



Universidade Federal Fluminense
Instituto de Saúde da Comunidade
Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva

ANÁLISE DO CUIDADO PRODUZIDO PELA ACUPUNTURA SOB O ENFOQUE DAS
TECNOLOGIAS DO TRABALHO EM SAÚDE: ENTRE SAMAMBAIAS E BAMBUS

Mestranda: Susi Maria Salvador Chaves

Orientador: Prof.º Doutor Tulio Batista Franco

SUSI MARIA SALVADOR CHAVES

ANÁLISE DO CUIDADO PRODUZIDO PELA ACUPUNTURA SOB O ENFOQUE DAS
TECNOLOGIAS DO TRABALHO EM SAÚDE: ENTRE SAMAMBAIAS E BAMBUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Túlio Batista Franco

NITERÓI
2011

Chaves, Susi Maria Salvador.

Análise do Cuidado produzido pela Acupuntura sob o enfoque das tecnologias de trabalho em saúde: entre samambaias e bambus. 2011 113fl. : Il.

Orientador: Túlio Batista Franco

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde da Comunidade.

1. Acupuntura 2. Análise do Cuidado 3. Saúde Coletiva 4. Subjetividade. I. Franco, Túlio Batista. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde da Comunidade. III. Título.

CDU _____

SUSI MARIA SALVADOR CHAVES

**ANÁLISE DO CUIDADO PRODUZIDO PELA ACUPUNTURA SOB O ENFOQUE
DAS TECNOLOGIAS DE TRABALHO EM SAÚDE: ENTRE SAMAMBAIAS E
BAMBUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense
Orientador

Prof.^a Dr.^a Therezinha Madel Luz
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(Professora Colaboradora do PPGSC - ISC - UFF)

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Nogueira
Universidade Federal Fluminense
(Membro interno – titular)

Prof.^a Dr.^a Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Federal Fluminense
(Membro interno – suplente)

Aos meus pais, Pedro e Conceição, pelo dom da vida e pelos primeiros ensinamentos.

Ao meu marido e companheiro Fernando, pelo incentivo e apoio incondicional em todos os momentos.

Á minha filha Fernanda, pelo sentido maior do educar em minha vida.

Ao Orientador doutor Túlio pela oportunidade deste sonho realizado.

Aos pacientes, profissionais e alunos em acupuntura pelos encontros formativos vivenciados.

AGRADECIMENTOS

Realizar o curso de mestrado sempre foi um desejo. Havia uma energia vital, havia um Qi que me direcionava a esse movimento. E realizá-lo através da acupuntura foi uma satisfação antes tida como inatingível. E se falamos em relações de possibilidades, se pensamos na complexidade como forma que delinea sem limitar, o percurso do mestrado agora completado se mostrou como um dispositivo propulsor de outras e diversas formas de movimento. Forças opostas mas que se complementaram e fizeram parte desse trajeto. Trabalhar como professora, ministrando aulas de acupuntura que acabaram sendo transformadas em ramos da rede de termos e temas da Saúde Coletiva. Acompanhar o movimento de atendimento a usuários de acupuntura num serviço de ambulatório foi contextualizando reflexões acerca do espaço intercessor colocado como foco de análise na pesquisa.

Ser mãe, esposa e filha unem-se à trama de forças que compuseram as tensões divididas com a tarefa de concluir essa dissertação. Gratidão é o sentimento que pode se aproximar do meu desejo nesse momento.

Agradecer, num primeiro momento ao admirável orientador, que com saberes e ensinamentos propiciaram o encontro com os rizomas e a definitiva escolha do tema. Muito tenho a agradecer pela análise do comprometimento da minha subjetividade, desde a elaboração do projeto até a conclusão da discussão dos resultados. A estimada professora Valéria Ramos, agradecimento pelos auspiciosos momentos de sala de aula vivenciados como momentos de *sala de vida*, tão bem estruturada em seus pensamentos e ao mesmo tempo tão bem despreendida dos rigores estéticos muitas vezes limitadores da prática. A professora Lílian Koifman, por comprovar minha crença e meu esforço pessoal em direção à congruência entre o saber e o fazer pedagógicos cotidianos. As professoras Maria Inês Nogueira e Marilene Nascimento, que me trouxeram clareza e organização nas reflexões compartilhadas acerca dos diferentes paradigmas em saúde.

Aos colegas de sala de aula, parceiros de caminhada, pela partilha alegre que nos fez continuar.

Aos colegas de trabalho que, acupunturistas como eu, vivenciam tensões, algumas aqui descritas, e persistem na paixão de cuidar.

Aos alunos de acupuntura que muito colaboraram com entusiasmo nas reflexões ou na angústia por explicações ainda por vir.

Aos pacientes de acupuntura, por possibilitarem a troca e serem a referência maior do empenho no trabalho realizado.

Enfim, a todos vocês, MINHA ETERNA GRATIDÃO!

*“Cada caminho é apenas um entre um milhão
de caminhos.
Se o seu caminho é o amor, o fim não tem
importância,
o processo terá coração”.*
Leo Buscaglia

RESUMO

O presente estudo busca analisar o cuidado produzido pela acupuntura sob o referencial teórico das tecnologias de cuidado, contextualizando a acupuntura com as ferramentas conceituais propostas pela Saúde Coletiva. Com o objetivo de compreender o Trabalho Vivo em Ato e as tensões ali presentes, considerando – o como uma produção subjetiva. Aspectos da legitimação da acupuntura no Ocidente foram discutidos sob o enfoque da Análise Institucional, culminando com a institucionalização do grupo Racionalidades Médicas. Enfocamos a análise do cuidado produzido pela acupuntura a partir de relações rizomáticas, poder e biopoder e suas influências na saúde.

O corpus da pesquisa compõe-se de profissionais e usuários do ambulatório de acupuntura da Pestalozzi, Niterói, Pendotiba. Constitui-se em uma pesquisa de campo de caráter qualitativo. Foram realizados grupos focais com os usuários e grupos focais com profissionais para coleta de dados, além de um caderno de anotações de situações cotidianas do ambulatório. Os dados coletados foram consolidados através da análise de discurso. A complexidade do trabalho proposto pela acupuntura através dos sujeitos profissionais mostrou que o cuidado por ela proporcionado tende a ser sujeito-centrado e conseqüentemente um cuidado *cuidador*. Foi revelada a autonomia trazida pela acupuntura aos sujeitos usuários, tanto na diminuição do uso medicamentoso quanto promovendo maior independência nas atividades de vida diária, sendo estes fatores relevantes para o estabelecimento do vínculo com o tratamento. O bem-estar geral proporcionado pelo tratamento em acupuntura oferece o aumento da percepção de saúde e diferencia a acupuntura de outras práticas clínicas. A grande dificuldade dos profissionais se revelou como sendo o uso da tecnologia leve, o gerenciamento de afetos presentes no espaço intercessor, além do reconhecimento da ainda presente resistência institucional na sociedade quanto à legitimação da acupuntura. O desvendamento do cuidado produzido pela acupuntura revela um modelo híbrido de cuidado, operado por sujeitos nômades, que migram de território em território, permeando saberes e poderes que compõem o modelo plural de suas subjetividades.

Palavras-chave: Acupuntura, Análise do Cuidado, Subjetividade, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The present study seeks to examine the care through acupuncture under the theoretical referential care technologies, contextualizing acupuncture with the conceptual tools proposed by the collective health. With the goal to understand the work live in Act and tensions there, whereas – as a subjective production. Aspects of legitimation of acupuncture in the West were discussed under the focus of institutional analysis, culminating with the institutionalization of Medical Racionalidades group. We focus on the analysis of production of care through acupuncture from rizomáticas, power relations and BioPower and its influences on health.

The search corpus consists of professionals and users of acupuncture clinic of Pestalozzi, Niterói, Pendotiba. It is a field survey of qualitative character. Focus groups were conducted with users and focus groups with professionals for data collection, as well as a notebook for everyday situations of ambulatory. The data collected have been consolidated through the analysis of discourse. The complexity of work proposed by acupuncture through subject professionals showed that the care provided by it tends to be subject-centered and therefore a careful *caregiver*. It was revealed the autonomy brought by acupuncture to users, both in reducing drug use and promoting greater independence in activities of daily living, and these factors relevant to the establishment of the link with the treatment. General well-being provided by treatment in acupuncture offers increased health perception and differentiates acupuncture other clinical practice. The great difficulty of professionals proved to be the use of lightweight technology, managing affections present in space intercessor, in addition to the recognition of institutional resistance still present in society as to the legitimacy of acupuncture. The unveiling produced by acupuncture care reveals a hybrid model of care, operated by nomadic subjects, that migrate from territory in the territory, permeating knowledge and powers that make up the plural model of their subjectivities.

Key-words: Acupuncture, analysis of the Caution, subjectivity, collective health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1- Análise do Cuidado produzido pela Acupuntura.....	20
1.2- Samambaias e Bambus.....	22
1.2.1- O que são Samambaias.....	23
1.2.2- O que são Bambus.....	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1- Conhecendo os Bambus: o que é Acupuntura.....	27
2.1.1 - Qi, Energia Vital.....	29
2.1.2 - Os Cinco Movimentos da Natureza.....	32
2.1.3 - O lado escuro e o lado ensolarado da montanha: Yin e Yang.....	37
2.1.4 - A complexidade do diagnóstico na Acupuntura.....	40
2.1.5 - O tratamento relacional proposto pela Acupuntura.....	45
2.2 - Saúde.....	48
2.3 - As Samambaias: o campo da Saúde Coletiva.....	54
2.4 - Convivência entre Samambaias e Bambus.....	57
2.5 - Acupuntura e autonomia.....	61
2.6 - Acupuntura e relações de poder.....	63
3 OBJETIVOS	70
3.1 - Objetivo Geral.....	70
3.2 - Objetivos Específicos.....	70
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	73
4.1 - Opções conceituais.....	71
4.2 - Aspectos éticos.....	71
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
7 REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	107

1- Introdução

O objetivo desta pesquisa é analisar o cuidado produzido pela Acupuntura, tendo como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que é um tipo de força que opera essencialmente em processo e em relações. Pretendemos mergulhar no diálogo estabelecido entre os sujeitos, nessas relações, e entre eles e a Acupuntura no ambulatório da Pestalozzi, Niterói, em Pendotiba. Examinar como os trabalhadores lidam com sua liberdade no fazer saúde, a partir do aprendizado da racionalidade médica chinesa, especificamente através da acupuntura.

Sendo essa forma de clinicar oriunda de um modelo de se pensar saúde – doença e tratamento, pesquisas em Acupuntura vêm sendo desenvolvidas academicamente, tanto nos moldes da Biomedicina sob o paradigma positivista, como pela categoria das Racionalidades Médicas, sob enfoque sócio-antropológico, nos moldes da pesquisa qualitativa em saúde. Em qualquer um deles, o contato com a acupuntura gera nos sujeitos certo estranhamento, pela natureza de sua prática: estimular certos pontos do corpo para tratar saúde.

Podemos observar que, esse estranhamento afeta os sujeitos de diferentes formas. A prática da acupuntura por si só não necessariamente vai alterar o núcleo tecnológico determinante do modelo de cuidado em saúde, nem mesmo as relações entre os sujeitos, e destes com o meio social em que se inserem. Mas ao mesmo tempo em que o processo de trabalho não se modifica a priori, talvez a acupuntura possa se mostrar um dispositivo, agenciado pelo desejo, que pode operar a construção de formas de cuidado mais “cuidadoras”.

Trazendo esses questionamentos para a contemporânea análise do cuidado em saúde e suas tecnologias, pretendemos mostrar de que forma a acupuntura, como modelo oriental de tratamento vem se estabelecendo como prática integrativa e complementar em saúde e, em sua configuração, que tipos de forças, algumas vezes visíveis e outras vezes não tão visíveis, estarão em tensão promovendo o modo como a acupuntura se estabelece. Na complexidade do campo da saúde coletiva, evidenciamos como vem sendo estabelecida a convivência de práticas semeadas que se manifestam como rizomas, ora como bambus, bem estruturadas em suas raízes, buscando o alto e a luz, ora como samambaias, articuladas, também resistentes, mas que necessitam de certo cuidado para permanecerem em vida.

A análise do cuidado em saúde é hoje um dos temas mais abordados nas diferentes frentes de ação, na luta por um sistema de saúde universal, igualitário, de qualidade e

implicado com a cidadania. Analisar o cuidado é entender o modo como se estruturam os processos de trabalho em saúde nos diferentes estabelecimentos e em diferentes momentos, de encontro entre o usuário (sujeito que busca o atendimento) e os sujeitos trabalhadores, que representam os serviços de saúde.

Emerson Merhy (1997, 2002) vai analisar o processo de trabalho em saúde a partir da utilização de três formas de tecnologia: a Tecnologia Dura (máquinas, equipamentos, instrumentos); Tecnologia Leve-Dura (saberes e conhecimentos do trabalhador); e Tecnologia Leve (é a relacional, representada pelo encontro entre o usuário e o profissional). Enfatiza ainda que a efetivação de modelos assistenciais devem emergir da análise do cotidiano dos trabalhadores, como tarefa coletiva no interior dos serviços de saúde. O que justifica tal preceito é o fato das reformas macroestruturais e organizacionais, no sentido de melhorar a assistência em saúde, terem se mostrado pouco efetivas, exatamente por não priorizarem essa importante questão relativa ao Trabalho Vivo, apesar de terem consumido altos investimentos financeiros, principalmente em equipamentos, ou seja, basearam-se fundamentalmente em Trabalho Morto.

Falar então de reformas na micropolítica dos processos de trabalho em saúde é investir no Trabalho Vivo em Ato, na forma como os sujeitos manejam as diferentes tecnologias, determinando o tipo de cuidado que oferecem. Vale ressaltar que, independente da tecnologia utilizada em determinado modelo (leve, leve-dura ou dura), e geralmente as três estão presentes ao mesmo tempo, quem vai determinar a maneira como a assistência será oferecida será o próprio trabalhador. Ele definirá se o cuidado oferecido será um cuidado-cuidador, centrado no sujeito em sua complexidade, ou se será um cuidado-não-cuidador, centrado na doença e em procedimentos, independente do tipo de tecnologia que predomine nesse determinado modelo.

Sendo assim, pensar em estrutura de trabalho em saúde é pensar em sujeitos trabalhadores que operam as relações no encontro do profissional com o usuário, na forma como lidam com o atributo de liberdade que existe nesse espaço relacional.

Franco (2009) vem ampliando esse enfoque no sujeito, observando o cuidado também como uma produção subjetiva, tendo o desejo como núcleo propulsor da produção social dos sujeitos. Operar mudanças na forma de cuidar pressupõe operar mudança na forma como o sujeito “deseja” expressar sua singularidade.

Precisamos aqui ressaltar que o conceito de desejo a que nos referimos é aquele desenvolvido pela esquizoanálise, como o impulso que leva os sujeitos ao movimento. Deleuze e Guattari (1976) o descrevem como a energia que leva à invenção da realidade social, um agenciamento que está sempre em movimento, em produção, em atividade. Liga-se à idéia de que a produção do mundo se dá por subjetividades desejantes, que operam em fluxos que se interligam e se conectam. Atuar no mundo é constituir um desses fluxos, interagindo na rede desejante dos processos de subjetivação. Pretendemos entender o fluxo da acupuntura nessa rede, como ela interfere nesses processos.

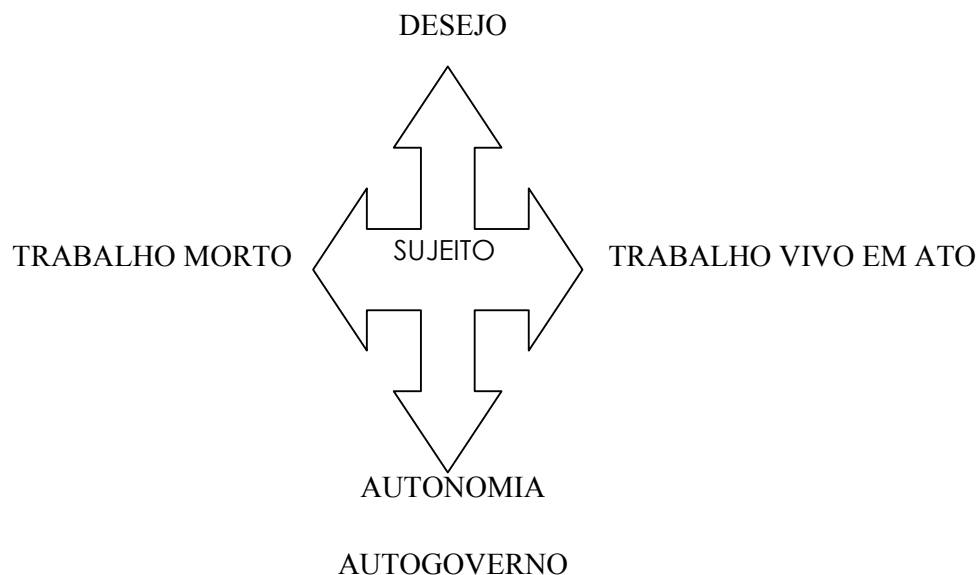
Para melhor entendimento as classificações utilizadas na análise do cuidado, vamos entender o que Merhy denomina Trabalho Morto e Trabalho Vivo em Ato.

Trabalho Morto é trabalho já realizado em determinado produto, é tudo aquilo que resulta de um trabalho humano anterior, resultando em ferramentas ou matéria-prima. Estão presentes no trabalho vivo como cristalização, já está instituído. Entra no trabalho vivo em ato comandando uma parte de sua atividade produtiva e criativa.

Por Trabalho Vivo define-se o trabalho em ato, o que é exercido no exato momento de produção, e pode ser criativo, acolhedor, ou burocrático com base exclusivamente no ato prescritivo; está em ação, em um certo “dando” ou pode também estar atuando em repetição. Traz o “quantum” de incerteza ao modelo pré-estabelecido definindo-o como um modelo semi-estruturado. Está em sua natureza dependente de seu operador, que é o sujeito trabalhador.

Em sua atividade, o trabalhador em saúde pode operar o que lhe é dado como Trabalho Vivo em diferentes proporções, fazendo uso de sua capacidade de autogoverno, exercendo alguma “autonomia” sobre o que lhe é dado. Pode priorizar o Trabalho Morto ou o Trabalho Vivo, exercitando seu potencial criativo. Pode ainda, encontrar diferentes combinações entre eles, inclusive diversificando essas combinações ao longo do desenvolvimento do trabalho. Podemos criar uma analogia com o fotógrafo que vai registrar uma cena. Ele pode simplesmente “clicar” e efetivar sua tarefa, ou pode realizar ajustes no foco de seu equipamento, priorizando um determinado perfil do cenário, ou mesmo mudar a lente para dar determinado efeito na paisagem. Supondo agora que foram convidados outros fotógrafos para registrar o mesmo cenário, mesmo garantindo o uso do mesmo equipamento, estabelecendo os mesmos critérios, teremos provavelmente diferentes modos de fazer a fotografia.

