criação do SUS, na década de 1980. Havia uma demanda por práticas denominadas como “naturais”, ou seja, por terapêuticas menos

invasivas e com proposta de promoção à saúde e não apenas de combate à doença. Nas palavras da antropóloga Madel Luz (1996):

Esses sistemas terapêuticos e práticas de medicação e cuidado tinham originalmente em comum uma posição antitecnológica em relação à saúde e, nesta perspectiva, tendente ao naturismo. Defendiam formas simplificadas e não invasivas no tratamento de doenças, o consumo de medicamentos oriundos de produtos naturais (não químicos) e uma proposta ativa de promoção da saúde (distinta do preventismo médico), ao invés da postura tradicional de combate às doenças, característica da medicina científica. Nesse caso, o naturismo significa não apenas a rejeição da medicina especializada e tecnificada, por invasiva e iatrogênica, portanto antinatural, mas também a afirmação da força curativa da natureza e da eficácia maior das terapêuticas provenientes da natureza (p. 360).

A categoria racionalidade médica foi construída a partir de uma perspectiva de análise weberiana, sendo interpretada como tipo ideal. Sua elaboração ocorre para realizar um estudo comparativo entre as medicinas, e na sua primeira proposta são incluídas a medicina ocidental contemporânea, também conhecida como biomedicina; a tradicional chinesa; a ayurvédica e a homeopática. Esta pesquisa estava na contramão do senso comum de que apenas a biomedicina é portadora de racionalidade, indicando a coexistência de distintas racionalidades médicas (NASCIMENTO, 2013).

A elaboração inicial da categoria racionalidade médica se amparava em cinco dimensões: morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, técnicas de diagnose e técnicas terapêuticas. Estas são descritas por Nascimento (2013) e colaboradores como:

- 1) *Morfologia humana (na biomedicina, anatomia), que define a estrutura e a forma de organização do corpo;*
- 2) *Dinâmica vital humana (na biomedicina, fisiologia), que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio no corpo, suas origens ou causas;*
- 3) *Doutrina médica, que define, em cada sistema, o que é o processo saúde-doença, o que é a doença ou adoecimento, suas origens ou causas, o que é passível de tratar ou curar (na biomedicina, o que pertence ou não à clínica);*
- 4) *Sistema de diagnose, pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, fase e evolução provável, origem ou causa,*
- 5) *Sistema terapêutico, pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido (ou doença) identificado pela diagnose (p. 3597).*

O estudo denomina por racionalidade médica os sistemas estruturados com a presença dessas cinco dimensões, podendo ter maior, ou menor grau de sistematização e de propagação de seus conhecimentos. Após uma primeira fase de pesquisa, foi constatada a presença de

uma sexta dimensão, que engloba as outras cinco, dando base teórica e simbólica, definida por cosmologia.

A visão cosmológica da biomedicina está sustentada na física clássica newtoniana e na metáfora cartesiana do corpo como máquina direcionada pela mente. Nas medicinas ayurvédica e tradicional chinesa, a cosmologia está enraizada em filosofias religiosas, como o conhecimento védico na Índia e o taoísmo chinês. A presença desta sexta dimensão permitiu a constatação de limites na racionalidade dos sistemas, uma vez que a cosmologia, própria da cultura em que se insere, é enraizada em um universo simbólico de sentidos que incluem imagens, metáforas, representações e mesmo concepções que são parte de um imaginário social irreduzível ao plano de proposições teóricas e empíricas demonstráveis pelo método científico. Não obstante, as racionalidades médicas têm em comum o fato de se constituírem em saberes/práticas doutos, cujas concepções e proposições se pretendem demonstráveis empiricamente, seja por meio de tecnologias cientificamente avançadas, seja por demonstração empírica tradicional (NASCIMENTO, 2013, p. 3597 e 3598).

No final dos anos 1990, a pesquisa sobre racionalidade médica constatou que, em algumas situações, havia distância entre racionalidade médica e prática terapêutica. Por mais que uma seja dimensão da outra, foi percebida uma vasta utilização das práticas terapêuticas de forma isolada, ocorrendo um afastamento da coerência teórica do sistema que a organizou, expandindo sua utilização pela eficácia. Esse cenário propiciou hibridismos, sincretismo nos cuidados à saúde, e está associado ao aumento da procura dos indivíduos em abordagens corporais, como a meditação, o ioga, o tai chi chuan, entre outras (NASCIMENTO, 2013).

Nessa fase, o estudo sobre racionalidade médica se amparava em observação participante e entrevistas com profissionais e usuários dos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro. A pesquisa buscou analisar as representações de saúde e doença, assim como os sentidos atribuídos durante o tratamento em relação ao corpo. Nascimento e colaboradores expõem que:

A hipótese nuclear do projeto era que a clientela e os profissionais de um determinado sistema médico tendem a partilhar paradigma e representações de sua racionalidade, e que este partilhar cultural tende a facilitar as relações médico-paciente, ou terapeuta-paciente, facilitando assim o processo terapêutico. (...) Na medicina tradicional chinesa (MTC), o compartilhamento de representações se mostrou menos presente, provavelmente devido ao lugar de auxiliar terapêutico que esse sistema ocupava em relação à biomedicina. As representações dos terapeutas, os que eram formados na visão holista da MTC, diferiam das de sua clientela, que tendia a ver na acupuntura um procedimento quase mecânico, que produz resultado sobre a dor ou inflamação. Este tipo de representação, presente na clientela, seria induzido pela própria racionalidade da biomedicina. Em todos os casos, entretanto, observou-se que, independente do sistema médico estudado, as representações não se mostram 'puras' do

ponto de vista de sentidos e significados atribuídos, isto é, não se restringem ao universo da racionalidade do sistema médico (p. 3599).

A constatação da pesquisa é de ocorrerem hibridismo e sincretismo na simbologia de corpo, saúde, doença, tratamento e cura. Os resultados acerca da MTC demonstram que a relação de corpo máquina se faz presente. O aumento da procura da MTC é associado ao seu efeito mecânico, pela sua potência em minimizar os desconfortos do sintoma. No capítulo anterior apresentamos uma parte da capacitação que ressalta a importância de não transformar uma PIC em procedimentos terapêuticos a serem consumidos e que põe o foco “exclusivamente na doença, e não no doente” (Módulo I, p. 19) presente na biomedicina, produtora dessa relação que dificulta os cuidados à saúde.

O estudo demonstrou que, em comparação às outras racionalidades médicas, a MTC produziu pouco compartilhamento de representações sobre corpo. A crescente procura por suas terapêuticas é devido ao reconhecimento de seus efeitos. O que os pesquisadores indicam é que essa lógica, de amenizar sintomas e de consumo de procedimento pelo seu efeito mecânico, é induzida pela forte presença da racionalidade biomédica ao lidar com o processo de adoecimento (NASCIMENTO, 2013). Após essas contribuições sobre o estudo que deu base à categoria racionalidade médica, veremos como o curso de capacitação apresenta a PIC autônoma e a heterônoma.

A pesquisa acerca da racionalidade médica demonstrou a propagação das práticas terapêuticas levou a um distanciamento das outras dimensões da racionalidade médica. Podemos relacionar a técnica de tratamento sem a inclusão das dimensões teóricas que a amparam como o que o curso classificou de PIC autônoma. A heterônoma está definida como sustentada pelas outras dimensões da racionalidade médica.

A capacitação indica que, independentemente dessa classificação, os saberes das PIC são dificultados aos profissionais da saúde, pois são elaborados em cursos não convencionais, resultando em pouco acesso a esses conhecimentos. É explícito que a existência da PNPIC incentivou os profissionais do SUS a buscarem por conta própria tais cursos e que a organização desta capacitação é uma estratégia de sistematização dos conhecimentos da Auriculoterapia de forma acessível aos graduados na área da Saúde.