Podemos visualizar isso graficamente da seguinte forma:



O sujeito é o centro do que se configura como Trabalho Vivo em Ato (TVA), que será definido como resultado da maneira como o trabalhador opera seu grau de liberdade, de autogoverno, sobre o Trabalho Morto, agenciado, movido pelo desejo. A realidade se constitui como resposta, como modos de agir das subjetividades desejantes, que sofrem certas tensões. O Trabalho Vivo em Ato (TVA) vai se configurar buscando atender a um recorte intencional previamente estabelecido pelo trabalhador, mas que por ser trabalho vivo em ato, pode mudar com seu processo produtivo. Esse recorte intencional é o modelo que o sujeito formou para si através de seus conhecimentos adquiridos, valores, desejos, modos de subjetivação social e foram historicamente construídos, podendo-se modificar quando este opera seu grau de liberdade, que é dado pelo trabalho vivo em ato. É uma resposta à rede de tensões que estão em movimento constante, em fluxos dinâmicos, nas relações entre os sujeitos, e deles com o mundo. O TVA nem sempre, e talvez até na maioria das vezes, é um resultado bem elaborado e refletido pelo sujeito. O que se observa na prática é o que Merhy (1997) denomina de “captura do sujeito”, ou seja, sua ação no mundo a serviço do Trabalho Morto (TM), anulando sua autonomia e sua liberdade no agir.

Essa autonomia, liberdade ou autogoverno do trabalhador como vem sendo considerada, que é tão determinante no modelo de cuidado que será traçado, sofre interferência de uma série de forças, de tensões. São processos de formação do sujeito e a forma como ele se insere no mundo. Entendemos que o trabalho é uma das formas de inserção

do sujeito, onde ao mesmo tempo em que ele age ativamente no contexto, também ocorre o inverso, o trabalho também é uma forma de subjetivação.

O trabalho vivo, quando é realizado para produção de um bem de consumo, sofre certas capturas, que fazem com que o trabalhador perca parte de sua autonomia, uma vez que é aprisionado por necessidades estabelecidas pelo mercado. O trabalhador, quando está realizando seu trabalho, precisa atingir uma necessidade outra, que não é a sua própria, e que por sua vez, é também social e historicamente determinada. O trabalho vivo (criador) nesses moldes é então facilmente capturado pelo trabalho morto (cristalizado). O autogoverno do trabalhador sobre o processo de trabalho fica restrito, visto que terá que seguir modelos pré-concebidos pelo mercado de consumo. Ainda assim existe certo nível de autonomia do trabalhador, ou seja, o seu próprio modo de agir nesse modelo, que vai diminuindo de acordo com o nível de comprometimento industrial que o produto assume.

No caso então de um bem de consumo capitalístico, a relação produtor/consumidor não ocorre de maneira imediata, é mediada pelo mercado, sendo este altamente determinante no processo produtivo. Falamos na criação social da demanda, como Baremblytt (2002) descreve, quando a oferta é capaz de produzir demanda, gerando no sujeito consumidor uma necessidade, um movimento em busca do até então não tido como necessário. O mesmo ocorrerá com o produtor, cujo trabalho de criação ficará submetido à demanda criada pelo mercado.

No caso da saúde, a criação da demanda pelo capitalismo se mostra através da busca interessada em consumo de medicamentos e de procedimentos. É frequentemente encontrado, nos serviços de saúde, o consumidor que já chega com a “necessidade” pré-estabelecida de um determinado exame, ou de uma receita medicamentosa. Percebemos portanto que a produção imaginária da demanda é uma construção sócio-histórica e tem sua gênese no modo como foram constituídos os modelos tecnoassistenciais para a saúde. (Franco & Merhy, 2005)

Uma diferenciação se faz presente, porém, no campo da saúde. A “entrega” do produto ocorre simultâneo à sua produção, no encontro entre os sujeitos, sendo esse “lugar” chamado de espaço intercessor. Essa característica diferencia o trabalho em saúde, de outro qualquer trabalho industrial, definindo um modelo sempre semi-estruturado e pressupondo a existência de um espaço intercessor.

Vejamos esse espaço mais de perto.

São os sujeitos que configuram o processo de trabalho em saúde. O sujeito é o protagonista da cena e dispõe de liberdade para interpretá-la, para desempenhar e significar seu papel, de acordo com os próprios códigos formadores de sua subjetividade. Da mesma forma, caberá também ao usuário, significar esse encontro, produzindo os dois, o que pode ser chamado de espaço intercessor. Esse termo foi utilizado por Deleuze referindo-se à forma com que o livro *Antiédipo* (1976) fora escrito, não a quatro mãos (as dele e de Guattari), mas no espaço inter, que existe na relação entre sujeitos, o que no campo da saúde pode se produzir assim por ser Trabalho Vivo em Ato.

Para entender melhor esse espaço vamos recorrer à primária noção de conjuntos. Imaginando o trabalhador como o conjunto A e o usuário como o conjunto B, como dissociados, ao se aproximarem, formam mutuamente o conjunto intercessão, que só existe pelo encontro de ambos, não representando, porém sua soma, e nem o que há de igual, mas sim o que está inter nesse encontro. É como a música que é tocada por notas organizadas, mas que se manifesta no espaço “entre” elas. Podemos dizer então que o espaço intercessor é a música tocada por um sujeito, que se encontra com a música tocada por outro sujeito e que juntas formam uma nova melodia.

Aproximando-nos ainda mais um pouco desse espaço intercessor, encontramos agora não mais dois conjuntos prontos e bem estruturados, e sim dois sujeitos que foram constituídos e continuam sendo, por diferentes processos de formação, e que buscam, nesse encontro, a satisfação de necessidades próprias que, por sua vez, também se constituem (as necessidades) por diferentes processos. Há ainda o(s) sobre conjunto(s), aquele representando um conjunto Universo, que no campo da saúde podem ser pensados pelos sistemas organizados que se vão incorporando uns aos outros. Podem configurar-se como lógicas bem estruturadas e instituídas, algumas vezes não de forma bem visível, e que capturam, englobam e aprisionam os que a eles se submetem.

No encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, há um encontro entre sujeitos: o usuário portador de necessidade de saúde, esperando sinceridade, responsabilização, confiabilidade na solução do “problema de saúde”. O trabalhador de saúde também tem necessidades, também espera dessa relação algumas coisas, e não necessariamente aquelas esperadas pelo usuário.

O papel desempenhado por cada um desses atores marca e delimita seus territórios existenciais auto-referenciais. São resultados de processos agenciadores subjetivantes que os

produzem como grupos na concepção de Guattari (1976). Então, o modo como os sujeitos são formados também opera na micropolítica do trabalho vivo em ato, como força instituinte de processos de resistência a mudanças, ou como propulsores delas. Pode repetir modelos ou criar novos mecanismos de agir. Surge então seu poder em “potencial” para agir como linha de fuga, de escape, de criação de novos modelos ou mesmo a manutenção de modelos que estejam coerentes com os ideais propostos para os serviços de saúde. Essa é uma reflexão mais uma vez ético-política, que os sujeitos precisam elaborar : a serviço de quem, ou do que operam seu trabalho?

Numa análise sobre o cuidado, este pode ser de diferentes formas: o cuidado cuidador e o não cuidador, aquele em que o centro, o foco de suas ações não é o sujeito, e sim a doença ou os procedimentos.

Mas, que cuidado é esse a que estamos nos referindo?

A palavra cuidado nos remete leigamente a uma prática maternal de atenção, nutrição e carinho. Segundo alguns dicionários de filologia citados por Leonardo Boff (1999), a palavra cuidado deriva do latim cura (coera) e era utilizada como atitude de atenção, de desvelo, de preocupação numa relação de amor e amizade, por pessoas ou objetos. O cuidado aparece então quando a existência de alguém se torna importante, através da disponibilidade, da dedicação, da responsabilidade de participar daquela vida.

Há ainda sua origem do latim, cogitare, que significa imaginar, pensar, meditar, julgar, supor, tratar, aplicar a atenção, refletir, prevenir e ter-se.

Desde a Grécia antiga, cuidado está relacionado à prática cotidiana no interior das famílias, e seu saber era constituído passando-se de geração a geração como uma tarefa essencialmente feminina. Na cultura ocidental paternalista, essa tarefa ficou cada vez mais ligada à figura da mulher, e mesmo quando se vinculou ao trabalho fora do seio familiar, ligou-se a profissões ditas “femininas”, como foi o caso da enfermagem. Esse é mais um aspecto da forma fragmentada e dicotômica de se organizar o pensamento no mundo ocidental, deixando para o sexo feminino a tarefa do cuidar e para o sexo masculino as tarefas de avançar, pesquisar, desbravar e, conseqüentemente, controlar. Vemos nesse movimento o poder masculino que tende a cercear a autonomia do feminino. Em contrapartida, temos também o lado controlador matriarcal, aquela figura de mãe que mantém o cuidado para não perder o controle dos entes queridos, mantendo uma relação de dependência de quem recebe

seus cuidados. Tal qual a chicória, vegetal símbolo das relações controladoras, que joga suas sementes, mas para bem próximo de suas raízes, para que ali se mantenham. Pierre Bourdieu (1999) é um dos autores que descrevem como o social determina formas diferenciadas de agir no mundo, para homens e para mulheres, como a sociedade imprime valores que determinam comportamentos.

Entretanto, na sociedade contemporânea, tais valores foram e ainda estão sendo desconstruídos e reconstruídos, o que vem se refletindo também em mudanças no trabalho. Hoje a mulher conquistou uma boa parcela das antes denominadas profissões masculinas e vice-versa. Encontramos também homens exercendo tarefas antes “femininas”. Uma outra mudança foi com relação à dicotomia nos processos de pensar, pesquisar e criar com o processo de fazer cotidiano\cuidar.

Na saúde, o conceito de cuidar não é simplesmente uma terminologia. Refere-se à ação de integralidade, em perceber o sujeito em sua complexidade, rompendo com modelos dicotômicos que priorizam a doença. Traz uma carga de mudança epistemológica, vem como resposta à insatisfação no modo com que a saúde veio descuidando, desconsiderando, abandonando, desrespeitando o humano em sua ontológica maneira de ser Homem.

É preciso, no entanto, ter cuidado com o cuidado, como descreve Merhy (2004). Por detrás de uma roupagem quase que angelical, pode haver uma prática cerceadora que pretende controlar e “assujeitar”. O cuidado em saúde que abre espaço para a intersubjetividade, para o acolhimento e formas de escuta além das competências técnicas, mas também traz seu aspecto capturante e cerceador. É preciso ser para além da chicória, é gerar para além dos limites de nossos próprios territórios.

1.1- Análise do Cuidado produzido pela Acupuntura

Os serviços de saúde baseiam-se fundamentalmente em trabalho afetivo e produção de cuidado. (Hardt, 2003) Os produtos são inatingíveis: um sentimento de tranquilidade, de bem-estar, de satisfação, de entusiasmo, de paixão. O trabalho afetivo é um dos aspectos do trabalho imaterial que assumiu um papel predominante na economia capitalista global em relação a outras formas de trabalho. O circuito de produção de afeto e de valor se parece com um circuito autônomo de construção de subjetividade. Quando o sujeito adocece e vai procurar o cuidado profissional, busca não só o conhecimento técnico especializado, mas também afeto

e apoio emocional. Este fato em si mesmo não deve ser utilizado para diminuir sua autonomia. Ao contrário, o movimento da dor (seja física ou emocional) é a oportunidade para que o sujeito realize reflexões acerca da representação simbólica deste momento em sua vida. Porém, na forma de tratar baseada em procedimentos, a representação simbólica que vem se construindo é a que reproduz o modelo hegemônico de cuidado, deixando o sujeito passivo e submetido à interferência do produto vendido (a saúde capitalística).

Em seu livro, *A Cartografia do Trabalho Vivo em Ato* (2002), Mehry descreve uma sociedade ocidental onde o domínio do modo de produção capitalista a faz prisioneira das inovações tecnológicas, já que representam a solução para o acúmulo de capital. Atualmente tal processo é denominado transição tecnológica e registra alterações significativas nos processos de trabalho. Talvez se possa equiparar essa transição àquela vivenciada nos momentos iniciais do capitalismo, dita Revolução Industrial.

Transpondo esse momento de transição tecnológica para o campo da saúde, Mehry descreve o modo de agir humano no ato produtivo em saúde. Recorre à cena de encontro do médico com o usuário e utiliza a metáfora do uso de valises por esse profissional e as descreve sob a ótica da tecnologia, descrevendo três tipos de valises:

1 – uma vinculada à mão, representando uma caixa de ferramentas de tecnologias duras, onde cabem estetoscópio e outras ferramentas. Este é o momento em que se processam imagens, exames laboratoriais, além de outros. Consome além do trabalho morto dos instrumentos, o trabalho vivo de seu operador com seus saberes tecnológicos. O trabalho vivo presente neste momento é facilmente capturado pela lógica instituída do equipamento;

2 – a segunda valise é representada pela sua cabeça, expressando saberes bem estruturados como clínica, epidemiologia, cardiologia ou outra especificidade. Representa as tecnologias leve-duras. O olhar do médico sobre o usuário é construído e vai significá-lo a partir de uma forma particular de saberes bem definidos (é o seu lado duro). Porém, no momento de sua concretude, no trabalho vivo em ato, é contaminado no seu processar produtivo, dando uma certa incerteza ao produto a ser realizado (é a sua parte leve). Mas o contrário também pode ocorrer. O ato clínico é dessa forma impregnado de incertezas, já que não há uma única forma de balancear estas tecnologias. Quem irá definir o tipo de tecnologia irá prevalecer no ato cuidador será o próprio profissional, em sua relação com o usuário e com o trabalho morto;

3 – a última valise é a que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário, representando tecnologias leves implicadas na relação entre os sujeitos e que só adquirem materialidade em ato. Essa valise do espaço relacional expressa a construção ou a desconstrução de acolhimento, vínculo e responsabilização dos atores em cena. Mesmo que a tecnologia dura esteja presente, essa valise não depende dela, já que é preenchida por tecnologias leves. São jogos transferenciais entre os sujeitos que ali se encontram e trazem a este espaço lógicas sociais, culturais e políticas construídas cada qual com a sua história. Descreve processos produtivos que somente se realizam em ato e que operam jogos de captura entre as forças que estão visivelmente presentes ou que indiretamente operam uma tensão inerente ao encontro.

Esse é o *locus* que define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado. Os diferentes arranjos entre as valises vão estrategicamente modelar a forma como o cuidado em saúde será operado. E esses arranjos são comandados pelos sujeitos que operam o TVA, como descrito anteriormente.

A primeira delas, a valise da mão, a tecnologia dura, sendo representada pelos instrumentos de prática do acupunturista: agulhas, ventosas, moxa, sementes, agulhas semi-permanentes, aparelhos (eletroacupuntura, Ryodoraku, a folha da anamnese), além de procedimentos como manipulação e a estratégia de combinação; a da cabeça, a tecnologia leve-dura, sendo representada pelo conhecimento tecno-científico que se compõe da filosofia da medicina chinesa, de definições de padrões de patologias, de fisiologia energética e métodos de diagnóstico e tratamento. Cabe aqui ressaltar que, apesar de partir de um modelo lógico diferenciado, cada profissional vai representar esse conhecimento de uma maneira própria, de acordo com uma maior ou menor tendência ao biologicismo, já que o conhecimento profundo da Acupuntura abarca bem os dois tipos de pensamento; e a terceira valise, a da relação, que existe somente no encontro do usuário com o profissional, no espaço relacional, sendo representada na forma como o tratamento irá proceder.

Seguindo a linha da Medicina Tradicional Chinesa, como descrito anteriormente no processo de diagnóstico, uma série de representações precisam ser feitas a partir da observação do acupunturista. É nesta parte que está a riqueza do diagnóstico, o momento em que a Acupuntura prioriza a relação entre os sujeitos, a sua grande porção em tecnologia leve. Supõe-se que o acupunturista irá tocar o pulso e verificar como está o Qi (energia vital) do paciente em cada um dos Zang-Fu (órgãos e vísceras). Deve também ser examinada a língua,

local onde se verifica um mapa de localização dos mesmos Zang-Fu e se percebe as manifestações das substâncias vitais (Qi, Xue e Fluidos Corpóreos), para que os 8 princípios de diagnóstico possam ser verificados (Calor/Frio;Cheio/Vazio;Exterior/Interior;Yin/Yang). Presume-se que, cumpridas essas etapas, o acupunturista seja capaz de diagnosticar os desequilíbrios que estejam causando a patologia a ser tratada, ou mesmo prevenir seu aparecimento. Há também diferentes modelos de anamnese, um interrogatório minucioso sobre a queixa trazida pelo paciente. São perguntas sobre a hora de melhora ou piora dos sintomas, a temperatura de alívio, o tipo de alimentação habitual, rotinas de atividades físicas, características das fezes, atividade sexual, estados de humor, descrição do sono, sonhos, posição de dormir, e muitos outros detalhes, além do que denominam como “a chave de ouro” no diagnóstico, que são traços observáveis pelo acupunturista através do que vê no paciente e ouve em seu discurso. A partir de então, será escolhida a estratégia de tratamento, os pontos a serem utilizados através de agulhas, laser, moxa, ventosa, manipilções, sementes, orientações alimentares, hábitos de vida e maneiras de lidar com emoções.

É nesse momento que, na prática, a acupuntura corre o risco de ser capturada pelo modelo biomédico, rompendo com preceitos clássicos e tradicionais, trazendo o foco do tratamento para explicações que excluem as caracterizações que são eminentemente relacionais e centradas em tecnologia leve. Quando baseia-se em explicações neurofisiológicas e interfere no ponto de acupuntura com a medicação ocidental, está também mantendo o modelo hegemônico biomédico, corroborando com todo um interesse de corporações capitalísticas em saúde.

1.2- Samambaias e Bambus

Samambaias e bambus são diferentes formas de rizoma, referência esta utilizada por Deleuze & Guattari (1995, p. 1) como dispositivo de produção de realidade social. “Mas o que é um dispositivo? É antes de mais uma meada, um conjunto multilinear composto de linhas de natureza diferente.” As relações que os sujeitos estabelecem entre si e com o mundo manifestam-se por linhas de fluxos de intensidades que ora se aproximam, ora se distanciam, traçando processos que estão sempre em desequilíbrio. Qualquer linha pode ser quebrada, sujeita a “variações de direção” ou bifurcada, submetida a “derivações”. Dessa forma, o caráter múltiplo, heterogêneo, de muitas entradas e de fluxo contínuo do rizoma aproxima-se da forma como os sujeitos operam na realidade social, representando então as situações de

trabalho vivo em ato, dos diferentes modelos de cuidado e de formação dos sujeitos no cenário da Saúde Coletiva.

1.2.1- O que são samambaias?



Escolhemos aqui utilizar a samambaia como metáfora do modelo em saúde proposto pelo campo da Saúde Coletiva, com toda a complexidade na convivência dos paradigmas da interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade a que se propõe.

Não há um consenso na definição do campo, que apresenta tensões epistemológicas que impedem a existência de uma teoria unificadora que contemple a diversidade de objetos de estudo. Mas há um consenso com relação à concepção ampliada de saúde e suas inúmeras interfaces, abrangendo três grandes áreas de conhecimento: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e o planejamento. A Saúde Coletiva veio a ter sua institucionalização no final dos anos 70, com a criação da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Agregando o que havia sido produzido em medicina preventiva, medicina social, planejamento em saúde, pesquisas epidemiológicas, políticas de saúde, além de ciências sociais em saúde, vem se firmando com formas estruturadas e estruturantes de tratar o coletivo, o social e o público. A Saúde Coletiva se mostra então como um campo multiparadigmático, que se caracteriza pela convivência de diferentes disciplinas, que se estendem desde as ciências naturais até às sociais e humanas. Este entrecruzamento de saberes, essa nova forma de arranjo combinatório promove uma nova configuração disciplinar, onde não se pode pensar em uma ciência pura que responda um problema preciso. Citando o economista inglês Kenneth E. Bouling (1910-1999), Nunes (2009) exemplifica a o que pode ser chamado de “a complexidade da saúde coletiva”: “como conjuntos disciplinares onde não há uma ciência que nasce nas fronteiras de duas disciplinas fundamentais ou do

cruzamento de ciências puras e aplicadas, mas que se ligam de forma descentrada, assimétrica, irregular, como no caso das ciências cognitivas, das ciências da complexidade”. O campo da Saúde Coletiva não é um território multilinear onde são depositados diferentes saberes e práticas desarticulados, mas um espaço onde os conceitos, as categorias analíticas e as chaves interpretativas se compõem num arranjo de acordo com as necessidades em descrever, interpretar e/ou avaliar a realidade de saúde a ser estudada, avaliada e/ou transformada. Resiste desta maneira a ter uma delimitação, sendo este um grande desafio em adquirir uma forma sem colocar-se numa fôrma que cerceie o crescimento e a integração. (Luz, 2006)

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (1987) samambaia vem do Tupi, *hun ã 'bae*, significa “o que se torce em espiral”. São plantas que há milhares de anos dominavam a terra e nem sequer tinham sementes para se reproduzirem. Vivem numa grande diversidade de ambientes, desde bosques e florestas (seu habitat natural) como em penhascos, em beira mar, em rochas e até na água. Podem também ser cultivadas em casa, com a precaução indispensável de serem mantidas na sombra, pois não gostam da luz do sol. Necessitam de um saber cuidar para que sobrevivam bem.

Escolhemos a samambaia, por associação com a noção de campo, trazida por Pierre Bourdieu (1999) e enunciada por Luz (2006) como ferramenta conceitual básica para entender a coexistência de três paradigmas na saúde coletiva: a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. O campo como o “*socius*” onde a distribuição hierárquica de saberes e práticas, de atores/agentes que emitem seus discursos num conjunto semiestruturado que está num contínuo processo. Substitui-se a visão horizontalizada de organização nas instituições, por uma visão em roda, com múltiplas entradas e fluxos permanentes, onde a disputa por “espaços discursivos” gera conflitos, mas coloca-se em estrutura semi-aberta e em constante mudança. Muito se aproxima de um espiral, que segue e se multiplica com o grande desafio de, ao tomar uma forma, seu fluxo o impulsiona para um novo ciclo. Traz a idéia de movimento, de inclusão, de organização e desorganização, para reorganizar-se continuamente.

1.2.2- O que são bambus?



Estabelecemos uma analogia com os bambus para representar a racionalidade médica chinesa, especificamente a acupuntura.

Bambu, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (1987) tenha talvez origem malaia e é caracterizado pelo colmo que atinge muitos metros de altura. Comumente no ocidente se planta como ornamental e para produzir sombra. Há milhares de anos o bambu está presente na arte da China e do Japão, como símbolo referência de sabedoria para os Taoístas. São muito resistentes, tanto que após a bomba de Hiroshima, a primeira planta a se regenerar e voltar a aparecer foi o bambu. No oriente é usada inclusive para construções. O Taj Mahal na Índia teve sua abóboda central construída por bambus, apenas recentemente foi substituído por metal.

Poucas pessoas já viram a semente do bambu. Ele leva cerca de vinte anos para dar sua primeira florada e produzir sementes, mas há espécies que estendem esse tempo aos cem anos. Não existe pressa para se fazer o que tem que ser feito. (Beraldo & Pereira, 2007)

Mais uma peculiaridade que é utilizada como símbolo de sabedoria é a forma como crescem suas raízes. Quando plantada sua semente, se transforma num bulbo e depois de algum tempo surge um pequeno broto. Esse broto permanece inalterado sob o solo por um longo período, desenvolvendo-se debaixo da terra, sem que ninguém observe. Suas raízes vão se aprofundando por três, quatro e até cinco anos, formando uma rede de ramificações, mas o

broto continua do mesmo tamanho. Após cinco anos de incessante e profundo trabalho, o broto começa a se projetar para fora do solo e em pouco tempo cresce rapidamente, podendo atingir 50 metros em 6 meses.

Ainda outra característica do bambu é ressaltada. São os nós que ele apresenta no seu corpo. Em cada um deles está presente sua força para atingir um crescimento cada vez maior. Gosta e busca o alto, a luz do sol. E esse crescimento só se torna possível porque o bambu se enverga com o vento, contribuindo com o símbolo da flexibilidade e humildade, na relação com o mundo exterior. Existe também o caráter social do bambu. Ele não cresce sozinho, mas ao mesmo tempo, respeita o espaço de convivência sem atravessamentos. Ainda quando novo, antes de crescer permite que nasçam outros a seu lado, sabe que vai precisar deles e, vistos ao longe, parecem como uma árvore, porém, não se permite criar galhos. Para seguir ao alto, é preciso perder o que o impediria de subir suavemente.

Os taoístas cultivam a virtude da paciência e determinação. Fazendo um paralelo com a vida humana, acreditam que, se tivermos pressa, poderemos acabar construindo alguma coisa em cima de um solo movediço, sem firmeza, como num pântano. E todo o esforço será em vão. Para o crescimento é necessário uma base sólida, depois de firme estrutura se constrói a parede de uma casa. O trabalho de estruturação, assim como o enraizamento do bambu, é algo demorado, e para os orientais, deve ser feito longe da vista das pessoas, no anonimato, no silêncio, no enraizamento do ser. É o que simboliza o oco do bambu: o vazio de si mesmo. Ser oco é estar pronto para ser preenchido, simbolizando o caminho do Tao, do Vazio.

Pretendemos analisar esse encontro, dar voz e escuta a ambos os lados do que vem se denominando Orientalização do Ocidente. O lado do bambu, representando a acupuntura, e o lado da samambaia, representando a saúde coletiva.

2- Fundamentação Teórica

2.1- Conhecendo os bambus, o que é Acupuntura?

Uma senhora de 83 anos, com sua pele bastante enrugada pelo tempo, obesa, cabelos brancos bem presos, alguns dentes na boca, entra no setor de Acupuntura procurando informações sobre o atendimento, pois sofre de dores nos joelhos. Já tentou vários tratamentos e continua com dores que a impedem de realizar certos movimentos e não agüenta mais gastar tanto dinheiro com remédios, inclusive porque já adquiriu uma gastrite em função dos medicamentos. “o médico falou para eu tentar acupuntura, mas eu nem sei o que é isso.”

“Meu Deus! Parece milagre! Se eu soubesse que Acupuntura era assim eu tinha vindo há mais tempo! Estava toda torta, sem conseguir virar, e apenas com uma agulha já consigo até calçar os sapatos!”

“Depois que comecei o tratamento com acupuntura tive coragem de falar para o meu marido coisas que antes ficavam entaladas na minha garganta.”

“É importante observar que se com simples agulhamento em qualquer lugar perto do joelho se verifica melhora de 52% nos índices de dor e funcionamento da articulação, então com o uso dos recursos da Acupuntura Neurobiológica - eletro-neuro-estimulação transcutânea e percutânea (intramuscular) e anestésicos locais intradérmicos e/ou mais profundos, em alvos anatomicamente definidos -, os resultados só podem ser muito superiores, e é isso que se verifica na prática.” (Disponível em: <<http://www.acupunturamedicacontemporanea.com.br>>. Acesso em: 29/06/10)

“Me senti muito mal depois que saí daqui. Na verdade, ainda quando estava com as agulhas vi uma imagem muito ruim, parecia alguém sofrendo e pedindo ajuda. Comecei a rezar e fui falar com o pastor . Ele me disse que precisava rezar e sair daquele lugar. Então eu vim avisar que não vou continuar com a acupuntura.”

“Sabe, não estou vendo melhora em nada. Na verdade, sinto muita dor com a colocação das agulhas e não sei se vale a pena ficar sofrendo ainda mais.”

“Olha, prá falar a verdade, venho para cá quase que amarrado, minha esposa quer muito que eu venha. Tenho que confessar que morro de medo de agulha.”

Os relatos acima são retirados da rotina de um ambulatório de acupuntura e utilizados aqui para mostrar quão diversas são as visões sobre acupuntura atualmente em nossa sociedade.

A acupuntura ou acupunctura é uma técnica de intervenção terapêutica da Medicina Tradicional Chinesa. Atribui-se o nome “Acupuntura” a um jesuíta europeu que, retornando da China no século XVII, adaptou os termos chineses “Zhen” e “Jiu”, juntando as palavras latinas “Acum” (agulha) e “Punctum” (picada ou punção). A tradução literal do termo chinês,

no entanto, é bem diferente. O correto seria Zhen (agulha) e Jiu moxa, ou seja, “longo tempo de aplicação do fogo”. (Luz, 2006). Os fundamentos da Acupuntura foram estabelecidos há mais de 2.000 anos, tendo dois livros principais como base teórica: o Nei Jing (aproximadamente 200 a.C.) que compreende o Su Wen (Questões Simples) e o Ling Shu (Eixo Espiritual), que aplica os conceitos de Yin/Yang e dos Cinco Elementos na medicina; e o segundo livro é o Nan Jing (Clássico das Dificuldades), aproximadamente 200 d.C., que desenvolve a aplicação das idéias apresentadas no Nei Jing. Compreendem o registro de um complexo sistema de medicina de uma época em que pouca distinção era feita entre religião, filosofia, ciência e medicina, e os pensamentos eram permeados com idéias provenientes do Taoísmo, Naturalismo e Confucionismo.

Mas não é apenas através de agulhas que se realiza a acupuntura. Além de agulhas, podem ser utilizados outros instrumentos para o estímulo dos chamados pontos de acupuntura, tais como:

- moxa: é o estímulo dos pontos através do calor produzido pela queima de uma erva, a Artemísia, por um bastão, cone (feito á mão e colocado sobre a pele, sobre sal ou gengibre), chapéu (feito a mão e colocado sobre a agulha), ou botão (confeccionado industrialmente e adesivado sobre a pele). Já existe atualmente a moxa elétrica e também a moxa carvão (com menos cheiro e fumaça);

- ventosa: é o estímulo do ponto através de copos que podem ser de vidro ou de acrílico que sugam, por pressão, a pele e as toxinas do corpo, trazendo para a superfície e produzindo um efeito de desintoxicação, relaxamento e distensão de nódulos musculares através de massagem dos copos deslizantes sobre a pele;

- pressão dos dedos: acupressura nos pontos a serem estimulados, com movimentos giratórios horários(estimulando pontos) ou anti-horários(sedando os pontos), também conhecido como DO-IN;

- sementes: são sementes orgânicas, de mostarda amarela ou preta, cousa, grãos de cristais, esferas de ouro ou de prata, cada uma delas com uma respectiva função e são presas no pavilhão auricular (microsistema) ou nos pontos de acupuntura do corpo (pontos sistêmicos);

- fitoacupuntura: são pequenos emplastos de fitoterápicos aplicados com fita micropore nos pontos de acupuntura, sendo específicos para cada meridiano;

- stípper: são pastilhas de silício recentemente desenvolvidas com o propósito de ativar os pontos de acupuntura através da ação química da substância silício das pastilhas com o silício contido nas células do corpo;

- laser: é uma forma de atingir os pontos de acupuntura por estímulo luminoso, o raio laser, especificamente monitorado esse tipo de tratamento.

Descreveremos alguns aspectos que consideramos importantes para que, mesmo sem o conhecimento profundo da acupuntura, possamos aprofundar a discussão na análise do cuidado produzido pela prática clínica.

2.1.1- Qi, Energia Vital

Dessa forma, podemos dizer que a acupuntura se faz através de estímulos de determinados pontos do corpo, através de diferentes instrumentos. Tais pontos são localizados ao longo do que se denomina “meridianos”, que são os caminhos definidos por onde o Qi circula. Por Qi ou Chi, entende-se “força motriz”. Não há uma tradução exata para o termo. Assim como a língua chinesa é simbólica, a MTC (Medicina Tradicional Chinesa) também se expressa através de símbolos. O Qi é como “sopro sobre o arroz cru” ou “ainda não cozido”. Como descreve Campiglia (2004, p.7):

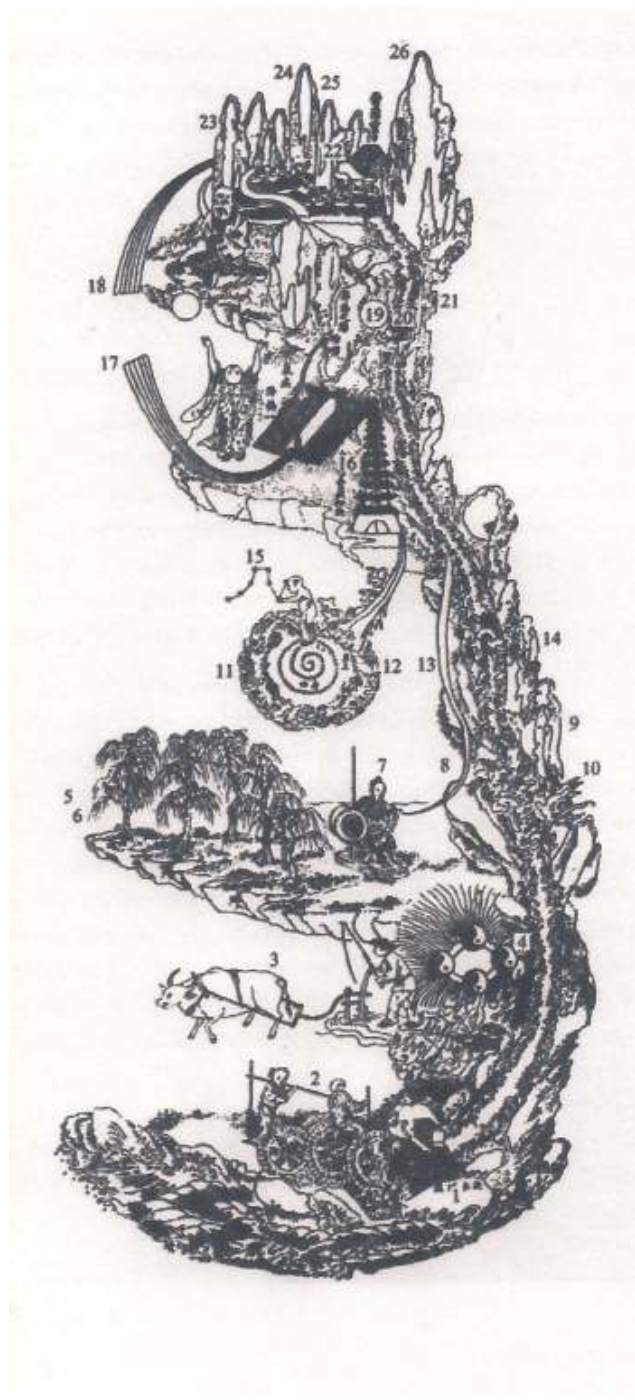
“O grão de arroz tem a capacidade, em potencial, de desenvolver-se na terra. A planta do arroz cresce em direção ao céu, unindo a terra (Yin) ao céu (Yang). O arroz não cozido está abaixo da linha da terra, dando a idéia de profundidade. A imagem do ideograma evoca algo que tem a capacidade de transformar arroz cru em alimento, ou seja, “energia”, sopro divino, força transformadora, força vital ou, ainda, um vapor. O Qi é associado ao mundo invisível, pode ser comparado às partículas subatômicas, pois é um princípio básico que rege todo o universo, que rege seu funcionamento. O Qi penetra em todas as dimensões da existência e participa de todas as funções do ser vivo. É responsável pela transformação de toda a vida.”

O homem é formado por Qi, em todos os seus aspectos. O Qi assume diferentes graus de materialidade, manifestando-se ora de maneira sutil, como pensamentos, emoções, Shen (Mente), ora de maneira mais materializada, como órgãos e vísceras (Zang-Fu). Uma comparação que se faz frequentemente para entender essa característica do Qi é pensar nos diferentes estados da água: manifesta-se ora sólida como o gelo, ora sutil e rarefeita como o vapor, ora líquida e permeável como a água que bebemos. Essas diferentes formas de manifestação do Qi são denominadas de Yin (mais densa e líquida) e Yang (mais sutil e rarefeita). Segundo o Naturalismo e o Taoísmo, formas de pensamento Oriental que tiveram

grande influência na medicina chinesa, os seres humanos são parte integrante da Natureza e do Tao. Enfatizam a unidade de todos os fenômenos do universo, tendo como substrato essencial o Qi. Segue uma citação de Hicks (2007):

“O Céu e a Terra possuem o qi correto. A forma deste é flexível e fluida. Nas partes inferiores ele está nos rios e montanhas da terra. Nas partes superiores, está no sol e nas estrelas do céu. Diz-se que nele os seres humanos estão irresistível e universalmente imersos.” (Manaka et al., 1995, p. 5)

O Qi, a energia vital do ser humano, transita em seu corpo através de “caminhos” denominados meridianos. Os chineses os associaram à imagem de rios, canais e seus afluentes, como locais onde a água segue em fluxo e estabelece funções e movimentos diferenciados. Assim também cada um dos meridianos possui uma função, um caminho e um fluxo esperado. Ao longo de seu trajeto, e, em alguns pontos, esse fluxo torna-se passível de ser percebido e manipulado através do que se estipulou “pontos de acupuntura”. Podemos visualizar a concepção de corpo citada por Eduardo Frederico Alexander Amaral de Souza, em sua tese (2008, p. 179). Intitulada NÈI JING TÙ, que significa o “gráfico das passagens internas”, a figura reproduz a concepção de corpo em suas representações alegóricas para os órgãos e vísceras (Zang-Fu), sendo perceptível o caminho dos rios, seus afluentes, os acidentes geográficos, os percursos dos meridianos. (Pregadio, 2003, p. 767; Kohn, 2005, p. 36). O caminho por onde as águas estão subindo seria a coluna vertebral, chegando ao ponto mais alto, representado pelas montanhas, a cabeça, a mente Shen, onde o ar é mais rarefeito, onde o Qi é mais sutil, é a ligação com o céu, com Qi do Universo.



Nesse sentido, como sugerem Maria Elisa Rizzi Cintra e Regina Figueiredo, no artigo intitulado Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde (2010), a acupuntura é uma técnica de intervenção terapêutica que adota uma postura “vitalista” diante do corpo, da saúde e da doença, uma vez que se fundamenta no primado da energia sobre a matéria. Traz como aspecto teórico fundamental a idéia de que a “energia” organiza a matéria, enfatizando o estado geral do indivíduo, e não a doença, mantendo uma

visão integradora e não organicista. As doenças são consideradas como manifestações sintomáticas de desequilíbrio, são sintomas necessários provenientes de causas mais profundas que abrangem o indivíduo e seu modo de vida, considerando sua totalidade. Sua conduta terapêutica é focada não no intervencionismo, mas no indivíduo, em seu meio ambiente e em sua experiência de vida. No pensamento chinês e taoísta o que é significativo em qualquer situação, em última instância, é a Natureza do Qi presente. Por exemplo, diante de uma patologia, a forma de compreendê-la e de transformá-la é compreender o desequilíbrio de base do Qi, assim como a saúde é compreendida como a forma equilibrada do Qi.