Retomando os passos para a implementação da PIC, o segundo passo é formar um Núcleo Responsável, que organize discussões entre gestores e profissionais da saúde, e as diretrizes da implantação, além de definir um plano de ação, promover a normatização, realizar atividades educativas, grupos de estudos e pesquisas e criar um convívio no

município que propicie a valorização das PIC. Este núcleo é responsável por organizar os próximos passos.

O terceiro passo diagnostica a presença das PIC no município e no SUS. Nesta fase, quando não há profissionais no SUS capacitados a alguma prática que está no convívio do município, uma possibilidade é se aproximar do ambiente privado, em busca de parcerias. O mapeamento precisa responder questões como: Quais são os possíveis impeditivos da PIC na prática do SUS? Qual é a melhor estratégia para organizar um fluxo de atendimentos? Como garantir a maior estabilidade dessa prática? Como integrar uma PIC sem que isso gere uma sobrecarga de trabalho?

O quarto passo é o processo de implementação. Para tanto haverá a regulamentação da prática e a organização dos protocolos de atendimento, que amparam o profissional capacitado a ser legitimado perante gestores e instituições. Esse passo precisa articular reuniões com gestores para fomentar uma política municipal, referenciando a PNPIC e a organização institucional, o que inclui adequações ao Registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, viabilizando os insumos através do cadastro de PIC do Ministério da Saúde.

De acordo com uma das entrevistas, o SUS Londrina encontra-se nesta fase com relação à Auriculoterapia, pois, por mais que haja implantação desta prática em algumas UBS, estão em debate os protocolos de atendimento e a organização para manutenção dos insumos.

O quinto passo é o processo de implantação, quando se define quais e quantas Unidades de Saúde terão acesso, como sensibilizar a equipe quanto à PIC e como viabilizar um cotidiano da prática. Esse é um momento chave em que a participação dos usuários fará toda a diferença para sustentar a existência da prática. Nesta fase também há uma indicação de selecionar um tutor, uma pessoa responsável de transmitir demandas da Unidade de Saúde ao núcleo responsável. As atribuições do tutor seriam próximas às que foram designadas ao Agente Comunitário no PSF.

O sexto passo é manter uma educação permanente. Novamente é aludida a questão das parcerias entre os setores público e privado, ao suscitar que os profissionais de fora do SUS poderiam estar presentes em grupos de estudos, enquanto o último passo é manter um monitoramento. Finaliza-se essa apresentação dos caminhos com o lembrete de que este é um processo lento, que implica abertura da mentalidade institucional para novas visões sobre processo de saúde e doença.

Vale ressaltar que o ambiente em que a inserção de uma PIC ocorrerá é de resistências, pois, como se pode ler no Módulo I (p.33): “A cultura, as regras e os valores das instituições e

dos serviços de saúde são padronizados amplamente em torno de ações de cuidado convencionais, ou biomédicas”.

3.1 PIC em Londrina: da fitoterapia à Auriculoterapia

Essa sessão se dedica a apresentar registros da presença das PIC em Londrina. Partiremos das seguintes fontes secundárias: a etnografia de Melvina Araújo e documentos acerca da PNPIC. A antropóloga pesquisou a construção do Programa de Fitoterapia, realizando pesquisa de campo na Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Lourenço. Os documentos da PNPIC foram disponibilizados por um funcionário do SUS/Londrina, os quais organizam as ações da PNPIC no município nos últimos anos.

De acordo com as oficialidades já apresentadas, no ano de 2002 o município de Londrina iniciou o Programa de Fitoterápicos, pelo fato de a cidade estar presente no levantamento de dados do Grupo de Trabalho que culminou na criação da PNPIC. Por trás desse programa há um contexto propício, o qual é descrito na dissertação de mestrado da pesquisadora Melvina de Araújo (1998) intitulada *Das ervas medicinais à Fitoterapia: encontro e desencontro entre as lógicas biomédicas e popular*.

A pesquisa ocorre na UBS de São Lourenço, localizada na periferia do município, com atuação numa área rural. A região estava dividida em: um loteamento de construtoras particulares; um conjunto habitacional; e ocupações irregulares, próximas ao fundo do vale. As ervas medicinais eram comuns nas hortas caseiras, mas também se encontravam nos terrenos baldios da região (ARAÚJO, 1998, p. 10).

Em virtude das modificações do setor agrário – diminuição de plantações de café e aumento das lavouras de trigo e soja –, parte das famílias destas áreas estavam em migração, na busca por oportunidades no meio urbano. Possivelmente por ser a maior cidade da região, Londrina teve uma grande concentração de trabalhadores rurais desempregados. A pesquisa em questão se localiza dentro desse contexto, onde usuários daquela UBS possuem forte influência dos conhecimentos populares rurais (ARAÚJO, 1998, p. 10).

As oportunidades de aproximação dos conhecimentos tradicionais sobre ervas com a UBS se iniciam no período de 1993 a 1996, enquanto o poder executivo municipal esteve sob o comando do Partido dos Trabalhadores. A campanha eleitoral deste partido propunha que, ao assumir a prefeitura, se organizasse meios para a aproximação da agenda política com as pautas populares. Isso deveria ser feito tanto para ocasionar um maior controle da população do que é decidido nas instâncias superiores, quanto para estimular a participação na definição

dos projetos. No caso específico da Saúde Pública, foi de liberado que a Autarquia do Serviço Municipal de Saúde organizasse canais de comunicação, o que ocasionaria a formação do Conselho Municipal de Saúde (ARAÚJO, 1998, p. 14).

As propostas levantadas pelo Conselho se fundamentam na Constituição de 1988 e estavam presentes nos debates nacionais, suscitados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. Para a consolidação dessas diretrizes, o primeiro passo foi o de se aproximar da realidade das regiões do município e instalar o processo de territorialização da abrangência das UBS. A partir deste primeiro levantamento, foi possível criar conselhos locais, que dariam os pareceres para definição de quais políticas precisam ser implementadas, e que profissionais precisam ser remanejados para cada área (ARAÚJO, 1998, p. 18).

Segundo Araújo (1998), por mais que o projeto das ervas medicinais tenha ocorrido com forte influência dos conhecimentos populares rurais, é importante salientar que:

As práticas de cura com ervas medicinais, longe de representarem remanescências de um passado rural, são modos de pensar e agir absolutamente contemporâneos, reinterpretações das novas condições de vida encontradas no meio urbano, tendo como base um sistema lógico que ordena e dá sentido aos cuidados corporais, às relações interpessoais e à vida como um todo. Mais do que isso: essas práticas não apenas permanecem no contexto urbano, mas a lógica que lhes dá sentido ordena as novas experiências a que são expostos os migrantes rurais e seus descendentes (p. 7 e 8).

Sua pesquisa se concentra na relação entre grupo formado pela UBS, com formação com influência da biomedicina, e a participação popular. De acordo com seus dados, o início do processo se dá com o intuito de resgatar os saberes populares, porém esta finalidade se perdeu. Durante a construção do Programa de Fitoterápicos, por vezes, as ervas medicinais foram classificadas, pelo grupo de biomedicina, como placeboterapia. Outro ponto que fugiu da proposta inicial se deu nas interações entre médico e paciente, quando se solicitava o uso da erva medicinal. A princípio era para se estabelecer uma relação em que o usuário teria participação e corresponsabilidade no processo, mas esta diretriz passou a não ser respeitada na atuação dos médicos (ARAÚJO, 1998, pp. 25 e 26).

Um relato de campo da antropóloga demonstra as dificuldades na relação entre profissionais e usuários do SUS; durante uma reunião do grupo, uma médica comenta uma situação que ocorreu durante uma consulta. Explica que o protocolo inicial é de investigação através de questionário, no qual, ela afirma, as perguntas são preciosas para a obtenção de um diagnóstico exato. Uma delas dizia respeito ao uso de bebidas alcoólicas, e o paciente respondeu negativamente. Passado outros pontos da anamnese, a médica percebeu que o

paciente consumia uma mistura de ervas e descobriu que dentro da composição havia vinho. O relato da médica ao grupo tinha como intenção expor ao grupo que o paciente escondia informações (*idem*, p. 33).