2.1.2- Os Cinco Movimentos da Natureza

Vemos que além do primado da energia, do Qi, há um aspecto intrínseco dessa energia Qi indispensável para o entendimento de sua manifestação, que é o seu aspecto relacional. Fundamentado na teoria do Yin e do Yang, que será abordada posteriormente, existe um movimento contínuo e dinâmico do Qi, tanto internamente, entre os Zang-Fu (órgãos e vísceras), como entre o indivíduo e o meio ambiente, principalmente considerando as emoções oriundas dessa relação, assim como também os fatores climáticos, alimentares, atividade física e atividade sexual.

Considerando as relações de poder presentes na forma do governo chinês e na alquimia, que transforma os elementos da natureza, estabelece-se a Teoria dos Cinco Movimentos. “Não há nada na Terra ou dentro do universo que não esteja relacionado com os Cinco Elementos, e o Homem não é exceção”. (Ling Shu, capítulo 64, citado em Liu, 1988, p. 48, citado por Hicks, Hicks, Mole, 2007).

Foi a Natureza que propiciou as metáforas essenciais para a maioria dos conceitos do pensamento chinês. Segundo ainda os autores, Tão (caminho) era visto como “o modo como o universo age” (Waley, 1965, p.30) ou a “Ordem da Natureza” (Ronan e Needham, 1003, p. 85). O Su Wen afirma: “O Tao supremo é imperceptível; suas mudanças e transformações são infinitas” (Larre *et al.*, 1986). O estudo dessas transformações trouxe a percepção de que a unidade do Tao era dividida em Yin/Yang (dualidade) e nos Cinco Elementos. Essa unidade então, considerada em permanente movimento através dos padrões estabelecidos pela Natureza, estabelece o “caminho”, o “modo” pelo qual a humanidade deve viver. O símbolo

gráfico conhecido pelo Yin/Yang descreve como Tao o caminho do meio, a linha limítrofe e de equilíbrio entre essas duas formas de Qi, chamada de *taiji*.

Os Cinco Elementos ou Cinco Movimentos representam as qualidades fundamentais de toda matéria. O termo chinês Xing que é traduzido como Elemento significa *andar* ou *mover* (Hicks, Hicks, Mole, 2007). Sendo assim, o termo Cinco Elementos se fundamenta na idéia da representação dos elementos da natureza, com o risco de perder a característica essencial que é a de movimento. Muitos autores já utilizam então o termo Cinco Movimentos. São eles: Madeira, Fogo, Terra, Metal e Água, representando as qualidades fundamentais de toda matéria do universo. Vemos na tabela abaixo as qualidades particulares de cada Movimento com suas respectivas formas de manifestar o Qi:

Emoção	movim. Do Qi	Elemento	Característica
Raiva	qi ascende	Madeira	Yang
Alegria	qi solta-se	Fogo	Yang
Tristeza	qi desaparece	Metal	Yin
Medo	qi descende	Água	Yin
Compaixão	qi amarra-se	Terra	Yin/Yang

O foco nas questões das inter-relações e na interdependência é uma forma tipicamente oriental de se considerar os fenômenos do universo. Pode-se observar tal fato na culinária oriental, na jardinagem ou mesmo nas artes marciais, direcionando o foco muito mais para as relações com o objeto do que para o objeto propriamente dito.

Essa ênfase nas relações é descrita nos Cinco Movimentos através dos ciclos de Geração (ciclo sheng) e de Dominância (ciclo Ke).

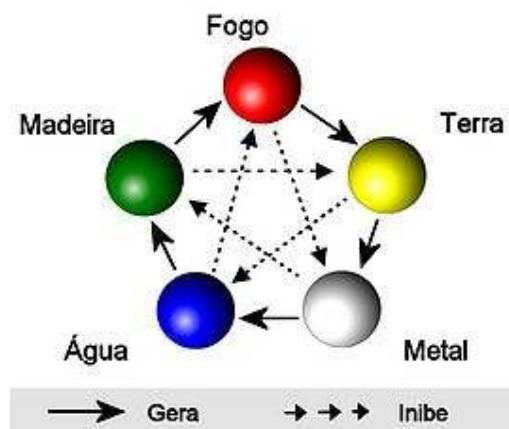
“É necessário promover o fluxo do qi e do sangue de acordo com as leis das vitórias mútuas entre os Cinco Elementos para ocorrer um equilíbrio entre eles e trazer paz.” (Su Wen, capítulo 74; Lu, 1972, citado por Hick, Hicks e Mole, 1995).

O ciclo Sheg representa a relação mãe-filho, ou seja, a geração de um movimento pelo outro. Seguindo a observação da Natureza, a Madeira cria o Fogo pela sua queima, e

sucessivamente, pelas suas cinzas, o Fogo cria a Terra, que vai criar o Metal pelo seu endurecimento, e através do refreamento gera Água, que cria Madeira pela sua nutrição.

Para o tratamento, se há um Movimento deficiente, podemos produzi-lo tonificando seu Movimento criador: como Água gera Madeira, no caso de deficiência desta podemos tonificar a Água para gerar Madeira (regar mais a planta). Na relação mãe-filho, Água é mãe de Madeira, então para deficiência no filho, tonifica-se a mãe.

O ciclo Ke representa a relação de controle de um Movimento sobre outro, podendo ser descrito como o Fogo controla o Metal derretendo-o. O Metal controla a Madeira através de sua ação de corte. A Madeira controla a Terra cobrindo-a e penetrando-a, a Terra controla a Água, represando-a. Já a Água tem controle sobre o Fogo, extinguindo-o. Através desse ciclo, existe o domínio sobre o crescimento, que, quando excessivo, torna-se prejudicial. Também existe o que se denomina superdominância e contradominância, que são movimentos de domínio exagerado de um Movimento sobre o outro, ou de inversão na ordem de dominância. No tratamento por Acupuntura, no caso da superdominância de um sobre o outro, temos que sedar o que estiver em excesso e tonificar o que estiver em deficiência. Podemos observar na figura abaixo:



Para exemplificar essa descrição, tem-se o que em acupuntura é denominado de “Qi invertido”, ou “Qi rebelde”. É assim chamado o Qi que se rebelou, que mudou de rumo, inverteu seu fluxo. No caso da manifestação sintomática do vômito, ocorre o Qi rebelde do estômago. E quem domina e controla o Qi do Baço-pâncreas e Estômago (Bp/E) é o Fígado e a Vesícula Biliar (F/VB). Há então um processo de super-dominância, um excesso de ação ocorreu invadindo e invertendo o Qi do Estômago, ocasionando a subida do alimento no lugar da descida. No diagnóstico acupuntural, buscar-se-á o motivo que levou ao excesso de

dominância: a emoção relativa ao F/VB, que é a raiva, a invasão de algum fator patogênico exterior, alimento, bebida, ou ainda, a manifestação de um acúmulo de um desses fatores que vinha sendo mantido no interior. A conduta para esse sintoma pode ser utilizar o ponto VC 24 (Vaso Conceção 24, ou Vaso Diretor 24, ou Ren Mai 24, Cheng Jiang, Contentor de líquidos, Receptor da saliva), localizado na linha média ventral, no meio do sulco mentolabial. É o último ponto desse meridiano e possui uma conexão interna com o primeiro ponto do meridiano do estômago, tendo por ação descongestionar o fluxo de Qi no meridiano, que se localiza na direção do Estômago, agindo assim na diminuição do reflexo do vômito. (Maciocia, 1996)

Para tratar a relação da superdominância que provoca patologias no Estômago, em acupuntura pode se indicar o uso do ponto F14, localizado por baixo do mamilo, no 6º espaço intercostal, 4 cun (medida em acupuntura referente à largura do polegar) lateral em relação à linha média ventral. Conhecido como portão Cíclico ou Portão da Esperança, Qi men. Segundo Hicks, Hicks e Mole (2007) Qi Men era o título dado para o comandante da Guarda Real, sendo essa uma referência ao papel que o Fígado representa na Medicina Chinesa: general das forças armadas e sua responsabilidade na concepção dos planos. O uso desse ponto estimula a assertividade do indivíduo em iniciar mudanças, a criatividade e a visão clara de futuro. Essa poderia ser uma proposta de tratamento, por exemplo, para o sintoma do vômito, numa perspectiva de acupuntura “vitalista”, que considera o indivíduo, seu meio e suas experiências de vida. Os aspectos somáticos e emocionais presentes simultaneamente, a emoção *inscrita* no órgão constitui um grande diferencial no tratamento em acupuntura, e muitas vezes esse aspecto acaba sendo relegado na prática clínica.

Porém, é preciso observar que a acupuntura apresenta uma proposta vitalista, mas os sujeitos que a operam podem estar voltados ou não para esse enfoque. Ela pode estar sob a perspectiva vitalista quando o sujeito que a opera mantém uma conduta que leve em conta os fatores da concepção vitalista, o Qi, Os Cinco Movimentos, as emoções inscritas nos órgãos. Estamos então falando que existem diferentes formas de aplicabilidade de acupuntura. Como descreve Daniel Luz (2006, p. 83): “a medicina chinesa tornou-se uma colcha de retalhos, onde coexistem idéias e práticas oriundas de períodos históricos e paradigmas substancialmente diferentes.”

Problematizar o cuidado em saúde através da acupuntura é trazer à superfície essas diferentes formas de aplicabilidade, é perceber que tipo de acupuntura condiz com as

propostas da Saúde Coletiva, em defesa de um atendimento mais humanizado, integrado e que contribua com a promoção da autonomia dos sujeitos.

Na situação exemplo descrita anteriormente, a queixa pode ser tratada ocasionalmente, quando houver a manifestação do sintoma, ou pode acontecer um agravamento do quadro, levando ao que na medicina ocidental denomina-se gastrite. O tratamento integrado deveria prever a mudança de hábito alimentar e o entendimento do indivíduo quanto a sua forma de lidar com a emoção da raiva, trazendo a ele a melhora dos sintomas e a autonomia quanto à sua forma de se relacionar no mundo. Tratar com a perspectiva do sujeito e não da patologia, entender o processo de adoecimento, e ao a doença. Mas quem define a forma como o atendimento em acupuntura vai ser realizado é o acupunturista. Ele tem ali, no ato do atendimento, a autonomia na forma do cuidar. Ao longo da história da medicina chinesa, houve a preocupação com a individualidade do acupunturista, com os dons e a habilidade das pessoas que realizavam o diagnóstico e o tratamento. (Hicks, Hicks e Mole, 2007)

“O ouvir que está apenas nos ouvidos é uma coisa. O ouvir da compreensão é outra coisa. Mas o ouvir do Espírito não se limita a nenhuma faculdade, ao ouvido ou a mente. Portanto exige o vazio de todas as faculdades. E quando as faculdades estão vazias, então todo o ser ouve. Há, então, uma compreensão direta do que está logo ali diante de você que nunca pode ser ouvido com o ouvido ou compreendido com a mente”. (Chuang Tzu, tradução de Merton, 1970, capítulo 4)

Ao realizar o diagnóstico sob essa perspectiva, o acupunturista precisa compreender os sinais e sintomas do paciente, ou seja, observar a forma como o Qi do paciente se manifesta em cada um dos Cinco Movimentos, como se caracteriza em seu aspecto Yin/Yang. Para tal, é preciso um olhar auspicioso, um olfato discriminativo, uma audição perspicaz e um entendimento descomprometido com valores pessoais e mais voltado para os valores do próprio paciente.

“Na mente do médico não deveria haver desejos, apenas uma atitude receptiva e de aceitação, para, assim, a mente poder se tornar shen. A mente do médico e a mente do paciente devem estar em sintonia, em harmonia, seguindo os movimentos da agulha.” (Da Cheng, Zhen, 1996, citado por Hicks, Hicks e Mole, 2007)

E é através de suas próprias experiências de vida que os acupunturistas adquirem uma boa reputação, um virtuosismo digno de respeito e reconhecimento, o que é denominado *Jingyan* (experiência). É imprescindível que um médico (representa o profissional que exerce a medicina chinesa) pratique o auto-desenvolvimento, tenha consideração aos valores da moralidade, viva em harmonia com a Natureza, seja capaz de aquietar a mente e o espírito, de concentrar sua atenção, que desenvolva a tranquilidade interna ao agulhar, saiba interagir com

o paciente e, além de tudo, saiba cultivar o virtuosismo, é o que observamos na citação de Hicks, Hicks, Mole (2007)

“O sábio não acumula. Tendo trabalhado para seus companheiros, Mais ele possui. Tendo se doado para seus companheiros, mais abundante se torna.” (Chen, 1989)

2.1.3- O lado escuro e o lado ensolarado da montanha: Yin e Yang

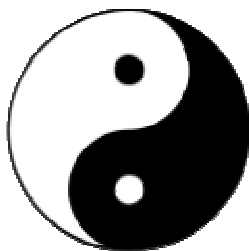
O conceito de Yin e Yang é fundamental na teoria da Medicina Chinesa e em toda a sua fisiologia médica. Trata-se de um conceito simples, mas profundo. Contém em si a lógica da integralidade, da complementariedade, da interdependência entre os opostos. Cada fenômeno pode existir por ele mesmo ou pelo seu oposto. Difere da idéia de exclusão de um, pela presença de outro, tão presente no pensamento Ocidental e baseado na lógica aristotélica.

A referência mais antiga dos termos data de 700 a.C., supondo-se que deve ter-se originado da observação de camponeses sobre a alternância entre o dia e a noite.

É o primeiro conceito, chamado “O Grande Princípio”, que surge no Taoísmo, que é a filosofia de vida aplicada pelos chineses, não só na medicina, como também na agricultura, economia, arquitetura, à vida cotidiana como um todo. O Nei Ching, o livro do Imperador Amarelo, onde encontra-se a aplicação dos conceitos taoístas na saúde, permite o entendimento do comportamento e o funcionamento do corpo inserido num contexto mais amplo, que é a Natureza e o Universo. O corpo é visto como um microcosmo, regido pelas mesmas leis do macrocosmo. O homem é a “ponte” entre o Céu e a Terra. (Maciocia, 1996)

O Yin e o Yang foram observados em tudo na natureza, em todos os seus fenômenos manifestados. São energias, formas de Qi, que se comportam de maneiras diferentes e têm expressões opostas. Formam um ciclo que varia desde o amanhecer de um dia, que traz calor, movimento e luz, até gradativamente ir anoitecendo com a escuridão, a quietude, a noite e o repouso. Existe um momento de apogeu do dia, que seria ao meio dia, onde começa a crescer o seu oposto, que é a noite. Em continuidade, existe um momento de apogeu da noite, quando o dia já se inicia, que é a meia noite. Dessa forma, são ciclos interdependentes que se complementam em seus opostos. São muitos os ciclos observados na natureza, como as estações do ano, as fases da vida de cada ser, além do dia e da noite, que representam respectivamente Yin e Yang.

A mandala é a forma mais conhecida de representação do Yin e Yang:



Ao observar a imagem podemos notar a simbologia de dois opostos nas cores preta e branca, sendo que existe um ponto preto no momento ápice do elemento branco e existe um ponto branco no momento ápice do elemento preto. Existe a essência do Yin no máximo do Yang e vice-versa. É a relação de interdependência e também de transformação de um para o outro. Não se pode trabalhar (dia, Yang, movimento) sem repousar (noite, Yin, descanso). Para a existência de um é necessária sua relação com o outro: a claridade precisa da escuridão para que seja percebida como tal. E assim, qualquer classificação necessita de uma referência relacional. O homem é Yang (aspecto de movimento, rigidez) em relação à mulher, que é mais Yin (aspecto de serenidade, flexibilidade). Mas existe uma porção masculina em toda mulher e uma porção feminina em todo homem, não existe uma classificação que seja absoluta e excludente. (Macciocia, 1996)

Podemos associar diversos aspectos da vida aos conceitos de Yin e Yang, como Christopher Markert (1983) quando cita Ralph Waldo Emerson (1850):

“Vemos a polaridade, ou ação e reação, em toda parte da natureza; na escuridão e na Luz, no calor e no frio, na maré alta e na vazante, no masculino e no feminino, na inspiração e na expiração de plantas e de animais, no ritmo do sangue, dos rios e das tonalidades nas forças centrífuga e centrípeta, na eletricidade nas correntes galvânicas e na afinidade química. Assim como a extremidade de uma agulha é magnetizada, na outra extremidade surge o pólo oposto. Quando o pólo sul atrai, o pólo norte repele. Tudo na Natureza é dividido, de modo que cada coisa constitui uma metade que precisa ser completada por uma outra coisa: espírito e matéria, homem e mulher, subjetivo e objetivo, interior e exterior, acima e abaixo, movimento e repouso, sim e não...Portanto, enquanto o mundo é dividido dessa maneira, cada parte tem dois pólos. Todo o sistema das coisas está representado em cada parte. Em cada ser, há algo que nos recorda a maré cheia e a maré baixa, o dia e a noite, o homem e a mulher.” (1983, p. 10)

A noção chinesa de Yin e Yang transportada para os diferentes aspectos da vida cotidiana incentiva a convivência harmônica entre os opostos, na forma de um equilíbrio dinâmico. No tratamento em saúde através da acupuntura, os sinais e sintomas também são qualificados e tratados de acordo com essas manifestações do Qi.

Uma excelente forma de ilustrar a interdependência existente entre Yin e Yang para a saúde do indivíduo, é a correlação entre Qi e Xue (sangue). Qi é considerado Yang em relação

à Xué (sangue). Qi é energia imaterial em movimento e Xue é Yin, é material e resultado do movimento de transformação. Sem Qi não há produção de Xue. Sem Xue, não há “combustível”, não há a nutrição dos Zang/Fu (órgãos e vísceras) para a realização dos movimentos necessários de transformação e nova produção de Xue. No caso de rompimento de tendões ou ligamentos articulares, por exemplo, há um movimento excessivo sem a devida irrigação (excesso de Qi e deficiência de Xue). No caso da insônia, o período da noite que é regido pelo Yin, o momento em que o Yang deve estar descendente, com menos movimento e mais descanso do corpo, quando há deficiência de Yin, ocorre inquietude e ansiedade, o ciclo natural não consegue se fazer. Ocorre então uma primazia do Yang devido à ausência do Yin.

Para citar um exemplo interessante, o ponto ID11 (Intestino Delgado 11), Tian Zong, Ancestral Celestial, localizado na parte superior e posterior do corpo, muito utilizado no caso de dores no ombro ou na parte superior das costas (dor = estagnação do fluxo suave de Qi), representa em sua denominação uma história chinesa a respeito de um mítico Ancestral Celestial que teve a tarefa de separar Yin (Terra) de Yang (Céu) de seu estado primitivo de caos. Sua utilização traz o efeito de limpeza no caos mental e espiritual de alguém que tenha perdido a clareza e a certeza. (Hicks, 2007, p. 23) O Intestino Delgado pertence ao Movimento Fogo, onde o Qi se manifesta em ascendência, sendo o acoplado Yang do Coração que é Yin e governa a Mente (Shen), associado á emoção da alegria. Mais recentemente, pesquisas científicas têm evidenciado o importante papel do intestino delgado no cérebro. Póvoa (2002) refere-se ao que tem sido denominado como segundo cérebro, devido ao grande número de neurotransmissores que são nele absorvidos. Descobriu-se que a serotonina, hormônio responsável pela sensação de bem estar e alegria é também produzida no intestino. Podemos assim ilustrar duas formas distintas de se considerar a relação entre o Intestino Delgado, a emoção da alegria e o cérebro.

É com muita estranheza que os profissionais da saúde aprendem a lidar com esse diferente modo de pensar a saúde. Como Nogueira (2003) descreve em estudo etnográfico realizado numa escola de formação para médicos acupunturistas no Rio de Janeiro, ocorre uma mistura de respeito e perplexidade. O encantamento pelo pensamento oriental remete a um simbólico imaginado como sabedoria, tranquilidade e equilíbrio, mas ao mesmo tempo, sente-se certo distanciamento e impossibilidade de trazê-lo para a realidade do cotidiano ocidental.

2.1.4- A complexidade do diagnóstico em Acupuntura

Como ponto de partida para o tratamento em acupuntura temos o diagnóstico. Quando dizemos que durante o primeiro encontro com o paciente, ao realizar a entrevista inicial (que ora é denominada anamnese, ora de avaliação) precisamos percorrer o caminho do Qi naquele indivíduo, os alunos aprendizes em acupuntura agem com muita estranheza.

“Você deve sentir o cheiro dele, observar o tom da pele, a textura, o brilho nos olhos.”

“Quando ele relata sentir dor, deve fazer perguntar do tipo: melhora com o movimento? Qual a hora do dia de melhora ou piora? Como responde ao calor ou ao frio? Quando aperta melhora ou piora? Seguir com palpação o percurso dos possíveis meridianos envolvidos. Buscar sinais no mapa da orelha, palpar pontos específicos de alarme de cada meridiano. Para completar, verificar língua e pulso.”

Ao realizar este processo durante as aulas práticas de ambulatório os alunos sentem-se muito confusos. É comum esquecerem determinadas perguntas importantes ou mesmo se prenderem rigidamente ao questionário que lhes é dado e não explorar cada pergunta com outras observações relevantes. Mas há que se perguntar o motivo de tanta estranheza, pois que já haviam passado pelo estudo de toda a teoria do Yin, Yang, Qi e Cinco Movimentos. É uma indagação que trouxe a investigação no que se refere à formação das subjetividades que ali estão.

Sendo todos profissionais da saúde por formação, aprenderam desde cedo a priorizar o pensamento positivista biomédico hegemônico em seus respectivos cursos, recebendo em alguns casos, algum outro tipo de informação a respeito da preocupação com o sujeito e seu modo de vida. Anseiam num primeiro momento por prescrições:

“Quais os pontos para tratar joelho?”; “Qual a combinação para ombro?” “Preciso tomar logo uma decisão, que pontos posso usar?”

Vemos nesse tipo de conduta a busca por uma eficácia imediatista, prática e com preocupação menos reflexiva. Usar a memória e não o entendimento, agulhar o ponto e não trabalhar o Qi. É mais um distanciamento que se opera no exercício da acupuntura e que põe em risco o distanciamento de sua episteme, do saber que a fundamenta. Acaba por aproximar a acupuntura de uma fundamentação mais positivista e voltada para unilateralidade entre os fatores causa-efeito.

É notória a influência do pensamento positivista e o domínio do capital nas formas de se praticar saúde. Principalmente após a Segunda Guerra Mundial, a medicina científica

ocidental deflagrou um avanço tecnológico surpreendente. Ainda hoje é grande o otimismo no poder da ciência e da tecnologia em erradicar doenças, impedir a dor e, por que não dizer, garantir uma vida longa? Nesse contexto, não é surpresa que os profissionais que ali estejam, herdeiros do modo de subjetivação da modernidade, busquem o imediatismo e procurem manter seus territórios tão bem estruturados intactos. Aprender acupuntura não significará, como ouve-se em algumas aulas, “pensar como os pés descalços” ou “abandonar paradigmas” (Nogueira,2003). Ao contrário, os alunos quando chegam no campo de aulas práticas e se deparam com o processo de diagnóstico, logo sentem-se confusos, sem saber como associar tantas informações colhidas no histórico de cada paciente que entrevistam e como deve ser considerado e traçado o seu tratamento com as bases conceituais da concepção vitalista da acupuntura.

“Nossa, são tantas informações que até me perdi.”

“Preciso mesmo perguntar sobre sua atividade sexual?”

“Perguntei como é a saúde da mãe, mas não perguntei sobre a saúde do pai”

“Não sei como é o brilho dos olhos, não estou acostumada a perguntar isso...”

“Nossa, deve ser um caso brabo, já estão há uma hora fazendo a anamnese!”

“Ela disse que fez estrectomia, eu só não perguntei por quê?”

“Sabe, eu preciso focar mais minha atenção no diagnóstico. São tantas perguntas que eu fico sem saber até por que estou perguntando isso tudo.”

Essas são algumas das impressões registradas pelos alunos ao iniciarem o aprendizado prático do diagnóstico. São orientados a perguntarem de tudo, agirem como investigadores, não se contentarem com respostas do tipo “sim” ou “não”. Procurarem desenvolver uma escuta de desconfiança, de dúvida, de quem está passeando por um território novo e deseja descobrir sua história.

Diante do sujeito que busca atendimento o acupunturista precisa buscar o movimento do Qi, dessa energia vital sutil, em movimento dinâmico, no seu aspecto tanto micro como macrossistêmico. É nesse momento que ele precisa estar pronto para “mergulhar” na história desse sujeito, tirar seus sapatos para visitar esse campo, onde a paisagem é cercada de bambus e de samambaias, onde seu território se desestrutura para ir se reestruturar num novo formato, resultante também desse encontro. Será o momento de superar o modo como se estabeleceu sua própria subjetividade, baseada numa prática monocausal de explicar e tratar doenças, para desenvolver o que Rolnick (2006) descreve como “corpo vibrátil”.

Segundo a autora, existem duas formas do corpo apreender o mundo. A primeira delas corresponde á percepção de formas, é uma percepção do córtex cerebral, que a partir da forma, projetará sobre ela representações em busca de decodificá-la através da linguagem. É uma forma já “naturalmente” utilizada por nós, no cotidiano e nos protege de certa forma dos objetos, uma vez que estabelece com eles relações de exterioridade e nos possibilita identificá-los e nos movermos entre eles com independência e desprendimento.

A segunda maneira do corpo apreender o mundo diz respeito a uma percepção subcortical, portanto mais reprimida e menos conhecida por nossa cultura ocidental. Diz respeito a sensações, que atuam em condição de campo de forças vivas que nos afetam e são percebidas por nós de maneira desvinculada da linguagem. Integram-se a nós como textura sensível, tornando-se parte de nós mesmos. É o denominado “corpo vibrátil”, o corpo das sensações, o corpo que se relaciona, se integra com os objetos não mais de maneira dissociada e codificada apenas pela linguagem.

“Entre a vibratibilidade do corpo e sua capacidade de percepção há uma relação paradoxal. É a tensão deste paradoxo que mobiliza e impulsiona a potência de criação, na medida que nos coloca em crise e nos impõe a necessidade de criarmos formas de expressão para as sensações intransmissíveis por meio das representações de que dispomos. Assim, movidos por esse paradoxo, somos continuamente forçados a pensar/agir de modo a transformar a paisagem subjetiva e objetiva.” (Rolnick, 2006, p. 13)

É o que podemos observar no processo de aprendizagem da acupuntura. Nossa linguagem já não serve de base territorial. O corpo, a saúde e a doença têm outros aspectos e formas conceituais. Encontramo-nos diante do desafio desse pensar/agir para a possibilidade de transformação da paisagem que se estabelece entre os bambus e as samambaias, entre o cuidado proposto pela acupuntura e nosso modelo de cuidado em Saúde Coletiva.

Esse paradoxo, essa tensão aparece já à partir do diagnóstico. Desde que foi criada, época em que não havia iniciado o avanço tecnológico em saúde, a acupuntura baseou o diagnóstico na observação minuciosa de detalhes do corpo, sendo estes denominados sinais e sintomas que refletem a condição dos Sistemas Internos. Tão diferente da medicina Ocidental, que busca a “causa última” da doença como preocupação fundamental (Nogueira, 2006) ou que divide o corpo em partes que trazem a característica de peças que se unem para formar a metáfora da máquina no corpo humano. De outra maneira, cada parte do corpo na perspectiva da medicina chinesa representa o microcosmo, contém em si mesma o macro, porém no micro. Por vários séculos a medicina chinesa tem se desenvolvido, elaborando um sistema cada vez mais sofisticado, não em tecnologia dura (o que veio acontecer apenas á partir do

séc. XX), mas sim em tecnologia leve, com cada vez mais correlações entre sinais externos e os Sistemas Internos expressa na premissa “Inspeção o exterior para examinar o interior.” (Maciocia, 1996, p. 181)

Praticamente todos os detalhes do corpo podem ser analisados no diagnóstico e um outro princípio fundamental é que “uma parte reflete o todo”, ou seja, um médico chinês pode obter informações detalhadas de todo o corpo a partir do exame de uma parte dele. Por exemplo, o diagnóstico pela língua, que é baseado na cor, forma, saburra e umidade, além de possuir um mapa de correspondência de áreas específicas com os Sistemas Internos.

Importante notar que a essência do processo de diagnóstico e identificação de padrões (os padrões de desarmonia que refletem o movimento do Qi nos Sistemas Internos) são sempre relacionais, ou seja, cada sinal e sintoma deve ser considerado em relação aos outros. Verificar a língua e associar ao pulso, verificar a coloração da pele e associar à língua, e assim sucessivamente. Tal dado mostra quão individualizado é o diagnóstico, demonstrando que uma determinada coloração em um indivíduo pode não ter o mesmo significado em outro indivíduo. Vemos mais uma vez uma questão importante que é o foco no conjunto de sinais, suas relações entre si e no indivíduo, ao invés de um sistema focado na doença. Através dos Oito Princípios, por exemplo, avalia-se um quadro clínico pela profundidade (interior/exterior), pela natureza (calor-frio), a intensidade (excesso-deficiência) e o caráter-geral (Yin-Yang). São avaliados sintoma por sintoma em cada uma das categorias para posterior classificação pelo conjunto de sintomas predominantes. (Nogueira, 2003). A observação, método priorizado para o diagnóstico, segundo Maciocia(1996) inclui os seguintes itens:

- Espírito: não há uma tradução única para esta palavra, sendo algumas vezes associada a Shen, entendido como um estado geral de vitalidade. Encontra-se referência como sendo “o princípio vital ou o que anima o homem” – Shen e Jing-shen, ou “O shen é aquilo pelo qual um determinado ser é diferente de qualquer outro, aquilo que transforma alguém em um indivíduo e mais do que uma pessoa.” Larre et al. (1986, p. 164 citado por Hicks, Hicks, Mole, 2007)

Sua relevância na saúde pode ser encontrada em vários textos, continuam os autores: “Como uma doença pode ser curada se não há nenhuma energia espiritual no corpo?” Su (Wen, Cap. 14 citado por Veith (1972). O espírito de uma pessoa pode ser observado na compleição, olhos, estado mental e respiratório: face corada, olhos com brilho, vitalidade

interiormente nítida e respiração boa. É um elemento fundamental para a cura, que deve ser cultivado pelo médico porém em nossa cultura é carregado pelo aspecto religioso.

- Organismo: são considerados principalmente três aspectos nesse item: os tipos constitucionais; as mudanças longas e as mudanças curtas. Os tipos constitucionais seguem as associações em ressonância com os Cinco Movimentos. O tipo Madeira apresenta um corpo alto e esguio, o tipo Fogo uma pequena cabeça pontuda e dedos curtos, o tipo Metal ombros largos e quadrados, um corpo forte e face triangular, o tipo Terra tem um corpo levemente gordo, cabeça larga, cintura e coxas largas e mandíbulas grandes. O tipo Água tem uma face redonda e corpo e espinha longos.

Já as mudanças corpóreas são divididas entre longa duração, como tórax e epigástrico grandes, semelhantes ao formato de barril indicando condição de Excesso de Estômago; ou de curto prazo, como rigidez nos tendões que refletem uma desarmonia do Fígado.

- Comportamento: inclui tanto o modo como a pessoa se movimenta como um todo ou em algumas partes. Parte do princípio de que movimentos rápidos e bruscos indicam padrão Yang, Cheio ou Quente e movimentos lentos indicam padrão Yin, Vazio ou Frio. Há ainda os tipos comportamentais em ressonância com os Cinco Movimentos. O tipo Fogo deve mover-se rapidamente e se está em lentidão de movimento indica alteração.

- Cabeça e face: é inspecionada com relação ao cabelo (ligado ao Sangue - queda, ao Rim – embranquecimento precoce- ou ao Pulmão – espessura, quebradiço e brilho), à cor fásica (seguindo as associações dos Cinco Movimentos), às áreas da face (mapeamento dos Cinco Órgãos em uma dada região da face)

- Olhos: como referido ao Espírito, o brilho nos olhos é forte indicativo de saúde e bem estar. Além disso, os diferentes sistemas também se apresentam em dadas regiões dos olhos que serão analisadas dentro dos padrões de desarmonia.

- Nariz: é também analisado segundo aspectos como a cor em seu exterior e de possível presença de secreção;

- Orelhas: é inspecionada quanto a sua cor, brilho, textura, regiões de dor, edema, espessura, forma, umidade, flacidez.

- Boca e lábios: são verificadas as cores, a umidade e a presença de aftas.

- Dentes e gengivas: são analisados quanto a umidade, brilho, edemas ou sangramentos nas gengivas.
- Garganta: pode evidenciar padrões de acordo com dor, coloração e secura.
- Membros: são analisados quanto à cor, rigidez da pele, unhas, eminência tênar.
- Pele: são verificados edemas, erupções, pruridos, tonicidade, umidade ou secura além da presença de veias e sua coloração;
- Língua: é muito considerada sua observação, quanto à forma, cor, presença de saburra e de umidade.
- Meridianos: as manifestações ao longo dos trajetos dos meridianos são observados e relacionados aos outros dados colhidos.

Essa breve síntese de alguns itens verificados no diagnóstico em acupuntura é apenas para trazer uma idéia do quanto o processo é minucioso e exige atenção por parte do profissional antes de realizar qualquer procedimento. É preciso olhar para além daquela queixa trazida, buscar entender o movimento de seu Qi, de sua energia vital, e retomar seu processo de vitalidade, que está nele mesmo, na sua relação intra e inter, micro e macro, em sua percepção cortical e subcortical, em seu corpo orgânico e vibrátil, mas sempre relacional.

2.1.5- O tratamento relacional proposto pela acupuntura

Vamos agora abordar esse aspecto relacional que estabelece seu pilar na moderação.

O Homem é considerado como “ponte”, entre o Céu e a Terra, esse é o lugar na ordem natural das coisas. As mesmas leis unem tudo na Natureza, desde os movimentos das estrelas no céu, o brotar das flores e frutos e os ciclos de vida dos animais. Cada indivíduo tem o seu Qi em ressonância com o Qi do Céu e da Terra. Hicks, Hicks e Mole (2007) citam Huainanzi: “O espírito pertence ao Céu, o corpo físico pertence à Terra: quando o espírito vital vai para casa e o corpo físico retorna a sua origem, onde fica o eu?”. (Cleary, 1998, p. 29)

Em seu aspecto com o Universo, com o meio ambiente, está claro então como o Qi do Homem mantém-se integrado com o Céu e a Terra enquanto há vida. No aspecto

microsistêmico, o Qi do Homem transita pelos Sistemas Internos, manifestando a saúde através de sua capacidade de manter o equilíbrio dinâmico e relacional.

“Mas, como assim? Haja complexidade!”.

“Afinal, é equilíbrio entre quem? Yin e Yang, Cinco Elementos, não é muita coisa para equilibrar não?”

Quando o estudo da acupuntura chega nesse momento, definitivamente o território existencial dos sujeitos precisa ser desfeito. Enquanto a medicina ocidental considera como órgãos apenas o aspecto anatômico e material, a medicina chinesa os considera como um sistema complexo, somando ao aspecto anatômico suas emoções, tecidos, órgãos dos sentidos, atividades mentais, cor, clima e demais correspondências que foram feitas por ressonância.

Como exemplo descreveremos Gan, o Fígado.

O Fígado é comparado ao general do exército, sendo responsável pelo planejamento total das funções do organismo, o que realiza através de sua função de garantir o fluxo suave e da direção correta do Qi. É também considerado como a origem da coragem e da resolução, se o sistema estiver em bom estado de saúde. Segundo Maciocia (1996), o Simple Questions no Capítulo 8 diz:”O Fígado (Gan) é como um general de exército do qual se origina a estratégia”, possuindo dessa forma influência decisiva em nossa capacidade de planejar a vida suave e sabiamente.

Destacamos aqui algumas de suas funções:

- Armazenar Xue (Sangue): esse é o seu aspecto Yin, ou seja, não realiza funções de transformação, de movimento, de Yang. Sua função é de armazenar o sangue para posteriormente distribuí-lo. Quando o Fígado está deficiente, fala-se em deficiência de Yin, de sangue, o que pode gerar conseqüentemente uma deficiência de sangue no Xin (Coração), levando a uma manifestação de ansiedade e insônia. O Fígado deficiente leva a uma atitude insuficiente quanto ao planejamento da vida, além da possibilidade de aumentar seu aspecto Yang, manifestando-se com o comportamento de irritabilidade e ataques de raiva;

- Assegurar o fluxo suave de Qi: é a sua função mais importante, pois interfere no funcionamento de todo o organismo, visto que a característica de seu Qi é um movimento expansivo em todas as direções (associação com o crescimento, movimento Madeira). Caso

essa função esteja obstruída, o Qi se torna contraído, diz-se estagnado, provocando frustração pelo impedimento do crescimento. É causa por exemplo de muitos casos de depressão, em que a pessoa perde sua capacidade de estratégia assertiva para o alcance de objetivos;

- Controlar os tendões: é o movimento de contração e relaxamento dos tendões que asseguram o movimento das articulações. Segundo Maciocia (1996), o Simple Questions no Capítulo 21 encontramos essa referência: “O Qi dos alimentos penetra no Estômago (Wei), a Essência (Jing) refinada é extraída dos mesmos e vai para o Fígado (Gan) e o Qi excessivo do Fígado (Gan) flui em abundância para dentro dos tendões”. Percebemos já a importância da alimentação para a nutrição do sangue e sua inter-relação com os movimentos articulares. Além do aspecto alimentar, temos também a análise feita a partir do Qi, da energia vital contida nele e circulando pelo corpo nutrindo suas funções.

- Abrir-se nos olhos: é o sangue do Fígado que nutre e umedece o sangue dos olhos. “Quando o Fígado (Gan) recebe o Sangue (Xue), os olhos podem ver...”, refere-se o Simple Questions em seu Capítulo 10 (Maciocia,1996). Os olhos estão ligados à emoção da raiva, que leva à hiperemia da conjuntiva, e também ao planejamento estratégico no sentido de se ver para onde ir.