Araújo (1998) traz essa situação para pensar sobre tensões que existem na relação médico e paciente. Segundo a antropóloga, existia certa dificuldade quando se tratava de questões acerca do uso de álcool, cigarros e alimentos gordurosos. A exigência dos médicos era de diminuição deste consumo, e a médica relata a situação no grupo como uma forma de explicitar que não se deve confiar nos pacientes, pois tendem a esconder informações. Porém, deve-se considerar que neste caso, houve uma compreensão diferenciada sobre o que é bebida alcoólica. Não havia, por parte do paciente, um interesse em esconder o uso, apenas não houve associação direta da mistura das ervas com álcool (ARAÚJO, 1998, p. 33).

Essa situação ocorre dentro da problemática que envolve a relação entre médico e paciente, em que o primeiro desacredita do segundo. O projeto de fitoterápicos buscava a diminuição de condutas como esta, pois o reconhecimento dos saberes populares não se fechava apenas na inserção de ervas na UBS, estava dentro de um contexto de maior atuação por parte do usuário e, para tanto, se faz necessário dar credibilidade às concepções de doença, saúde e corpo trazidas por essas pessoas (*idem*, p. 34).

Há uma diversidade de autores que contribuem no debate acerca das aproximações e dos distanciamentos entre as práticas populares de cura e a medicina institucionalizada. Porém, para não perder de vista o que está sendo desenvolvido, observamos que Araújo (1998) propõe pensar sobre o fato de as terapêuticas populares estarem se associando aos sistemas biomédicos. Dentro de suas opções teóricas, a autora abre diálogo para tratar a capacidade de adaptação dos conhecimentos populares e da habilidade em agir dentro dos espaços que a medicina oficial oportuniza.

A etnografia desta antropóloga ocorre no final da década de 1990, sendo que o fruto destes grupos analisados foi o Programa de Fitoterápicos, que no ano de 2002 se fez presente em 13 UBS da zona rural e, no ano seguinte, em UBS da zona urbana. Mesmo com índices altos de aprovação, com capacitações e aumento de produtos terapêuticos registrados, no ano de 2016 foi suspenso o contrato com a farmácia de fitoterapia, através do decreto 678⁵⁴. Desde então, a Secretária de Saúde de Londrina está reformulando o Programa.

O SUS trabalha com investimento e custeio e, no caso da PNPIC, o maior amparo ocorre através do custeio. Existem investimentos, por exemplo, o curso de capacitação em

⁵⁴http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/cons_saude/atas/2017/ata_da_278_reuniao_ordinaria_marco.pdf Acessado em 14/05/2018.

Auriculoterapia, entretanto, na maioria dos casos, o auxílio para a implementação das práticas acontece por meio do custeio de materiais. A PNPIC teve seu início em 2006, e desde então passou por duas ampliações, e no momento conta com a possibilidade de 39 terapêuticas.

Para esta pesquisa, foi possível entrevistar um funcionário do SUS que está participando ativamente da Secretaria da Saúde Municipal na área da PNPIC. Através dessa entrevista, foram disponibilizados documentos sobre o andamento dessa área dentro da Secretaria. O mapa do município no qual a territorialização é separada pelas áreas de abrangência das UBS foi organizado para mostrar a presença das PIC no município:



Fonte: documento coletado na Secretaria de Saúde do Município de Londrina em 04/04/2018.

A presença da Auriculoterapia é substancial, está presente em cinco regiões. As outras terapias - Terapia Comunitária, Homeopatia e Acupuntura, estão presentes no município, mas em ações isoladas, se localizando em apenas uma região. Discorreremos brevemente sobre como é atuação das outras práticas e seu histórico no SUS/Londrina, através de fontes secundárias, ou seja, dos documentos disponibilizados pelo SUS.

A Terapia Comunitária consiste na construção de laços sociais e, dentro de um conjunto de práticas, produz o apoio emocional através da troca de experiências. A base dessa terapia se sustenta sob o ideal de que o isolamento social produz processos de adoecimento. Ocorre em espaços abertos e a construção é conjunta aos usuários. Após o acolhimento dos

usuários que irão construir a terapia comunitária, a técnica ocorre através de cinco passos: escolha de uma temática conjunta, contextualização, problematizações, rituais de agregação e retorno com conotação positiva.

Essa terapia teve início em 2002, numa parceria entre a Autarquia Municipal de Saúde, a Assistência Social e a Secretaria da Mulher. Em 2005 se fortaleceu com a criação da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). Neste mesmo ano, mais profissionais do SUS/Londrina passaram por capacitações. Em 2011 e 2012, ocorreu a terceira formação de profissionais. Em 2015 foram realizadas Oficinas para os terapeutas capacitados, onde foram trabalhados pontos como o Autocuidado nos locais de trabalho. A realização dessas oficinas culmina no Projeto de Matriciamento das Oficinas, que está em andamento em parceria com a Universidade Estadual de Londrina, desenvolvendo Terapia Comunitária dentro da instituição com estudantes de cursos da área da saúde.

A Homeopatia é um tratamento antigo que, ao longo do século XX, passou por uma dissociação com a atual prática médica. Homeopatia é um sistema de medicamentos com doses inferiores a encontradas nos produtos alopáticos, sendo que no primeiro os medicamentos são produzidos com plantas em um processo artesanal, enquanto no segundo, são elaborados industrialmente, podendo ser sintéticos. Em 2015 houve o processo de licitações para o custeio de medicamentos homeopáticos. Em novembro de 2016 iniciaram-se as reuniões com os profissionais capacitados para a elaboração do Procedimento Operacional Padrão. Em 2017, o procedimento executado no ano anterior resulta na distribuição dos medicamentos, possibilitando aos profissionais do SUS prescrever receitas de medicamentos homeopáticos.

A acupuntura faz parte das técnicas que compõem a Medicina Tradicional Chinesa (MTC). A atuação ocorre através da inserção de agulhas em pontos de concentração de energia que se localizam dentro dos canais, chamados de meridianos. Londrina tem forte influência oriental, visto que os imigrantes orientais chegaram ao Brasil e atenderam demandas de mão de obra no setor agrícola desta região do país. Em 2004, dois profissionais médicos ofertaram atendimentos com acupuntura através da policlínica. O documento não define a data de encerramento, mas evidencia que, por falta de profissionais, precisou encerrar. No período de 2008 a 2012, foi disponibilizado tratamento com acupuntura na reserva Indígena Apucarantina, em Tamarana, como tratamento auxiliar para dependentes químicos.

Em 2016 a portaria da PNPIC passou pela primeira ampliação. A situação que ocorre no nível nacional proporciona articulações locais. No caso de Londrina, em 24 de novembro

deste mesmo ano a Secretaria inicia reuniões com profissionais para sistematizar protocolos de distribuição de materiais para dar retorno da prática. No próximo ano, seis UBS passaram a contar com a acupuntura através de profissionais médicos, fisioterapeutas e farmacêuticos, com atendimento nos grupos de tabagismo, reeducação alimentar e ansiedade. Atualmente é possível encontrar acupuntura em cinco UBS, com atendimento na atenção secundária.

Por último, a Auriculoterapia é outra técnica que se encontra dentro das possibilidades da MTC. Consiste na estimulação de pontos reflexos encontrados na região da orelha, através de esferas. A aplicação mais comum é a que se utiliza de sementes de mostarda, mas é possível realizar com outros materiais, como ouro, prata, cristais e, saindo do formato de esfera, pode se aplicar agulhas e também fazer estimulações com cargas elétricas.

A entrada da Auriculoterapia no SUS/Londrina se deu através de capacitações presenciais, realizadas pelo médico acupunturista que atua no município. Iniciou-se em 2013, capacitando dois profissionais e, no ano seguinte, realizou mais duas capacitações. Em 2015 ocorreu uma capacitação de 25 horas/aula, todas presenciais. Em 2016 haviam profissionais capacitados o suficiente para articular a primeira reunião com o intuito de criar protocolos de atendimentos e possibilitar o custeio de materiais. Em 2017, foram iniciadas as atividades de Auriculoterapia nos grupos de tabagismo, reeducação alimentar e ansiedade. Após essa primeira iniciativa local, houve um campo de possibilidade aberto para a entrada na área, o que levou mais 26 profissionais a realizarem a capacitação através do curso semipresencial da UFSC.

3.2 Oficina de matriciamento: corresponsabilidade como um guia orientador

Essa sessão será dedicada à oficina de matriciamento com foco em Auriculoterapia realizada pelos profissionais. Na primeira parte, se dedicaram a aprofundar diagnose e escolha de tratamento na MTC através da metodologia de estudo de casos. Na segunda etapa da reunião ocorreu a organização dos protocolos de atendimento e a produção de uma nota técnica para reposição dos materiais.

O agendamento desses encontros é programado anualmente, mas naquela que pudemos ir, houve uma baixa nos participantes, por conta de uma programação inesperada que coincidiu com a data pré-definida para Auriculoterapia. Independentemente dessa inusitada interferência no agendamento, a oficina aconteceu com 13 profissionais capacitados em Auriculoterapia. Entre os presentes, apenas 5 realizaram a capacitação da UFSC, os outros passaram por formações no ambiente privado ou pelas capacitações que ocorreram no

município, através do médico acupunturista que atuava na Policlínica. Uma profissional realizou formação completa em MTC, incluindo viagem pela China para aprofundar conhecimentos.

Como a formação daquela profissional se destaca, ela se torna o centro da conversa e explica que a oficina tem como propósito trazer segurança e maior domínio aos profissionais capacitados em Auriculoterapia. As categorias profissionais presente foram: nutrição, fisioterapia, educação física, dentista, psicologia, enfermagem, farmácia e educação social. Não houve representante da categoria médica, porém os profissionais, com certa frequência citavam o acupunturista que atuou na Policlínica. Assim como a profissional com formação em MTC, o médico acupunturista, que estava ausente na oficina, atuava como uma referência, pois os que tiveram contato direto com ele repassavam seus ensinamentos.


Durante os estudos propostos na oficina houve um debate sobre o material da capacitação da UFSC, sendo consenso de que é satisfatório, mas que a realização de diagnóstico seguindo os conhecimentos da MTC está rasa para quem usa apenas o material do curso. Durante a oficina o material de referência foi o livro *O Tratado de Auriculoterapia*, do Prof. Marcelo Pereira de Souza. Para ilustrar como a realização do diagnóstico provoca insegurança, trarei um estudo de caso que gerou desconforto em uma profissional. Essa pessoa atua na área do SUS que atende pacientes com doença mental.

Com bastante delicadeza, a profissional expôs uma situação que lhe tirou o sono, pois tomou decisões sozinha e não havia segurança de que estava atuando da maneira adequada. O caso que expôs apresentava um paciente com um quadro de depressão e ela optou por pontos que se referem a doenças *Yin*, tratando órgãos que estão associados aos sentimentos de tristeza e medo. O que lhe provocou desconforto foi quando depois, já em sua casa, relembrando a conversa e repensando o que a paciente dizia, iniciou uma preocupação por, *a posteriori*, definir a paciente como portadora de quadro suicida, e se questionava se as esferas poderiam intensificar a situação.

A profissional passou dias relembrando a decisão dos pontos auriculares. Para o alívio da terapeuta, a paciente retornou, ainda com quadro depressivo, mas apresentando melhora. Expor essa situação para o grupo gerou debate sobre a possibilidade de a Auriculoterapia levar ao suicídio. De acordo com os profissionais da oficina, as esferas na orelha não poderiam ser consideradas vetor dessa situação, outras variáveis precisariam ser levadas em conta, desde fatores do histórico do paciente até a sua responsabilidade com o seu quadro clínico. Neste momento, diante do exposto, houve indicação de que o paciente tem participação ativa no desenvolvimento tanto da doença quanto da cura.

Durante o debate, foi mencionada a necessidade de horizontalizar a relação entre terapeuta e paciente; isso proporciona aceitação nos retrocessos dos quadros clínicos, pois distribui a responsabilidade do tratamento. Discutiui-se, também, se a atuação da terapêutica poderia ser unilateral, em que o único que está ativo no processo é o profissional que coloca a esfera na orelha.

Charles Tesser e Madel Luz (2018) produziram o artigo *Uma categorização analítica para o estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas*, no qual organizam esse quadro:

Protagonismo	Movimentos componentes da ação	Fluxo da ação
Doente	1 – Acolhida 2 – Escuta	
↓ Curador	3 – Investigação 4 – Elaboração da interpretação diagnóstica	
↙ Curador + Doente	5 – Socialização do diagnóstico 6 – Elaboração/execução do tratamento	

Fonte: TESSER e LUZ, 2018, p.6.

A organização desse quadro parte de uma generalização de como se dá o encontro terapêutico. A projeção das ações é construída como um tipo ideal weberiano e serve de base para análises. Esse quadro ampara estudos comparativos entre racionalidades. Os pesquisadores planejaram o movimento para que se crie uma relação terapêutica e é apresentado como movimentos que são realizados pelo doente e pelo curador. A ação desses movimentos tem protagonismo, ora de um lado, ora compartilhados. A depender da terapêutica e da racionalidade médica que ampara, terá maior ou menor participação do doente. “Embora os movimentos ocorram em um fluxo temporal, eles formam um todo holográfico, sendo parcialmente sobrepostos” (TESSER e LUZ, p. 6, 2018).

O primeiro movimento parte do doente e é chamado de acolhida. Ao curador cabe uma postura afetiva, de acatar os problemas levantados pelo doente e iniciar a relação, através de um pacto de solidariedade, de que as demandas trazidas pelo adoecido serão atendidas. O segundo movimento, a escuta é indissociável do primeiro: a escuta e a acolhida ocorrem concomitantemente. A escuta envolve o curador estimular a fala do adoecido, que, por vezes, imerso em seus sofrimentos, pode evitar a comunicação (TESSER e LUZ, 2018).

O terceiro momento, nomeado como investigação, é promovido pela ação do terapeuta, que busca complementar a fala do adoecido com elementos de seu conhecimento. Cada racionalidade médica constrói seu sistema diagnóstico e será através dessa orientação que o curador procurará os elementos para realizar a investigação. No quarto momento, elaboração da interpretação diagnóstica, é preciso ser levado em consideração que um mesmo caso clínico admite mais de uma interpretação. Nas palavras de Tesser e Luz (2018):

Não há protocolo ou técnica objetivante (exame diagnóstico) que modifique a natureza desta tarefa complexa, que remete o curador ao seu aprendizado, sua prática pregressa, sua Racionalidade Médica. Ele pode discutir com seus pares ou seguir um protocolo, mas isso não modifica a natureza da responsabilidade ética e epistemológica da produção da interpretação. (...) A interpretação ressignificará o quadro trazido pelo doente, dando-lhe sentido e significado atrelados aos saberes, valores e técnicas do curador e sua Racionalidade Médica. Por vezes, dentro de uma mesma racionalidade várias interpretações podem ser produzidas com efetividade (nos tratamentos delas decorrentes), conforme as situações e os terapeutas (p.8).

O quinto e o sexto momento são colocados como o protagonismo partindo do curador e há inclusão da participação do doente. O pacto que ficou nas entrelinhas desde o acolhimento é selado neste momento. A socialização do diagnóstico define se haverá relação terapêutica, pois o diagnóstico do terapeuta precisa ser acatado pelo adoecido. O terapeuta compartilha suas interpretações e precisa acessar o adoecido, pois apenas com a aceitação do doente de que esse é o tratamento adequado ao seu problema é que ocorre a relação terapêutica. O comprometimento do adoecido com o tratamento é de suma importância, pois há partes da ação terapêutica que só podem ocorrer com a participação do paciente (TESSER e LUZ, 2018).