Tais considerações são fundamentais para o desenvolvimento de uma prática em acupuntura, que considere seu princípio vitalista e zele por um cuidado que traga ao sujeito uma autonomia com relação à sua saúde. Isto se dá a partir da escolha de pontos a serem utilizados pelo acupunturista e as orientações que possam ser dadas ao longo do tratamento. Utilizar pontos relacionados à nutrição do Yin do Fígado para tratamento de entorces de tornozelo, utilização de ervas (em chá, compressas, cápsulas) que seguem o mesmo princípio ou a orientação com relação ao movimento de expansão e crescimento e ao sentimento da raiva são atitudes que irão dar ao tratamento a característica de um cuidado que seja cuidador, voltado para o sujeito e não para a patologia (até porque, no referencial da acupuntura não há patologia, há processo de adoecimento).

Mas ainda que tal relação seja congruente, existe um movimento de resistência a esse modelo de cuidado em acupuntura que se pode observar tanto na micropolítica do TVA, como no aspecto macro de legitimação da acupuntura como prática regulamentar e complementar.

2.2- Saúde

Mas, de que saúde estamos falando?

De acordo com a OMS, *saúde* é definida como um “estado de completo bem estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”. Vemos nesta definição uma proposta de perceber a saúde do indivíduo como um todo, sem dicotomia, sem fragmentações ou priorizações.

Desde a Conferência de Alma Ata (1978), para citar um marco histórico, houve a consideração da insuficiência do modelo altamente tecnológico e especialista em resolver dois terços dos problemas de saúde das populações. No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 prevê “a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida”. Em 2006, através da Portaria 971, promove-se a inserção de práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde. Mostra-se assim efetivo o movimento de reconsideração referente ao modelo hegemônico de cuidado em saúde. Hoje fala-se em “humanização” em práticas de saúde, “integralidade” nos setores de atendimento, “medicalização” e “medicamentação” da vida. É indiscutível a eficácia dos medicamentos e eles não são o questionamento em si mesmos. A questão é a forma como a sociedade se apropria deles. Os sujeitos se despem do cuidado de si e tornam-se completamente dependentes dos médicos e dos medicamentos, numa forma totalmente heterônoma de cuidar da saúde. Nascimento (2003) em sua pesquisa sobre o uso de medicamentos no Brasil articula fatores que envolvem a centralidade do medicamento no tratamento em saúde, não só pelos médicos, mas também como um valor da sociedade. Valor este construído pela mídia, como recurso de simbolização de beleza, poder, fama, e qualquer compensação de hábito de vida. Reflexões que o campo da Saúde Coletiva tem trazido como dispositivos que possam gerar nos sujeitos uma “nova”, e porque não dizer retomar a “antiga” forma de se pensar saúde. Uma retomada de categorias que passam a ser atualizadas no contexto contemporâneo.

Segundo Illich (1975), hoje a instituição médica reclama o direito de realizar curas. Reivindicam autoridade sobre o paciente. Em nossa cultura medicalizada, o doente virou alguém de quem se retira toda a responsabilidade sobre sua doença, e automaticamente, sobre a sua cura. O papel do médico foi então se instituindo como o de detentor da cura, o que antes era reservado aos sacerdotes e soberanos. E em seu ritual, os avanços da medicina seduzem e controlam a sociedade, que tem seu próprio saber alienado e apoderado pelos “*experts*” da

saúde. Curar passa a ser não mais uma atividade, mas uma mercadoria com um “lugar” certo para ser adquirido. A sociedade contemporânea condiciona as pessoas a obterem as coisas e não a fazê-las. Querem ser transportadas ao invés de locomoverem-se, querem ser educadas ao invés de aprenderem e querem ser curadas, ao invés de transformarem-se. O verbo curar, continua Illich, passa a ser mais usado em seu emprego transitivo: não mais como a atividade do doente, e sim como o ato daquele que se encarrega do paciente. A saúde passou a ter um valor econômico controlado por oligarquias ou mesmo ditado por interesses estatais politicamente transitórios. Mas este efeito foi aprendido, adquirido e passado culturalmente entre as pessoas, de geração em geração, estabelecendo-se num modelo hegemônico reproduzido.

Barembliit (2002) desenvolve uma análise de como os processos de conhecimento vão se instituindo, o que denomina processos instituintes e processos instituídos.

Considera que instituições são lógicas que se diferenciam conforme o grau de formalização, podendo se manifestar como leis e normas. Mas podem também não estarem enunciadas e se apresentarem como hábitos ou regularidades comportamentais. Essas lógicas têm o significado de modulação da atividade humana e se manifestam valorativamente frente à ela, incluindo práticas, excluindo-as ou se mostrando indiferente. Acontece que, para cumprir sua função de regulação da vida humana, as instituições precisam materializar-se, o que fazem através do que é denominado pelo institucionalismo como dispositivo concreto. As organizações são exemplos de dispositivos concretos que materializam as instituições. Apresentam-se de formas materiais diversas, podendo ser grandes complexos (Ministérios) ou mesmo pequenos estabelecimentos. Em nosso caso, a saúde enquanto instituição, uma lógica que regula o comportamento da sociedade frente ao modo de cuidar, regulando, através das organizações, modelos de cuidado.

As instituições, porém, só podem atuar através dos agentes, que são os seres humanos, os protagonistas de práticas, sendo que essas práticas podem ser verbais, não-verbais, práticas cotidianas ou inespecíficas, teóricas ou técnicas. Dessa forma, as lógicas que regulam a atividade humana se materializam em organizações através dos agentes humanos que operam na realidade.

A grande organização que rege a saúde no Brasil é o Ministério da Saúde. Dita normas, políticas e diretrizes que devem ser seguidas para a ordenação da saúde, uma série de prescrições com o significado de regular o comportamento em saúde através de valores

estabelecidos pelos agentes que a ordenam, que a gerem, que sofrem também a influência da cultura e de outras instituições que formam a sociedade. A instituição saúde ganha vida através das organizações, que por sua vez, são dependentes dos agentes, dos sujeitos que a operam. Mais uma vez, centramos a importância do sujeito (aqui agente) como operador de práticas que vão definir saúde através de seu trabalho vivo em ato.

Há ainda nas instituições o que Barembliit (2002) vai definir como forças instituintes e forças instituídas. As primeiras, as instituintes, são como processos, de característica dinâmica, em movimentos com tendência a transformar as instituições ou a fundá-las. Já o instituído, é o efeito, o resultado dessas forças com a característica de estabilidade, de força estática que tende a manter e fazer perdurar. Acontece que é muito difícil identificar o início das instituições, fazer a história de seu nascimento, encontrar “a ponta do fio da meada”. A humanidade, por exemplo, é considerada como um coletivo regido por quatro instituições: a língua, as relações de parentesco, a religião e a divisão do trabalho. No entanto, não podemos rastrear plenamente a história desses nascimentos, ordená-las quanto ao aparecimento. Podemos afirmar, porém, que essas instituições, em suas relações de interdependência, constituem uma sociedade humana, onde a transformação da vida social se dá por movimentos instituintes em relação ao instituído. É importante ressaltar que, ao realizar processos de análise das instituições, precisamos evitar valorização dessas forças, considerando uma boa e outra ruim, até porque, o instituinte perderia seu sentido caso não se transformasse em instituído, e esse também perderia seu sentido caso não estivesse receptivo à potência instituinte. A proposta é evidenciar os processos, elucidá-los para posterior análise e compreensão de sua função, já que as instituições, organizações, estabelecimentos, agentes e práticas desempenham sempre uma função.

As funções das instituições, organizações, estabelecimentos e práticas geralmente aparecem camufladas, disfarçadas, já que estão a serviço da exploração, da dominação, da mistificação. Os instituídos apresentam frequentemente funções de dominação, mas não deixam isso claro, evidente. Mascaram sob forma de objetivo natural e desejável. Já os instituintes inspiram-se na utopia, estão sempre a serviço da Justiça, da Igualdade e da Fraternidade. Temos então que a função das instituições é o que está instituído, de caráter conservador e a serviço da exploração. O funcionamento das instituições, o instituinte, é o movimento de transformador, tendendo à utopia.

Em nosso tema de estudo temos que a OMS estabelece normas, as instituídas, para reger o comportamento das sociedades quanto à saúde. A Acupuntura até 1999 esteve longe desse lugar estabelecido, penetrando no ocidente com características instituintes, até ter sido introduzida na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS em 1999, através da portaria nº 1230/GM. (Brasil, 1999) Sua prática foi reforçada pela Portaria 971, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde. Nesse último documento há o incentivo para a incorporação de práticas naturais que previnam agravos e recuperem a saúde, principalmente os modelos que enfatizem a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (Brasil, 2006) São dados que colocam a Acupuntura nas organizações, no que está instituído, demonstrando o fluxo contínuo e dinâmico entre instituinte/instituído.

Nossa proposta agora é perceber como os agentes, fazedores da prática de acupuntura, estão lidando com as forças instituintes, transformadoras do que está posto. Como os profissionais estão exercendo o saber agora instituído, mas que ainda sofre e gera resistências. Nossa proposta em analisar a função e o funcionamento da acupuntura como prática de cuidado em saúde enfrenta as questões de profissionais que atuavam antes de maneira “ilegal”, depois de maneira “amadora”, e que posteriormente buscaram completar o curso como pós-graduados, para ainda assim terem que galgar o reconhecimento e a valorização na sociedade civil.

Nascimento (1997) realizou um estudo sobre a maneira como a acupuntura se estabeleceu no Brasil, destacando os conflitos centrais presentes ao longo dessa trajetória. Num primeiro momento, a atitude de negação quanto à eficácia da acupuntura no tratamento da saúde, por parte das instituições hegemônicas como resistência ao aumento gradativo da demanda da sociedade, que a foi conhecendo de maneira informal, através de alguns imigrantes ou pessoas que haviam aprendido através de viagens ou estudos independentes. Num segundo momento destaca a aceitação de sua eficácia, mas a tensão intra e inter categorias pela legitimação de sua prática. E, como terceiro momento, já contemporâneo, o processo de institucionalização nos serviços de saúde, seus produtos, seus cursos de formação profissional, a legitimação de seu exercício pelos conselhos dos profissionais de saúde.

No Brasil, escolhemos destacar a história da acupuntura a partir do que foi denominado movimento contracultura. Escolhemos iniciar desse ponto porque não podemos

elucidar exatamente o ponto de início da história de uma instituição. (Barembli, 2002) Não se trata também de relatar fatos que já aconteceram sem nenhuma intencionalidade. O interesse se faz por reconstruir um passado que está vivo no presente e que pode determinar, ou mesmo pode já estar determinando um futuro. Estaremos investigando o presente, como vem se dando o cuidado em saúde através da acupuntura, ao mesmo tempo atualizando o passado, como foi e o que representou a inserção da acupuntura nas organizações de saúde, na proposta de construir um devir, de gerar e gerir instituintes.

O movimento contracultura destacou-se após a década de 60, com âmbito internacional, e proposta de mudanças no estilo de vida das pessoas, com forte tendência ao naturalismo e ao orientalismo. Trazendo forte preocupação com o meio ambiente, propunha formas de desenvolvimento sustentável, contrário à industrialização e a consumos desenfreados. (Queiroz, 2005)

Novas representações que se opõem à cultura médica dualista corpo/mente tendem a valorizar um neonaturalismo ecológico como fonte de saúde aproximando homem/natureza. Existe uma certa inquietude social no que diz respeito à preocupação ecológica que vem surgindo nos últimos vinte anos. Nesse contexto, a medicina tecnológica tende a ser associada como antinatural e antiecológica, sendo mais um fator de afastamento e busca por medicinas “naturísticas”.

O termo “medicina alternativa” é o termo institucionalmente aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1962 definindo “a prática tecnologicamente despojada de medicina contemporânea especializante e tecnocientífica, aliada, no entanto a um conjunto de saberes médicos tradicionais.” Atualmente, no entanto, o termo está coberto por grande polissemia, definindo qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica.

Luz (2004) faz uma análise a respeito de fatores sociais que favoreceram ao aparecimento de novas formas de cuidar da saúde. Paradigmas diferentes daquele proposto pela medicina hegemônica. Numa discussão das relações entre cultura, medicina e medicinas alternativas levanta algumas hipóteses para explicar a grande difusão de novos sistemas terapêuticos na sociedade contemporânea, entre elas, o que denomina crise de mão dupla – sanitária e médica – que afeta as relações tradicionais entre cultura e medicina.

Continua a autora contextualizando também o surgimento de novos modelos de cura em saúde a partir do século XX. Ocorre então, a importação de antigos modelos médicos

como a Medicina Tradicional Chinesa e a Ayurvédica, além da reabilitação de medicinas populares como as xamânicas e as ligadas às religiões afro-indígenas. No Brasil, já na década de 80 temos a proliferação de farmácias e lojas de produtos naturísticos tradicionais ou recentes, o reaparecimento do “erveiro” (vendedor de plantas medicinais), com forte apoio da mídia em propaganda escrita e televisiva.

As formas naturalistas de cuidado em saúde passaram então a ser denominadas de terapias ou “medicina alternativa”, começando a disputar espaços também em serviços de saúde. São movimentos instituintes, forças anti-hegemônicas que começam a ganhar espaço e credibilidade até chegarem ao ponto em que estão hoje, como a Acupuntura, que já está instituída e legitimada pelos órgãos oficiais. (Barembli, 2002)

A crise da saúde, segundo a autora, pode ser considerada como um efeito das desigualdades sociais no mundo. O processo denominado pelos economistas como “globalização”, ou seja, a dominância completa do modelo capitalista sobre o planeta, trouxe problemas graves de natureza sanitária, desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, o ressurgimento de antigas doenças como tuberculose, sífilis, além das novas doenças que surgem, como a AIDS e a H1N1.

A globalização mostra-se como um dos elementos básicos da crise sanitária, colaborando ainda para o que sociólogos franceses vêm denominando como a “pequena epidemiologia do mal estar”. É a repercussão desse ritmo capitalístico na saúde física e mental de indivíduos trabalhadores, caracterizando-se por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males da coluna vertebral e outras somatizações. Atinge milhões de indivíduos em quase todos os países nas grandes cidades, descrevendo uma situação permanente de sofrimento para os cidadãos e acarretando investimentos de milhões de dólares para a economia desses países.

Ivan Illich (1975, p. 9) traz críticas que se mostram relevantes a respeito das associações feitas pelo capitalismo na saúde. Segundo ele, “a dinâmica mórbida da empresa médica está em tempo de ser reconhecida pelo grande público.” Isso dito a 35 anos atrás! Segundo ele, o usuário em saúde foi ensinado a desejar um modelo de saúde médico-centrado através de uma estrutura social e política destruidora. Houve a transformação do médico em tratador de pacientes para a vida inteira, o que denominou de medicalização da vida.

A ineficácia dos cuidados médicos não é o que Illich considera como o maior dano à população. Existe um agravo ainda maior que é o impacto negativo da empresa médica, que vem se constituindo como uma das epidemias em maior expansão. Iatrogênese é o termo técnico que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina. Iatros (médico) e Genesis (origem). A doença iatrogênica é aquela que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam. Descreve então três tipos de iatrogênese: a iatrogênese clínica, ligada às conseqüências do ato técnico e manifestas como sintomas clínicos; a iatrogênese social, referindo-se a uma desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico, que tende a se organizar sem ele e contra ele, resultando na perda da autonomia do indivíduo pelo meio; e a iatrogênese estrutural, referindo-se ao conceito de saúde enquanto capacidade de suportar uma ordem imposta pela lógica industrial de produção.

Podemos então evidenciar o quanto o próprio sistema hegemônico acaba por colaborar para o surgimento de modelos contra-hegemônicos através da impossibilidade de responder às questões que a saúde humana demanda.

2.3- As Samambaias: o campo da Saúde Coletiva

A concepção dualista e positivista que predominam no modelo hegemônico de cuidado em saúde vem sendo debatida pelo campo da Saúde Coletiva. Madel Luz, em seu texto: *A complexidade no campo da Saúde Coletiva* (2004) traz contribuições importantes para entendermos o grande desafio a que se depara a Saúde Coletiva. Preservar sua complexidade, na coexistência de três paradigmas que substituem a positivista forma de hierarquia vertical, por uma horizontal, recorrendo ao conceito de campo, em Bourdieu para explicar esse jogo dinâmico. Sendo campo entendido como “um conjunto de microcosmos sociais dotados de autonomia relativa, com interesses e disputas irreduzíveis ao funcionamento de outros campos”. (Bourdieu, 1999, p. 5) A Saúde Coletiva busca, então, estabelecer uma identidade que a fortaleça enquanto práxis investigativa mas que a permita manter a riqueza discursiva e prática, resistindo a uma delimitação exclusivista.

A própria OMS declarou em 1978, quando ocorreu a Conferência Alma Ata na União Soviética a incapacidade da medicina tecnológica quanto à resolução de saúde de dois terços da humanidade. Completou ainda com um apelo para que todos os países desenvolvessem

formas simplificadas de atenção médica direcionadas às populações carentes do mundo inteiro. “Saúde para todos no ano 2000” foi o lema lançado. (Luz, 2004) Hoje vivemos um quadro de crise sanitária internacional, sendo as condições de saúde precárias, tanto individualmente em funções orgânicas como nos sistemas psicobiológicos. Isso sem falar da incontestável forma irracional de exploração da natureza, que vem se manifestando de forma catastrófica em todos os países do mundo. Paradoxalmente a própria ideologia de valorização do corpo, da individualidade, da beleza, e da conservação da juventude, acabaram por motivar o sucesso de sistemas terapêuticos regidos por paradigmas distintos daquele hegemônico.

Contribuindo para essa reflexão as discussões acerca das racionalidades médicas vêm ampliando pesquisas e abrindo o campo de opções para se pensar acerca da saúde. Diferenças que podem qualificar o conhecimento, inovando no sentido de mostrar que a ciência não é única, contribuindo assim com um grande salto qualitativo.

Inserida na concepção de campo multiparadigmático da Saúde Coletiva, a categoria Racionalidades Médicas proposta por Madel Luz desde 1992 no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro vem desenvolvendo pesquisas nos diferentes sistemas de cuidado em saúde. Propõe a comparação de diferentes sistemas médicos complexos, como medicina homeopática, tradicional chinesa, ayurvédica e ocidental contemporânea, também denominada biomedicina.

Contrariando o senso comum ocidental que considera a biomedicina como a única portadora de racionalidade no sentido científico do termo, parte da hipótese central de que há mais de uma racionalidade médica.

Fundamenta-se então no tipo ideal weberiano (Max Weber, 1864-1920), que é definido como um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: doutrina médica, uma morfologia do homem, dinâmica vital, sistema diagnóstico e sistema terapêutico. Esse tipo ideal constrói-se *a posteriori*, historicamente, diferenciando – se do conceito científico clássico definido *a priori* e analiticamente. Segue um modelo tendencial histórico, que não chega a ser acabado, tendo a capacidade de ser modificado pela ação dos atores sociais.

Uma prática em saúde pode então, seguir diferentes racionalidades, mas para ser considerado um sistema médico necessita ser lógica e teoricamente fundamentado nos cinco elementos constitutivos acima citados. Considera – se ainda que, os fundamentos das

diferentes racionalidades residem numa cosmologia, que qualifica as raízes filosóficas das racionalidades médicas.