Supondo socializada com êxito suficiente a interpretação, o curador oferece seu plano de manejo do problema, esclarecendo o significado das ações terapêuticas. Estas últimas variarão conforme as técnicas dominadas pelo curador e podem implicar protagonismo variado tanto do usuário (situações que envolvem realização de dietas, práticas corporais ou outras e/ou uso de remédios no seu dia a dia), quanto do curador (situações em que o curador aplica, de uma forma ou de outra, a terapêutica diretamente no usuário). A operacionalização da terapêutica terá que ser pactuada, o que envolve uma parceria e consenso na construção do plano (TESSER e LUZ, p. 9 e 10, 2018).

A planificação desses movimentos é um recurso para podermos pensar sobre a responsabilidade com a terapêutica, aqui expressa pelo eixo do protagonismo na ação. Diagnosticar e definir os pontos auriculares a serem tratados são de responsabilidade do terapeuta, e ainda assim é preciso levar em conta que a Auriculoterapia é complementar. Na

própria MTC, a técnica é usada conjunta a outras ações, por exemplo, aplicação de agulha, moxa-combustão, proposta de mudança na dieta, isto é, ela não é realizada isoladamente, ocorre conjuntamente a outras técnicas. A entrada da Auriculoterapia no SUS/Londrina ocorre dentro do Grupo de Apoio que desenvolve outras ações para o retorno da saúde de seus usuários.

Retornando à oficina, o debate levou ao tema da existência de efeitos colaterais. Para minimizar essa possibilidade, a equipe optou pelo uso de esferas como sementes, ao invés das agulhas, ou esferas de ouro, prata e inox. Além de essa escolha ser menos invasiva, diminui a possibilidade de reações alérgicas. Neste momento uma nutricionista conta que no Grupo de Obesidade que coordena alguns pacientes receberam a inserção de esferas na parte interna da orelha. Ela explica que esses pacientes passaram por pequenos procedimentos cirúrgicos - inserindo a esfera por dentro da pele -, pois assim o estímulo auricular seria maior. Passados os anos, algumas esferas foram expelidas pelo corpo, outras mudaram de lugar, mas ainda se concentraram no lóbulo. Os participantes da oficina não compreenderam o porquê de tal procedimento cirúrgico, mas através dessa situação, se apoiaram na afirmação de que estavam optando pelo uso menos invasivo, minimizando efeitos colaterais.

A oficina é parte fundamental da capacitação, sendo um grupo de estudos contínuo, que propicia aos profissionais o domínio da técnica e segurança na atuação. A dinâmica proposta é de ir apresentando os casos e juntos estudarem quais são as possibilidades de tratamento. Por exemplo, em certo momento o diálogo foi sobre o grupo de dor crônica. Na teoria dos sistemas internos da MTC, problemas com musculaturas podem ser tratados pelo movimento elementar da Madeira ou da Terra. O primeiro caracteriza entrada de vento no corpo, o segundo advém da umidade retida.

Para conseguir definir qual é a diferença destas duas opções que a MTC propõe, recorrem aos livros. Isso os leva a debaterem sobre as personalidades dos movimentos elementares. Por exemplo, se o paciente tem preponderância de sentimentos de raiva, indica características da Madeira, enquanto preocupação excessiva teria associação com o movimento da Terra. Depois do debate, a profissional que teve formação completa em MTC explica que dores que se locomovem pelo corpo são características de vento, enquanto as dores paradas são características de umidade.

A definição sobre as características da existência de vento e umidade no corpo é acompanhada de uma analogia das nomenclaturas com a natureza: o primeiro é um estado em movimento, enquanto a segunda representa retenção, água parada. Para essa pesquisa

podemos entrevistar uma professora de medicina chinesa e perguntamos sobre como é o processo de passar conhecimento de MTC em sala de aula; nas suas palavras:

Tentamos integrar o aluno na ciência da natureza. Quando eu falo da natureza é mais fácil, porque todo mundo já vivenciou andar descalço, abraçar uma árvore, ter um bicho de estimação, visualizar como fica quando chove, quando não chove, como é que sente através das suas próprias emoções. Então é ligar a pessoa no mundo em que ela já vive, para ela começar a fazer a própria observação, dela inserida no mundo em que está, com suas próprias vivências.

Após essa explicação sobre recursos didáticos para apreensão do conhecimento da MTC, a professora diz que somos “feitos do mesmo material” e que conhecer a natureza é conhecer o próprio corpo. Explica que a MTC leva ao autoconhecimento, cuidar de si é o primeiro passo, sendo necessário inserir o estudante no mundo, aumentar a percepção do que existe ao redor, incentivar experiências sensoriais, para depois capacitá-lo a cuidar do outro.

Propomos pensar sobre esse compartilhamento de matéria. A professora está indicando que há simetria entre o que se encontra na natureza e no homem. Este é o princípio cosmológico da MTC, as mesmas regras que regem o universo macro regem o micro. A relação de unir o todo com a parte modifica o comportamento, levando a um cuidar de si. A proposta de ser terapeuta passa por essa etapa, de se auto tratar através das sabedorias da MTC. Vale ressaltar que o compartilhamento das substâncias é parte fundamental da propagação desses conhecimentos. A partir dele é possível haver outra experiência com o corpo e entendimento sobre saúde e doença.

É comum encontrar esse objetivo de mudança de comportamento nos tratamentos religiosos. A MTC recusa a separação corpo e espírito, assim como a dicotomia doença física e doença espiritual, propondo englobar os aspectos dessas duas dimensões em suas diagnoses e tratamentos. Uma passagem da antropóloga Miriam Rabelo (1999) sobre tratamentos religiosos ajuda a esclarecer essa diferença:

Diferente da abordagem biomédica, que tende a despersonalizar o doente (Taussig, 1980), o tratamento religioso consiste em ação sobre o indivíduo social, biológico e psicológico, visando reinseri-lo, como sujeito, em um novo contexto de relacionamentos. Prevalece nas análises a conclusão de que, no contexto religioso, a passagem da doença à saúde pode vir a corresponder a uma reorientação mais completa do comportamento do doente, e diversos trabalhos objetivam identificar os meios pelos quais as terapias religiosas efetuam tal reorientação comportamental (p.229).

Na oficina do curso de capacitação, foram apresentados alguns protocolos de atendimento. Por exemplo, para auxiliar pessoas com vício em tabaco a diminuir o uso de tal

substância, é indicada a aplicação nos pontos de: Fígado, Pulmão, Rim e Simpático. Ou, outro exemplo, no caso de constipação, utilizar Intestino Grosso, Intestino Delgado, Estômago, Baço/Pâncreas, Pulmão, Abdômen e Subcórte. Esses protocolos de atendimento estão descritos no módulo da biomedicina e foram definidos através de estudos científicos e avaliados como o tratamento adequado.

Quando perguntados sobre esses protocolos, os profissionais da oficina contam que preferem utilizar procedimentos predefinidos, explicando que, para os atendimentos em grupo, a padronização do tratamento facilita a atuação. Os protocolos a que se referem não são cópias exatas do que está no curso da UFSC, alguns são organizados diante das demandas apresentadas no grupo. O que se mantém é uma procura por padronizar a localização da inserção das esferas. Os profissionais que atendem no grupo de dor crônica declaram que optam por atendimentos individualizados.