Dessa forma, podemos evidenciar a diferença entre práticas alternativas e sistemas médicos complexos. Por prática alternativa podemos entender terapias ou métodos diagnósticos que se diferenciam do modelo biomédico, mas que não são necessariamente um sistema médico complexo, ou seja, não contemplam as dimensões constitutivas fundamentais para tal categorização. São então consideradas práticas alternativas, como Reiki, Florais, Iridologia, entre outras e podem ou não estarem ligadas a uma racionalidade médica, como a fitoterapia.

A acupuntura é uma prática alternativa que está inserida no complexo sistema da medicina chinesa.

Reflexões contemporâneas no que se refere à interação do homem com o meio emergem como dispositivos para a busca de novos modelos de cuidado em saúde. Suely Rolnik, na introdução ao livro de Emerson Merhy (2002) nos diz: “vivemos sempre em defasagem em relação à atualidade de nossas experiências. Somos íntimos dessa incessante desmontagem de territórios: treinamos, dia a dia, nosso jogo de cintura para manter um mínimo de equilíbrio nisso tudo.” Podemos elucidar nessa colocação, a aceitação de campo dinâmico, de interação de formas que vão se arrumando e rearrumando incessantemente tanto no interior como no exterior do indivíduo. Explicita a tentativa que fazemos para manter um mínimo de equilíbrio, através de um “jogo de cintura” que vai ficando cada vez mais disputado, com forças desiguais e manobras de proporção imperial, onde “ganhar ou perder” são valores que se distanciam de conquistas autônomas vitoriosas.

A medicina contemporânea tem perdido a característica de arte, que veio historicamente sendo subestimada, ou mesmo suprimida, em função do processo de racionalização progressivo. Em função do paradigma positivista que passou a imperar como verdade no pensamento ocidental a partir da Renascença, a radicalização da dicotomia corpo/mente efetiva o enfoque biomecânico do corpo e fragmenta cada vez mais o conhecimento em especialidades. O desenvolvimento epistemológico científico acabou por dominar a prática clínica e o que antes se referia a *sujeitos* que tratam e a *sujeitos* que são tratados, se transforma em médico “dotado de poder de cura” e “doença”. Os sujeitos dessa relação foram aniquilados pelo modelo altamente tecnológico de controle das patologias.

Com a retomada de tradicionais formas de cuidado em saúde, a relação médico-paciente volta a ocupar um espaço a ser priorizado na prática clínica. Todo sistema médico, independente da racionalidade que propõe, opera em duas dimensões: a dimensão epistemológica, associada ao saber, e a dimensão prática, relacional.

O conhecimento, o saber, é dito “científico” quando é validado pela sociedade em que está inserido. Não é “natural”, é historicamente construído, influencia e é influenciado pelos sujeitos que o compõem, construindo assim um tipo de logos, uma racionalidade. (Luz, 2004)

A dimensão prática, relacional, é onde os sujeitos operam o saber, num campo onde os investimentos estiveram por muito tempo negligenciados, pelo fato de ser subjetivo e impregnado de variações e complexidades. Esse é o lugar que se estabelece o cuidado, numa composição das três tecnologias: a tecnologia dura, a leve-dura e a tecnologia leve. A troca estabelecida, as linhas traçadas entre os sujeitos envolvidos na dimensão da prática traz de volta o “como” utilizar a caixa de ferramentas das diferentes tecnologias (dura, leve-dura e dura) que compõem o cenário do cuidado em saúde? Como (re)estabelecer a *ars curandi* que pode até se utilizar da tecnologia, porém sem se reduzir a ela, eis um grande desafio.

Na Medicina Chinesa, essas relações interdependentes são também força motriz para os fenômenos, são fundamento e base teórica explicativa para a manutenção da saúde, tanto em sua fisiologia, quanto em seu diagnóstico e tratamento. Na questão da dualidade corpo/mente, por exemplo, a lógica de pensamento oriental difere-se imensamente da lógica ocidental dominante no modelo da biomedicina. Enquanto aquela enfoca uma explicação de movimento dinâmico em que opostos são interdependentes e não dissociados, essa prioriza explicações monocausais, deterministas e reducionistas. Mas na dimensão prática, é possível que essas lógicas não se apresentem de maneira tão distintas, é possível que a proposta de complexidade possa se evidenciar também como explicação dessa prática.

2.4- Convivência entre samambaias e bambus: Acupuntura na Saúde Coletiva

A eficácia da Acupuntura como tratamento de diversas patologias já foi constatada, reconhecida pela OMS como tratamento complementar à saúde, sendo autorizada sua prática por profissionais de saúde médicos e não médicos: psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas e fisioterapeutas têm sua prática regularizada pelos respectivos conselhos. Há, porém ainda presente a luta de certas

corporações médicas para a exclusividade no exercício desta prática, criando inclusive novos termos como “Acupuntura Médica Contemporânea”. Essa modalidade baseia-se nos resultados das pesquisas que elucidaram as propriedades da estimulação de diversos tipos de sítios corporais específicos, caracterizados pela propriedade da neuro-reatividade, como os pontos motores dos músculos e os pontos-gatilho miofasciais. Priorizam o efeito da Acupuntura no sistema nervoso, associando inclusive, injeções de medicamentos e descrevendo respostas anti-nociceptivas e homeostáticas geradas pela estimulação de fibras nervosas mielinizadas, além dos efeitos autonômicos normalizadores da estimulação neural periférica, os efeitos neuro-endócrinos e neuro-imunitários da eletroestimulação aplicada sobre ramos nervosos. São explicações biologicistas, que mantêm a lógica hegemônica na explicação das patologias. Mesmo assim, consideram a menor ocorrência de efeitos adversos, em comparação com outros meios terapêuticos. (Fischie, 2001)

Cabe aqui ressaltar que a incorporação da acupuntura pela biomedicina não se dá apenas por profissionais médicos. Há médicos que priorizam o enfoque vitalista no exercício da acupuntura e não médicos que enfocam o “científico” em detrimento às teorias de base. Falamos aqui do “olhar da biomedicina” capturando o “olhar vitalista” da acupuntura.

Em 1970, a OMS editou uma lista com 41 patologias que apresentam excelentes resultados com o tratamento por Acupuntura, após vinte e cinco anos de pesquisas em instituições renomadas em diversas partes do mundo. O documento *Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials* (www.wpro.who.int/health_topics) expõe os resultados da pesquisa. Resultados devidamente verificados pela medicina científica. Constam afecções físicas, desordens mentais e psicossomáticas, condições específicas de homens, mulheres e crianças, problemas oriundos do câncer, cirurgias e dependência química. Somente para citar algumas, escolhemos:

- asma efeito antiasmático em 93% dos casos, maior que ventilação pulmonar em 68% dos casos;
- hipertensão eficácia similar à medicação convencional, mas sem efeitos colaterais;
- hipotensão a pressão foi normalizada em 95% dos casos;
- neurose cardíaca eficácia superior à medicação convencional;
- cólica renal alívio da dor em 100% dos casos;

- paralisia causada por poliomielite eficácia superior à medicação convencional;
- depressão eficácia similar à medicação convencional, mas sem efeitos colaterais;
- ansiedade eficácia superior à medicação convencional;
- insônia o sono foi totalmente normalizado em 98% dos casos;
- síndrome do stress competitivo eficácia em 93% dos casos;
- esquizofrenia laser-acupuntura: eficácia superior à da medicação convencional (78% dos casos);
- retardo mental aumento de 21% no quociente de inteligência aumento de 18% na adaptatividade social.

Podemos então observar a valiosa ferramenta no cuidado em saúde que a Acupuntura representa. Não surpreende, desta maneira, o grande interesse da corporação médica em garantir o monopólio em seu exercício, o que não é diferente do interesse das mesmas em redefinir experiências humanas como se fossem problemas médicos. É o que vem sendo denominado de processo de medicalização social. (Tesser & Barros, 2008) É incontestável a necessidade e a importância do desenvolvimento e avanços da biomedicina para a vida humana, mas também se manifesta na forma de iatrogenia cultural, seu efeito nocivo no sentido de diminuir o potencial cultural das pessoas agirem autonomamente, gerando dependência nos serviços de saúde.

Hoje a prática diversificada está garantida, porém muitos trâmites legais ainda estão acontecendo. Esta disputa acontece no Brasil há pelo menos trinta e três anos, e envolve interesses financeiros e corporativistas nem sempre explícitos. É necessário ter amplitude dos fatores que envolvem esta regulamentação, pois mais de 30 mil acupunturistas exercem a profissão no país. O acesso da população, promovido inclusive pela Portaria 971/06 do MS poderia ser ampliado com a democratização da regulamentação, possibilitando o acesso através do SUS, reduzindo custos em larga escala. A sugestão da OMS é que agentes de saúde com formação possam atuar em programas governamentais de larga escala, oferecendo estratégias de implantação de programas para países em desenvolvimento. Na China, país onde a Acupuntura originou-se e difundiu-se de maneira não institucionalizada, existem atualmente faculdades independentes e autônomas para os cursos de Medicina (científica) e

para Acupuntura. O governo chinês subsidia hospitais de Acupuntura incentivando a pesquisa e o desenvolvimento desta técnica.

Um novo dado precisa ser aqui ressaltado. A UNESCO declara a acupuntura como patrimônio cultural intangível da humanidade, em reunião realizada em Nairobo, no dia 19 de novembro de 2010. Essa medida deixa implícita a preocupação em resguardar a acupuntura da ameaça gerada pela globalização.

A regulamentação da Acupuntura no Brasil levanta uma série de questões de ordem ético-políticas. A Acupuntura atuará algumas vezes como dispositivo, evidenciando interesses não ditos pelos diferentes poderes que a disputam. O poder instituído representado pelo saber biomédico é aquele que a sociedade hoje considera como “natural” e hegemônico. O poder instituinte, aquele que vem para deflagrar reflexões e impulsionar mudanças, representado pelos profissionais “não biomédicos” que lutam pelo direito de exercer a Acupuntura.

A maneira como os profissionais exercem a Acupuntura é que vai definir seu caráter cuidador ou não cuidador, repetidor do modelo biomédico (e portanto com características de instituído) ou inovador, criando uma maneira diferenciada de promover saúde (e portanto com características de instituinte).

O encontro entre os sujeitos, profissionais de saúde e usuários, e a acupuntura, é um encontro de fluxos, de intensidades e de afetos. Referindo-nos a Espinosa, citado por Deleuze (1995), a capacidade que os sujeitos possuem de serem afetados determina um aumento em sua potência de agir ou uma diminuição na mesma. O “afetamento” que acomete o sujeito pode causar alegria ou tristeza, conforme proporcione autonomia e satisfação, ou insatisfação e heteronomia. Especificamente no cuidado proporcionado pela acupuntura, pretendemos analisar esses afetos, como o profissional de saúde, com formação no modelo de cuidado hegemônico, centrado em procedimentos, vai lidar com os afetos proporcionados pela acupuntura, que pretende promover um cuidado usuário-centrado.

Com relação ao ensino da Acupuntura em nosso Estado, temos escolas de formação como pós-graduação *lato sensu* exclusivamente para médicos e algumas escolas para multiprofissionais, tendo ainda cursos técnicos para a formação de não graduados. Esta diversidade também na formação evidencia a complexidade em sua regulamentação e deflagra a possibilidade de um campo onde se explore os conceitos de integralidade e transdisciplinaridade em saúde.

Pensar em integralidade em saúde traz muitos sentidos. Pelo aspecto legal, trata-se de um dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, previsto na Lei Orgânica da Saúde. O movimento que ficou conhecido como medicina integral denunciava a especialização crescente dos profissionais de saúde. A tarefa desses profissionais, na perspectiva da integralidade, se dá no encontro com o outro em sua diferença, libertar-se dos especialismos, desatar os nós tão bem amarrados que sustentavam suas práticas fragmentadas. Ao se propagar para um grupo onde a diversidade no conhecimento se faz presente, a Acupuntura promove troca de conhecimento e a destituição do poder que o profissional traz instituído de sua formação para desenvolver um novo aprendizado que considera o indivíduo como um todo, um sistema complexo, relacional e dinâmico. (Pereira & Lima, 2008)

Um outro sentido de integralidade em saúde diz respeito às relações estabelecidas pelos diferentes atores em saúde: os profissionais entre si, estes com os pacientes, ambos com o sistema de saúde e o contexto social em que vivem. Neste sentido, a relação profissional-paciente torna-se também foco de investigação, em direção a produção de um cuidado mais ético e humanizado.

Ao longo da sucessão dos paradigmas econômicos nos países capitalistas, houve a incorporação e a valorização do trabalho afetivo como uma das mais importantes formas de produção de valor. Na produção e reprodução de afetos, subjetividades e sociabilidades coletivas são produzidas e diretamente exploráveis pelo capital. Este é um novo dado que vem sendo investigado profundamente no campo do cuidado em saúde, e que Michael Foucault denomina biopoder. É o poder da criação da vida, a produção de subjetividades, da sociabilidade e da própria sociedade.

2.5- Acupuntura e autonomia

A acupuntura é uma técnica que proporciona ao corpo o movimento de autorregulação, ou seja, é o próprio corpo do indivíduo que se reestrutura através do procedimento do instrumento utilizado (agulhas, laser, moxa, sementes, ventosas). Como tal, outro importante valor está então colocado; o de autonomia do paciente.

Autonomia é aqui problematizada como uma questão ética, enquanto prática de liberdade no cuidado de si, tanto do sujeito trabalhador de saúde, quanto no sujeito em busca do atendimento em saúde. Essa liberdade proporcionada pelo exercício individual torna

possível a libertação de formas de poder que exercem controle e dominação opressora dos indivíduos. (Foucault, 2005)

Na concepção da biomedicina há a substituição do respeito a valores humanos por regras e “normas neutras”, operadoras de procedimentos, levando ao afastamento crescente entre médicos e pacientes, e também ao desconhecimento do paciente de seu próprio corpo e de sua própria saúde. É como se ele nada soubesse de si e necessitasse do ato médico para adquirir saúde. Passa a ser a-sujeitado e não protagonista no cenário médico industrial. (Soares & Camargo Jr., 2007)

Há uma certa relação entre tecnologia e autonomia e a eficácia de uma sociedade com relação ao alcance de seus objetivos. (Illich, 1975) É necessária que haja uma sinergia entre a forma de produção autônoma e heteronômica. Durante a maior parte da história da humanidade as pessoas aprenderam por si mesmas muito do que sabiam. A produção doméstica ou comunitária estreitava o espaço entre as aspirações e as gratificações. O ato de elaboração aproxima o homem do sentimento de satisfação. Em outros tempos, ou em outras culturas, qualquer pessoa da aldeia conhecia através de seus antepassados, os remédios e os produzia quando alguém necessitava deles. A forma de produção autônoma foi sendo substituída pela forma de produção heteronômica.

Damaso (1992, p. 222) propõe uma forma de intervenção que seja baseada na potência auto-recuperadora do organismo humano vivo, opondo-se a qualquer forma que venha firmar-se no condicionamento físico ou mental, a medicamentos ou outras tecnologias duras. Propõe ainda: “‘Educação para a vida’, eis aí o projeto da política sanitária mais radical e coerente com o desejo humano de autonomia”. É a revalorização do fato de que esta autonomia pode se construir por meio do cuidado com os seres humanos, e pode ser aprendida na micropolítica da educação e da saúde. É a defesa de uma medicina mais humana, que considere sua complexidade e a potencialidade, podendo ter a tecnologia e a ciência como instrumentos, como ferramentas que a propiciam. Deve manter o centro de sua ação na promoção da saúde do sujeito, sem se deixar capturar pelas forças condicionantes capitalísticas. Buscar autonomia significa o reconhecimento e a aceitação das inúmeras redes de dependência que constituem a própria existência humana e se estabelece em suas relações. Segundo Foucault (2005) toda relação humana é uma relação de poder e para que o sujeito se estabeleça com autonomia serão necessárias estratégias para firmar sua capacidade de autogoverno. Numa leitura contemporânea do conceito de autonomia podemos recorrer a Edgar Morin (1996, p. 282):

“Quanto mais um sistema desenvolver sua complexidade, mais poderá desenvolver sua autonomia, mais dependências múltiplas terá. Nós mesmos construímos nossa autonomia psicológica, individual, pessoal por meio das dependências que suportamos (...). Toda a vida autônoma é uma trama de múltiplas dependências. O conceito de autonomia não é substancial, mas relativo e relacional.”

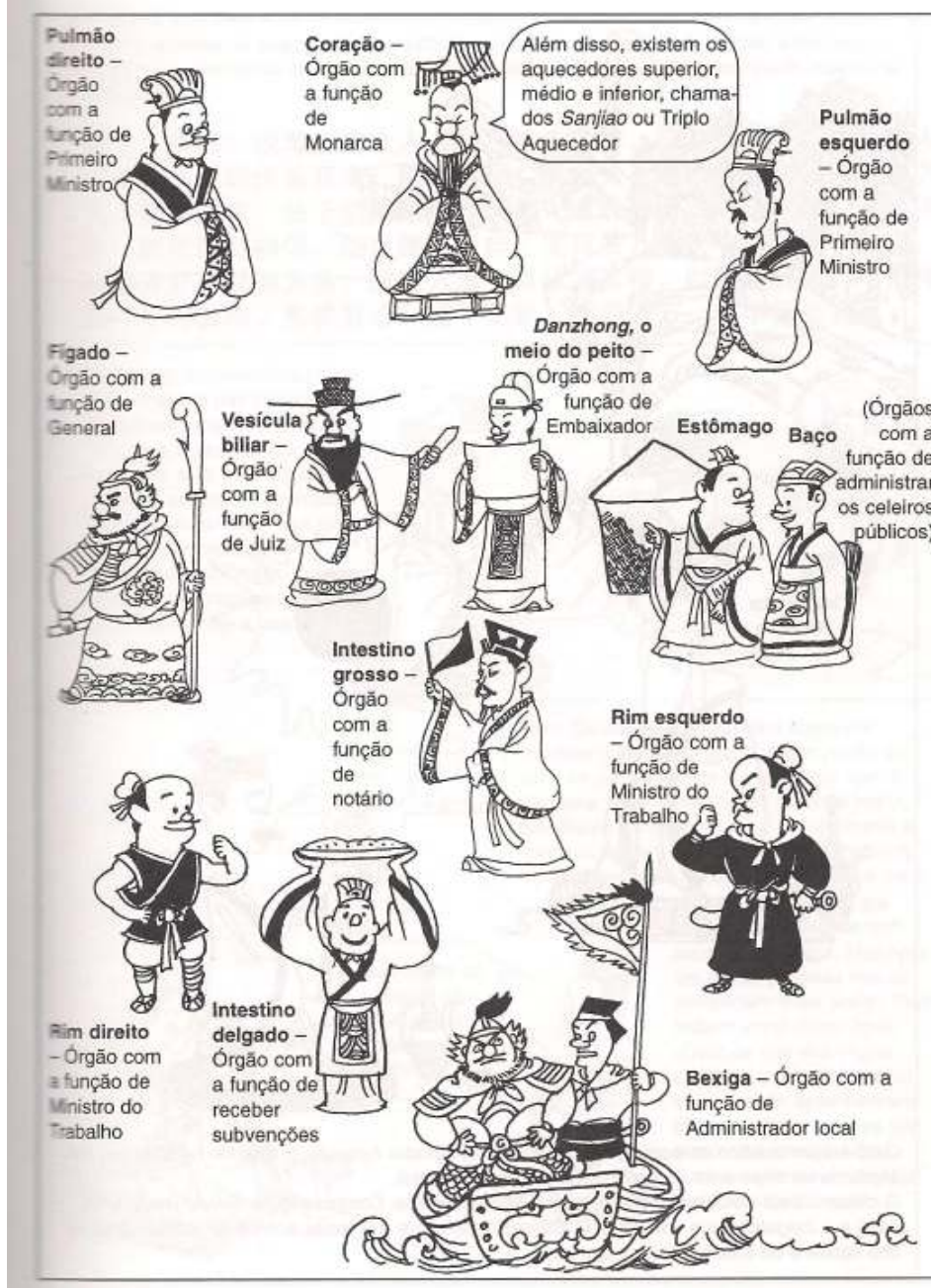
Illich (1975) desenvolve a importância da autonomia dos sujeitos de maneira interessante. O ser humano é a única espécie viva que tem consciência da morte, de estar sujeito à doença e sofre com isso. A consciência da dor faz parte da adaptação autocrítica do homem ao meio e é primordial ao estabelecimento da saúde, uma vez que a saúde é um estado de bem-estar na sobrevivência adaptativa. Assumir a responsabilidade pessoal diante da angústia causada pela consciência da dor, da morte, está relacionado com a significação ativa do indivíduo no corpo social. E ainda, a maneira como essa responsabilidade é manipulada pela sociedade é identificada com a cultura, ao programa de vida culturalmente definido que confere aos seus membros a capacidade de enfrentar suas fragilidades.