Falar sobre os protocolos gera um amplo debate sobre cada caso ser único e a possibilidade de usar a técnica de forma individualizada. Os profissionais explicam que optam por protocolos, pois há dificuldade de ações diante da alta demanda. Um exemplo levantado nesse diálogo é se o uso dessa maneira pode transformar a Auriculoterapia em um paliativo. A proposta desse debate parte dos profissionais que estão no grupo de dor crônica, explicando que a Auriculoterapia precisa chegar à razão de a dor existir, visto que se a ação do terapeuta for apenas para diminuir o quadro de dor, sem agir na causa, a técnica poderia ser considerada como a ação de um remédio antiinflamatório, que apenas inibe o efeito, mas não trata a causa.

Por fim, enquanto debatia-se sobre serem os protocolos ou atendimentos individualizados compatíveis ao formato de Grupos de Apoio, foi levantada a possibilidade de se realizar diagnoses rápidas ao olhar para o pavilhão auricular. A Reflexologia ensina que sinais na orelha são indicativos de atuação naquela região, e os participantes afirmam ser algo que acontece, pois mesmo diante da existência do protocolo, se uma parte da orelha está pedindo atenção, haverá aplicação de semente nesse lugar. O que significa que há interação entre essas duas modalidades, pois mesmo que exista padronização, se um caso apresentar algo que precisa ser atendido individualmente, assim será. Percebe-se que cada profissional tem autonomia na tomada de decisões e organiza sua conduta para dar o melhor tratamento a cada caso.

Após esse grande estudo sobre os casos encontrados na prática, os profissionais fizeram uma pausa e retornaram com a demanda de organizar uma nota técnica para garantir a implementação da técnica. Nessa etapa da oficina, durante os estudos de caso, havia uma roda, e as falas se concentravam nas exposições dos profissionais e numa dinâmica de

compreensão do assunto pela perspectiva dos livros e dos saberes da profissional que é formada em MTC. A partir deste momento, uma tela de computador é projetada na parede e as pessoas sentam enfileiradas, enquanto uma se dedica a datilografar as definições da conversa.

Para começar o trabalho, foi questionado se havia a presença de um representante de cada categoria profissional. Mesmo com a ausência de um médico, fica decidido que existe a possibilidade de tomada de decisões, pois havia a presença de pelo menos um representante de cada categoria. Começaram a conversa afirmando que a sensibilização através da ação na praça tinha rendido bons frutos, pois perceberam que aumentou a procura pela Auriculoterapia nas UBS. A estratégia de sensibilização consistiu em colocar uma barraca no calçadão da cidade e os profissionais capacitados disponíveis para atendimentos rápidos.

Passada essa informação, o primeiro debate proposto foi sobre a escolha do material, pois precisavam definir se seria mantida a compra de sementes. Há consenso em não usar agulhas, porém foi aberto debate sobre esferas. Um profissional relata que os seus pacientes pedem por esferas que proporcionem sensibilidade no local da aplicação. Ele explica que, segundo os usuários do SUS em quem ele aplica a terapêutica, a dor é parte fundamental para alcançar a melhora, sendo relevante repensar o uso das sementes. A Auriculoterapia com sementes precisa que o paciente pressione as esferas ao longo do dia, enquanto que, com o uso de outros materiais, isso não seria necessário. As opções são esferas de ouro, prata, inox e cristais. As sementes podem ser de mostarda e de *vaccaria*.

Mesmo com a exposição deste profissional, optam em manter as sementes de mostarda. O debate levantou algumas observações, como o de que outros materiais poderiam causar efeitos colaterais, tais como alergia, o que dificilmente ocorre com as sementes. Segundo a exposição do funcionário levada em consideração, a de mostarda, em comparação a de *vaccaria*, é maior e proporciona maior sensibilidade. Por fim, trataram da responsabilidade de realizar as pressões no local da aplicação, pois o cumprimento dessa ação vincula o paciente à terapia.

Como havíamos indicado, a corresponsabilidade é um eixo desta pesquisa. Os profissionais a estão reafirmando quando incumbem os pacientes da tarefa de pressionar as sementes, admitindo que para o paciente é necessário um vínculo de responsabilidade com o tratamento. Os profissionais têm a certeza de que a Auriculoterapia funciona, e essa legitimidade está amparada nos montante de pesquisas produzidas nos últimos anos.

Desde a década de 1970, áreas como fisioterapia, enfermagem, nutrição, entre outras, se dedicam a valorizar as técnicas da MTC. Pesquisando no *site* Biblioteca de teses⁵⁵, encontramos 298 estudos de acupuntura. A aceitação dos profissionais da oficina é fruto desses estudos que garantem a eficácia técnica, porém propomos pensar para além dessa legitimidade técnica. A ação dessa terapêutica não pode se limitar à simples aplicação da esfera e à proposta dos profissionais em manter a semente, pois estimula o usuário do SUS a participar ativamente; há por trás o interesse de produzir certa responsabilidade com o tratamento.

Após essa definição de que manteriam a compra de sementes de mostarda, foi preciso organizar meios de garantir a continuidade dos insumos. No ano de 2017, foi realizada a primeira compra de materiais, e o que era previsto para durar um ano, acabou antes de completar seis meses. Esse debate precisou ser um pouco mais longo, porque havia uma parte dos presentes que dizia não ver problema em comprar as sementes por conta própria, o que levou a questões problemáticas sobre a entrada de recursos privados numa demanda que deveria ser dos cofres públicos.

Por mais que houvesse a percepção de que não podiam fazer essa compra, diante da falta de material, agiram para que houvesse o retorno da prática. Desconstruir a ideia de que a solução imediata é realizar compras por conta própria não foi simples, provavelmente, o único ponto de tensão entre os participantes da oficina. Esse aspecto de doar é frequente em profissionais da saúde, assim, uns estavam mais dispostos a voluntariamente doar recursos próprios em prol da causa, enquanto outros percebiam que, se essa é uma terapêutica ofertada pelo SUS, precisava ser subsidiada pelo poder público.

Durante o debate acalorado, ouvimos a frase: “não queremos ser salvadores da pátria, apenas ajudar o usuário a restabelecer a harmonia do corpo”, como se quem estivesse tentando organizar a manutenção da compra de insumos não estivesse tão disposto com as necessidades de seus pacientes. Para a tomada de decisão, foi preciso relembrar como as sementes acabaram antes do tempo predeterminado. O consenso foi de que, para ganhar segurança na terapêutica, o uso das sementes foi excessivo, feito nos próprios profissionais do SUS e nos familiares que estavam presentes no Grupo de Apoio, mas que não eram adoecidos.

Esse passo foi importante, pois houve um reconhecimento de que usar sem controle as sementes trouxe conhecimentos sobre os efeitos da terapêutica, mas que era chegada o

⁵⁵<http://bdtd.ibict.br/vufind/> Acessado em 22/11/2018.

momento de organizar protocolos para atendimentos. Sendo assim, foi retomada a nota técnica, para regularizar como se dará a escolha de qual usuário entrará no programa de Auriculoterapia e por quanto tempo será disponibilizada a prática.

A primeira definição foi de obrigação de participar de um Grupo de Apoio do NASF, sendo que todos os grupos foram inclusos, o que abrange a maior parte dos usuários do SUS. Novamente é perceptível a corresponsabilidade, que ocorre por dois motivos. O primeiro é o caráter do próprio grupo, pois, como havíamos tratado sobre essa modalidade terapêutica, sua proposta é diminuir a centralidade na doença e, por meio do coletivo e do diálogo entre os adoecidos, provocar mudanças de atitudes que propiciem melhora no quadro. O segundo é regularizar a participação no grupo, pois mesmo que o usuário do grupo não consiga realizar alterações no cotidiano, a obrigação de aparecer no dia do grupo já é imputada a ele.

Com esse passo dado, perceberam que o tratamento de Auriculoterapia estará disponível a todos os participantes do grupo que se interessarem pela prática, porém seria preciso definir limite de tempo. Alguns levantaram a preocupação com usuários que já estão recebendo por um longo período, disseram algo como “será preciso realizar um desmame”. Para não produzir novamente um grande debate, os que estavam coordenando explicaram que, se existe algum motivo especial para o uso contínuo da técnica, podem continuar, mas que o limite é para organizar os insumos.

A definição foi de dez atendimentos por pessoa, com a possibilidade de o paciente sair do tratamento quando quiser ou depois de uma avaliação do terapeuta, que será realizada a cada cinco sessões. Acreditam que a maior parte dos participantes do grupo terá interesse em receber a Auriculoterapia, pois essa realidade já se faz presente na atuação deles, então o único meio de assegurar os insumos é diminuir a quantidade de vezes que eles recebem e organizar filas de espera.

Cada grupo tem autonomia de definir a quantidade de participantes que podem receber, pois isso está relacionado com o tempo que cada terapeuta leva na aplicação e quantos profissionais estarão disponíveis para aquele grupo. Por exemplo, o grupo de obesidade conta com duas nutricionistas que realizam aplicação a partir de protocolos predefinidos, o que as leva a poder atender uma demanda maior que a do grupo de dor crônica, pois este conta com uma fisioterapeuta que opta por atendimento individualizado.

Após essa organização sobre os pacientes, entrou em pauta o acesso à terapêutica pelos servidores do SUS, pois enquanto não houve definições, se tornou corriqueiro a auriculoterapia estar disponível para eles. Alguns disseram que a prática é disponível apenas para usuários, outros recordaram que ela também é aplicável para os funcionários do SUS.

Vale ressaltar que, dentre as possibilidades de práticas contidas na PNPIC, existe a meditação, que, no caso de Londrina, está disponível para os servidores, não para os usuários.

No documento foi inserido que a terapêutica pode ser utilizada nos servidores sem prévia organização de como seria. Na conversa ficou definido que cada terapeuta precisa entrar em acordo com a chefia local. Por exemplo, uma profissional informou que, no caso da UBS em que atua, ela não pode realizar no horário de trabalho, porém, ela definiu com a liderança que atuaria nos servidores após bater o ponto. Por causa desse relato, a nota técnica exaltou a necessidade de auxiliar os cuidadores, para incentivar que, em locais em que há conflito no uso da Auriculoterapia para servidores, seja dialogado, não ocorrendo trabalho extra, após o encerramento do expediente.

Como debateram sobre horário de trabalho, acabaram por evidenciar que ainda não há contabilidade de quanto tempo é dedicado à terapêutica. Por mais que no SIASUS⁵⁶ exista o código 03.01.04.010-9, definido como sessão de Auriculoterapia, em Londrina os atendimentos não estavam sendo incluídos no horário de trabalho dos servidores. A maioria estava associando as sessões do Grupo de Apoio, gerando um problema prático, pois não evidencia que parte desse tempo é usada para a técnica. Ao final dessa conversa ficou definido que todos precisam começar a informar na folha-ponto que estão aplicando a terapêutica e usar o código para começar a contabilizar no quadro de horas. Assim finalizaram a nota técnica e a oficina.

Procuramos descobrir se o documento havia sido disponibilizado para a Câmara de Vereadores, mas ainda não consta publicação. Alguns participantes foram embora, porém, a maioria se manteve para realizar um momento de encerramento com uma dinâmica em grupo em que, sentados um de frente com o outro, deram as mãos e realizaram uma meditação dirigida, com intuito de conectarem uns aos outros.

A presença da Auriculoterapia no SUS é uma modalidade de terapia que se associa a ideias de espiritualidade. A PNPIC de forma geral inclui terapias que se associam a espiritualidades e a equipe multiprofissional do SUS que se reúne para a oficina demonstra que esse caráter está presente. A prática de dar as mãos e lembrar que em todos existe algo em comum não é mencionada como religião, tampouco como *Qi*, porém se faz presente a ideia de conexão, de ligação.

⁵⁶ Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, em que são organizados os procedimentos, medicamentos e materiais usados pelos profissionais.
http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2185 Acessado em 24/11/2018.

A importância da corresponsabilidade está na horizontalização da relação. Para que isso seja possível, é preciso a aceitação de que há elementos em comum entre terapeuta e paciente. Nas palavras da professora de MTC:

Não tem como eu explicar para o meu aluno que se ele vai cuidar de uma pessoa doente, às vezes, ele também está na mesma condição. Agora, se ele entender isso, a linguagem para ele interagir com o paciente ficará mais fácil, o desenvolvimento da solidariedade fica melhor, embora solidariedade não signifique se agasalhar com o problema do outro. É necessário compreender, buscar ferramentas para que isso possa melhorar e, com isso, buscar sua melhora junto. Tanto que a gente começa a observar que os alunos estão cuidando de si próprios. Isso é inseri-lo no mundo de verdade, não como mero expectador de fora.

Este é um ponto de disparidade entre os saberes da MTC e os saberes biomédicos. As terapêuticas da MTC propiciam experiências simbólicas, como foi ressaltado no capítulo anterior, para tal se relaciona numa proposta de co-nascer com quem a procura. Nessa visão, a corresponsabilidade é premissa, pois a cura não pode vir de uma ação externa, ela está amparada numa experiência, na qual, juntos, paciente e terapeuta se responsabilizam em participar.

Os saberes biomédicos estão baseados em experimentos científicos, dentro de uma lógica do controle das ações e observação dos efeitos no corpo. Um ponto a se considerar sobre esse conflito é de que a MTC no Brasil tem avançado buscando se amparar nesse sentido. Como havíamos citado, os últimos anos foram de intensa apropriação desse recurso científico, pois profissionais formados em área da biomedicina realizaram estudos dentro dessa lógica de experimentos, favorecendo uma legitimidade perante a comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho vislumbrou uma pequena contribuição acerca de como a PNPIC atua na prática local. O objeto da pesquisa foi a entrada da Auriculoterapia nos atendimentos do SUS em Londrina, sendo que a maior fonte documental foi o curso de capacitação viabilizado pela união do Ministério da Saúde com a UFSC. Através deste curso pudemos conhecer o projeto teórico de implementação desta terapêutica; em seguida, tivemos a oportunidade de participar do encontro entre profissionais capacitados, realizado para estudos e elaboração de protocolos. Esta pesquisa possibilitou um debate sobre aproximações e distanciamentos entre saberes tradicionais e científicos, aqui tratados como Medicina Chinesa e biomedicina, respectivamente.

Uma constatação sobre esta dissertação é de que o acesso a documentos e a entrada em campo se deu tardiamente. Pudemos participar apenas de uma reunião dos profissionais e não tivemos tempo hábil para assistir à terapêutica em prática nas UBS.

Outros autores se dedicaram a essa política, em particular, o antropólogo Rodrigo Toniol (2015) que, em sua tese *Do Espírito Na Saúde* levanta informações sobre o fato de que a rotina dos serviços de saúde possibilita uma realidade distinta da de seus formuladores. No caso de seu estudo, constatou que a entrada das terapêuticas ultrapassa os limites da própria política.

Levando em consideração as contribuições de Toniol (2015), podemos perceber que, entre o curso de capacitação e ação dos profissionais, há disparidades. Enquanto estávamos aprofundando o debate em cima da coleta de materiais, havia a presença forte da biomedicina e certa dificuldade em lidar com os saberes da MTC, situação que é diluída quando estamos em contato com os profissionais.

Para estruturar e ordenar a pesquisa, organizamos no primeiro capítulo um breve histórico das políticas públicas de saúde, incluindo a criação do SUS e da PNPIC. Posteriormente levantamos dados sobre a regulamentação da acupuntura, sendo relevante apresentar disputas institucionais com a categoria médica, sendo essa vista de forma ampla, como uma organização. Não se trata aqui de médicos em específico, mas sim de um modo de agir da categoria.

O segundo capítulo é dedicado ao material do curso de capacitação, momento em que foi possível explorar os distanciamentos entre saberes tradicionais e científicos. Pontos-chaves foram tocados sobre a diferenciação entre experimentos e experiência e, posteriormente, a aproximação da importância da corresponsabilidade.

O último capítulo foi dedicado às práticas terapêuticas do SUS/Londrina, iniciando pelo Programa de Fitoterápicos, até a atual organização promovida pós PNPIC. Apresentamos dados coletados no encontro dos profissionais capacitados em Auriculoterapia e a corresponsabilidade, um elemento importante do debate, pois foi um guia norteador no caderno de campo.

A PNPIC foi elaborada nos primeiros anos do governo do Lula/PT e é escrita de baixo para cima, pois passou por ampla pesquisa nos municípios para perceber a necessidade de uma política centralizadora que propicie subsídios na entrada da diversidade no SUS. Porém, como a tese de Toniol (2015) propõe, tais terapêuticas possuem lógicas próprias; a associação para a entrada no Estado pode levar ao cerceamento no mundo prático. Muitas vezes

intituladas de pseudociência⁵⁷, se tornam alvo de críticas infundadas pelo não reconhecimento de suas ações.

A existência da PNPIC avança na institucionalização dessas terapêuticas e pode propiciar exclusão no campo da saúde privada. Por exemplo, está em tramitação um projeto de lei⁵⁸ para regulamentar a profissão do terapeuta naturista, que engloba psicanalista e *coaching* até as práticas de meditação, astrologia e Yoga. O texto é amplo quanto às profissões, mas claro quanto ao desejo de organizar o currículo dessas profissões, que são propagadas em cursos livres.

Por fim, é importante ressaltar que esta pesquisa não tem a pretensão de revelar a verdade absoluta, mas vem humildemente contribuir para a discussão. Trata-se de uma mestranda que busca conhecer a vida de pesquisadora, tentando, com sua primeira contribuição acadêmica, trazer esta visão de alguém que, por diferentes meios e motivos, pôde conviver, em seu estilo de vida e profissão, com os dois mundos: antropologia e práticas integrativas e complementares.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Tadeu de; ALMEIDA DA COSTA, Liduina Farias. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010.

ARAÚJO, Melvina Afra Mendes de. *Das ervas medicinais à fitoterapia*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, USP, 1998.

AUTEROCHE, B. e NAVAILH, P., *O diagnóstico na Medicina Chinesa*. São Paulo: ABA, 1992.

⁵⁷ No dia 22 de outubro de 2018 o Instituto Questão de Ciência se pronunciou através de rede social que o primeiro alvo de suas ações serão as Terapias Alternativas no SUS.

O grupo alega que falta evidência científica que ampare a política pública. As ações dessa organização ocorrem no intuito de: “Análise de normas e políticas públicas em relação a sua adequação a pressupostos científicos e fundamentação transparente e quantificável, com eventual *lobby* pró-ciência nas instâncias cabíveis (legislativo, consultas públicas e afins). Ativismo institucional: manifestações em fóruns públicos (audiências públicas, comissões parlamentares, ações judiciais, etc.) cobrando o respeito à evidência científica em todos os processos públicos ou estatais de tomada de decisão;”.

Informações retiradas no site <https://www.institutoquestaodeciencia.com.br/>, acessado em 26/11/2018.

⁵⁸ <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129523> - Projeto de lei em tramitação. <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=5321205&ts=1543013853053&disposition=inline> – Texto Inicial. Acessado em 26/11/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BUHELLET, Dominique. A Antropologia da Doença e Os Sistemas Oficiais de Saúde in: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

CANESQUI, Ana Maria. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos in: *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo, FAPESP, 2007.

_____ Sobre a Presença das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Pública. in: *Saúde Soc*. São Paulo, v.20, n.1, p.16-21, 2011

CARVALHO, José Jorge de. *Antropologia e esoterismo: dois contradiscursos da modernidade*. Horizontes antropológicos. vol.4 nº 8. Porto Alegre, 1998

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área de saúde. Revista *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n.9, p.11-13. 1980. http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=TODOS&pesq=9&x=0&y=0. Acessada em 23/04/2018

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sígnico in: *Saúde e doença: um olhar antropológico*. p. 101-112. Fiocruz, RJ, 1994.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, PP. 79-99. 1979.

GAWRYSZEWSKI, Alberto. *Assistência à Saúde em Londrina: primeiros anos*. Ed da UEL, Londrina, 2004.

GEWEHR, Rodrigo Barros, et al.. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. *Psicologia USP*, 28(1), 33-43, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-656420150092>

LANGDON, Jean E., Cultura e Processos de Saúde e Doença in *Cultura, Saúde e Doença*. Londrina, UEL, 2003.

LE BRETON, David. *Antropologia do corpo*. Vozes, RJ, 2011.

LOTTA, Gabriela. *Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas*. Dissertação de mestrado: EAESP/FGV. SP, 2006.

_____. Saberes Locais, Mediação e Cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde in: *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, supl.1, p.210-222, 2012.

LOYOLA, Maria Andréa. *Medicina Tradicional e Medicinas Alternativas: representações sobre a saúde e a doença, concepção e uso do corpo*. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

LUZ, Madel, T. *A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças*. História Social da Homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial; 1996

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX [Suplemento]. *Physis*, 15, 13-43. 2005. In <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf> Acessado em 22/04/2018

_____. Duas Questões Permanentes em um Século de Políticas de Saúde no Brasil Republicano. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p: 293-312, 2000.

MACIOCIA, Giovanni. *Os Fundamentos da Medicina Chinesa: Um Texto Abrangente para Acupunturistas e Fitoterapeutas*. São Paulo: Roca Ltda, 1996b.

MALUF, Sônia, Eficácia simboliza: dilemas teóricos e desafios etnográficos. In: *Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde*. Salvador, EDUFBA, 2012.

MENDES, Cleide, A. R.; e SANTOS Patrícia J.. O ajuste neoliberal: impactos na política de saúde no Brasil. *4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais*, 2016. In: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/f7/f7816e0b-7840-425f-b887-2b106e785800.pdf> Acessado em 17/04/2018

MONTEIRO, Daniel; CARVALHO, José Jorge. Quando o objeto vira Sujeito. In. *Antropologia e seus espelhos*. São Paulo: FFLCH – USP, 1994.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do et al . A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, p. 3595-

3604, Dec. 2013. in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en&nrm=iso. Acessado em 18/11/ 2018.

OLIVEIRA, Francisco. Concepção de Doença: o que os serviços de saúde tem a ver com isso?, in: *Doença, Sofrimento e Perturbação: perspectivas etnográficas*. p. 81-94. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. *Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar, p.15-35, 2014.

PHILIPPE, Adam; HERZLICH, Claudine. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais, in: *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.

PIMENTA, Tânia S. Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. *Cadernos CEDES*,23(59), 91-102. 2003. In <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v23n59/a07v23n59.pdf> Acessado em 22/04/2018

ROCHA, Sabrina Pereira, et al. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 20, n. 1, p. 155-164, 2015.

RODRIGUES, José Carlos. *O Corpo na História*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SANTOS, Francisco Assis da Silva et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. *Revista Brasileira Fisioterapia*, v. 13, n. 4, p. 330-340, 2009

SANTOS, Luiz, A.C. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, História e Saúde collection, pp. 249-293, 2004.

SILVA, Maria da Anunciação et. al. O Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família em Mato Grosso: desafios da Educação na Saúde no SUS. In: *Saúde, Trabalho e Cidadania em Mato Grosso*. Cuiabá/MT: EDUFTMT, 2014.

TAVARES, Fátima e BASSI, Francesca. Efeitos, símbolos e crenças: Considerações para um começo de conversa. In: *Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde*. Salvador: EDUFBA, 2012

TONIOL, Rodrigo. *Do espírito na saúde: Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil* / Rodrigo Toniol. Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, 2015.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As Artes de Curar: Medicina, Religião e Positivismo na República Rio-Grandense*. Santa Maria: Ed. Da UFSM, 1999.