Da mesma forma como o ser humano é transformado pela sociedade em que se encontra, esta também é definida pela autonomia com que seus membros participam dos programas que ela estabelece. É esse poder gerador, é essa potência em auto-gerir sua saúde que a cultura contemporânea tem exterminado dos sujeitos. À medida que reforça os aspectos terapêuticos de seus produtos, enfraquece o aspecto da responsabilidade que o indivíduo tem sobre o cuidar de si, de sua saúde, diminuindo sua autonomia.

2.6 - Acupuntura e as relações de poder

Mergulhando novamente nos tempos iniciais da concepção da medicina chinesa, retomamos que em seu fundamento a saúde está numa atitude de moderação, a que chamamos de equilíbrio do Homem em suas relações. No aspecto dos Sistemas Internos, há o que se denominou da teoria dos “Doze Funcionários” (Chuncaí, 1999), ilustrada na figura abaixo:

Os 12 “Funcionários” (Órgãos) do Corpo no *Clássico de Medicina do Imperador Amarelo*



Clássico de Medicina do Imperador Amarelo, Zhou Chuncai (1999, p. 5).

Em destaque, o Grande Monarca, Xin, o Coração como topo numa hierarquia que a tradição política chinesa sempre cultivou com disciplina e respeito. Mas no sistema ali representado, a fonte da vida, o Rim, Shen, como Ministro do Trabalho, numa atitude de humildade, com o posicionamento mais baixo no corpo, atitude de fornecer o necessário para

que a vida e para que os outros sistemas tenham o necessário para o desempenho de suas respectivas funções. Gan, o Fígado, General das forças armadas, aquele responsável pela manutenção e crescimento do território, o que na época representava lugar de prioridade, devido aos conflitos de guerra, conquista e manutenção de território, exigindo estratégias firmes e eficazes. Estômago, Wei e Baço-pâncreas, Pi, com a função de administrar os celeiros públicos, são os recebedores, transformadores e distribuidores de alimentos. O Pulmão, Fei, como Primeiro Ministro, também no topo da hierarquia, sendo responsável por governar e distribuir a energia vital necessária. A Vesícula Biliar, Dan, com a função de juiz, revelando seu aspecto de tomada de atitude e responsabilidade de decisão, em sua função conjunta com o Fígado, o General. O Intestino Delgado, Xiao Chang, com a função de receber subvenções, receber o que não foi utilizado antes e tem o discernimento para selecionar o que ainda pode ser utilizado. O Intestino Grosso, Da Chang, com a função de notário, é o alerta para a eliminação no que sobrou de todos os outros processos, responsável pelo trânsito, o que também o faz a Bexiga, Pang Guang, recebendo e armazenando líquidos para serem eliminados com a função de administrador local.

Vê-se uma nova sistematização metafórica que prioriza funções, relações e poder.

Também num outro momento falou-se de poder. Nos Cinco Movimentos e seus ciclos de controle: o ciclo de geração, Sheng, e de dominância, Ke. No de geração fala-se de elemento mãe doando para elemento filho, ou sedação do filho para sedação da mãe. No de controle, temos a dominância de um pelo outro e os padrões de patologia como superdominância ou contradominância.

Recorrendo a Michael Foucault (2006) vemos a necessidade de distinguir entre relações de poder e estratégias de dominação. Considerando o poder imanente nas relações sociais humanas, não lhe é atribuído valor maléfico em si mesmo.

“A idéia de que poderia haver um tal estado de comunicação no qual os jogos de verdade poderiam circular sem obstáculos, sem restrições e sem efeitos coercitivos me parece da ordem da utopia. Trata-se precisamente de não ver que as relações de poder não são alguma coisa má em si mesmas, das quais seria necessário se libertar:

Acredito que não pode haver sociedade sem relações de poder, se elas forem entendidas como estratégias através das quais os indivíduos tentam conduzir, determinar a conduta dos outros. O problema não é, portanto tentar dissolvê-las na utopia de uma comunicação totalmente transparente, mas se imporem regras de direito, técnicas de gestão e também a moral, o *ethos*, a prática de si, que permitirão, nesses jogos de poder, jogar com o mínimo possível de dominação.” (Foucault, 2006, p. 284)

Vemos que a acupuntura, como técnica que atua nas relações dos Sistemas Internos, nos ciclos de dominância e geração, sedando o excesso, tonificando a deficiência, fazendo mover estagnações de Qi em cada um dos Doze Funcionários, é uma das estratégias para, no corpo, intervir nessas relações de poder. O sujeito que vai recebendo esse tipo de atendimento em acupuntura, a mobilização do Qi em seus sistemas vai deflagrando comportamentos em ressonância com os pontos manipulados, que trazem, além das respostas neurofisiológicas, respostas emocionais e comportamentais. Por exemplo, o ponto do Pulmão, P3 – Tian Fu – Tesouraria Celestial (3 tsun distal à prega axilar) é um dos pontos utilizados que faz um efeito emocional importante. Uma tesouraria é um local onde a pessoa pode ir para receber riquezas e qualidades ou aumentar as reservas, caso estejam baixas. É uma tesouraria celestial, ajuda as pessoas a elevarem o espírito, a se reencontrarem com a inspiração hereditária vinda do céu. (Hicks, Hicks e Mole, 2007) Seguem alguns relatos de pacientes após a sua utilização:

“Olha, dessa vez você acertou. Minha hérnia de disco até esqueceu de mim.”

“Tenho me sentido mais solta. Primeiro chorei muito, mas me senti melhor.”

“Vim procurar acupuntura para cuidar da sinusite, mas acabei me encorajando para terminar um relacionamento que me fazia muito mal, ele estava quase me agredindo, mas eu não conseguia, sentia muita pena dele.”

Mais recentemente autores têm fundamentado ainda mais essa característica da acupuntura em agir no comportamento, no modo de subjetivação através de seus fundamentos. Podemos exemplificar, pela organização realizada por Jeremy Ross (2003) dos dez tipos de personalidade:

TABELA 4.2 – Os dez tipos de personalidades dos Cinco elementos

Elemento	Tipo Yin	Tipo Yang	Equilíbrio
Fogo Coração	Sério, triste e melancólico; sem interesse pela vida, pelos relacionamentos e pela atividade social, sensação de solidão, de não ser amado e de não ter capacidade de ser amado	Aagitado, muito excitado, muito entusiasmado e maníaco, loquaz, social ou sexualmente hiperativo, tolo, irresponsável, com tendência a esgotar as reservas energéticas, com exaustão, depressão e, mesmo ao suicídio	Experimentar o amor internamente e permitir que este se irradie, mas com calma e paz, alegria e vivacidade, equilibrando espontaneidade com contemplação, sabedoria com sobriedade
Terra Baço	Preocupações infundáveis e elucubrações mentais, com muitos pensamentos e pouca ação; sensação de vazio que torna difícil cuidar de si mesmo e dos outros	Devido aos medos e às inseguranças, pode usar a solicitude para prender os outros, controlar e restringir suas vidas; pode ser apegado, possessivo e intrometido na vida alheia	Ter uma mente calma, serena e lógica, capaz de traduzir livremente raciocínio em ação, personalidade estável e agradável, que seja solidária, prestativa e generosa sem invadir a privacidade dos outros
Metal Pulmão	Dificuldade para formar laços duradouros ou temeroso de criar novos relacionamentos por medo da perda; sem participação ativa no presente, vive no passado	Suprime ou se apeg a própria mágoa, fala sobre as próprias aflições e contamina os outros com sua negatividade, usa novos relacionamentos apenas para amenizar mágoas passadas não resolvidas	Permitir o processo do pesar, desprender-se do passado, adquirir sabedoria e aprender e crescer com cada relação; participar da vida e formar novos laços, sem bloqueios pelo medo da perda
Água Rins	Falta de energia, medo, desiste da vida e de ter o controle do próprio destino; não realiza o suficiente; facilmente desencorajado por dificuldades ou perigo; falta de determinação para atingir metas	Realiza muitas coisas, ambicioso e cruel, sem consideração pelos outros; pode ser afoito e imprudente; suprime os medos, mas vive sob grande estresse com temor de perder o controle; procura segurança através do poder e dominação sobre os outros	Ter um desejo firme, mas considerando o próprio bem-estar e o dos outros; não ficar desencorajado por dificuldades ou perigos, sem se tornar imprudente; agir orientado pela força interior e fé em si mesmo, sem ser pela compensação da insegurança e do medo
Madeira Fígado	Possui pouco senso do self e insuficiente força pessoal; incerto quanto à própria identidade e ao caminho a seguir; tem dificuldade em expressar o próprio ego, não consegue impor limites; tímido, sofre de falta de confiança e é atormentado pelos próprios conflitos	Sente uma incerteza opressiva, por isso fica impaciente e irritado; intolerante e egoísta, expande o ego sem considerar as necessidades dos outros; dominador, raivoso, agressivo e, talvez, violento, facilmente frustrado e depressivo	Ser confiante e intuitivo, ter clareza quanto ao caminho a seguir, com a devida paciência para permitir o próprio desenvolvimento; ser forte e independente, mas capaz de expressar a própria personalidade de maneira suave e tranqüila, em harmonia com a vida dos demais

Combinações dos Pontos de Acupuntura, Jeremy Ross (2003, p. 21).

É preciso ressaltar aqui, mais uma vez, o importante papel de autogoverno do profissional de acupuntura. Entrar em contato com esse conhecimento traz o perigo de captura pelo poder, a necessidade imediata de encontrar um ponto que solucione qualquer tipo de queixa emocional, principalmente no que diz respeito a relacionamentos afetivos. A sexualidade se faz presente de maneira muito intensa nos aprendizes e, por que não dizer, nos já não tão calouros assim. A acupuntura age com muita eficácia em casos de impotência masculina e falta de libido feminina. Há mulheres que chegam queixando-se da diminuição da libido e da insatisfação dos maridos diante dessa situação. Utilizar pontos que dêem conta dessa queixa é muito simples, assim como também resolve-se a questão da falta de ereção masculina, sendo um dos pontos de acupuntura conhecido como “Viagra”.

Referindo-nos novamente à Foucault (2006), é a captura pelo poder soberano, aquele voltado para a solução da vida ou da morte. É como se o acupunturista pudesse, naquele momento, decidir sobre o desempenho sexual do paciente, entregando-lhe o direito de satisfação, de vida, ou simplesmente negando-lhe essa oportunidade. Mais uma vez, caberá à maneira com que o profissional vai gerir seu autogoverno durante o TVA, determinando qual será o nível de dominação utilizado em sua conduta. Em seu processo de autogoverno será fundamental analisar como lida com as questões da biopolítica, como reflete a respeito do poder exercido por todo um contexto político e econômico com relação ao corpo e ao seu desempenho. Um processo de reflexão sobre valores construídos socialmente e vivenciados sob as diferentes formas de poder, presentes nos fenômenos de dominação em qualquer forma com que eles se apresentem: na política, na economia, na sexualidade, na instituição. Michel Foucault considera como ética o modo do indivíduo relacionar-se consigo (2005). O autor denomina governabilidade “ao conjunto das práticas pelas quais é possível constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem ter uns em relação com os outros.” É então a partir do conceito de governabilidade que podemos perceber a ética do profissional de acupuntura, sendo esta a forma como o indivíduo manifesta sua liberdade em relação a si mesmo e na relação com o outro. “(...) a noção de governabilidade permite, acredito, fazer valer a liberdade do sujeito e a relação com os outros, ou seja, o que constitui a própria matéria da ética.” (2005, p. 286)

Durante nossa pesquisa pudemos perceber a forma como os diferentes poderes se manifestam nas relações entre os profissionais e os usuários no ambulatório de atendimento em acupuntura. Seja sob forma de poder de soberania, aquele em que o indivíduo está submisso ao soberano e cabe a ele a decisão do fazer viver ou deixar morrer, ou seja, sob forma do poder disciplinar, em que o corpo que atende à demanda socialmente criada tem um valor, ou ainda, sob a forma de biopoder, controlando reprodução, fecundidade, longevidade. (Foucault, 2006) Como referenciais de análise do cuidado em saúde, os termos Bioética e Biopolítica se mostram como conceitos intercessores, ou seja, segundo Deleuze (1995), produzem um efeito de desestabilização, de perturbação pelo que ocorre “entre” pacientes, profissionais, alunos, professores. Ao refletir sobre tais conceitos, pudemos perceber uma certa inquietude que gera insatisfação e ao mesmo tempo motivação para a continuidade desse trabalho. Uma estranheza precisa ser aprendida: aceitar a incompletude da “razão”, perceber e ensinar que política não é sinônimo de coersão e que ética é mais reflexão do que normatização.

O paradigma biomédico prioriza o imediatismo e tende a promover no profissional de saúde o poder soberano. De que forma os profissionais ocidentais estão lidando com sua liberdade e autogoverno para atuar em acupuntura? Como utilizar dessa ferramenta em saúde que privilegia a prevenção, por exemplo, ao tratar pacientes com patologias crônicas? Procedimentos para melhorar o processo digestivo de pacientes que resistem a mudar hábitos alimentares. Estaremos “cuidando” para que continue seu mau hábito? Procedimentos para melhorar a libido em mulheres cujo marido está impotente. Será incentivo para aumentar a insatisfação? Potencializar a sexualidade em um paciente compulsivo por sexo? São algumas das questões que surgem rotineiramente no ambulatório de acupuntura e precisam fazer parte das discussões de formação profissional, além do ensinamento técnico da prática de acupuntura, é necessário pensar na ética desse profissional que está sendo formado.

Em nosso propósito de percorrer a análise do cuidado em saúde produzido pela acupuntura investigamos o espaço *entre* as samambaias, pelo que ocorre no TVA de profissionais de formação estruturada no modelo biomédico; e os bambus, pelo que ocorre com o cuidado proposto pela acupuntura em sua concepção vitalista. Podemos dizer que seguimos o caminho da *erva daninha*, termo utilizado por Deleuze e Guatarri em *Mil Platôs* (1995):

“A única saída é a erva (...). A erva existe exclusivamente entre os grandes espaços não cultivados. Ela preenche os vazios. *Ela cresce entre*, e no meio das outras coisas. A flor é bela, o repolho útil, a papoula enlouquece. Mas a erva é transbordamento, ela é uma lição de moral”. (Deleuze e Guatarri, 1995, p. 12)

Mais uma vez, o espaço intercessor, o espaço que só existe *entre*, que se forma no encontro, na relação dos sujeitos, na interação de subjetividades. Como continuam os autores, citando Henry Miller: “A China é a erva daninha no canteiro de repolhos da humanidade (...). A erva daninha é a Nêmesis dos esforços humanos. Entre todas as existências imaginárias que nós atribuímos às plantas, aos animais e às estrelas, é talvez a erva daninha aquela que leva a vida mais sábia.” Fazemos nosso percurso nesse canteiro rizomático do cuidado em saúde produzido pela acupuntura.

3- Objetivo Geral

Como objetivo geral realizar a análise do cuidado produzido pela acupuntura sob a ótica das tecnologias de cuidado em saúde.

3.1- Objetivos Específicos

- Analisar o cuidado em saúde proporcionado pela Acupuntura através do estudo das tecnologias dura, leve-dura e leve no trabalho vivo em ato;

- Analisar as práticas de cuidado produzido pela acupuntura em sua dimensão relacional e as forças que ali operam;

- Analisar de que forma sua prática poderá contribuir para promover um tratamento que traga maior autonomia aos sujeitos no cuidado com a saúde.

4- Aspectos Metodológicos

O Corpus da pesquisa se constitui de relatos de pacientes, alunos e profissionais, no ambulatório de Acupuntura por mim supervisionado na Escola Superior de Ensino Helena Antipoff, Associação Pestalozzi de Niterói, em Pendotiba.

Fundamenta - se na proposta teórico metodológica de pesquisa de campo, com uma abordagem qualitativa e contextualizada dos fenômenos somáticos e sociais presentes no ambulatório de Acupuntura na Pestalozzi de Niterói, Pendotiba, além da pesquisa bibliográfica. Parte da metodologia foi se formando *pari passu* ao desenvolvimento da pesquisa, tal como o campo da Saúde Coletiva permite em sua complexidade paradigmática. (Luz, 1990)

4.1- Opções Conceituais

Como suporte teórico fundamenta-se na Análise das Tecnologias do Trabalho em Saúde por Emerson Merhy e na Produção Subjetiva do Cuidado por Tulio Franco. A Análise Institucional, principalmente no autor Gregório Baramblitt (2002) como pano de fundo para o entendimento de tensões presentes na prática clínica da acupuntura e Madel Luz (2009) para contextualizar sua incorporação na Saúde Coletiva através do estudo das Racionalidades Médicas. Para a discussão do papel da medicalização na saúde e os conceitos de poder e biopoder, buscamos em Michel Foucault (1974) e Félix Guattari (1986) dados da construção histórica que descrevem a questão da autonomia dos sujeitos nas práticas de cuidado em saúde.

Com relação à Acupuntura, através da bibliografia específica, o autor reconhecidamente clássico, Giovanni Maciocia (1996), trazendo uma elucidação na forma de atuação desta prática. Foram necessários dados publicados em órgãos oficiais para a contextualização da inserção da acupuntura no SUS e as atualizações da OMS.

O trabalho de campo é uma etapa fundamental na pesquisa qualitativa, tanto que não poderíamos pensá-la sem ele. É como sua assinatura, sua identidade, que a diferencia completamente de uma pesquisa laboratorial. Utilizamos como ferramenta de pesquisa:

- Entrevista semi-estruturada, através de grupos focais;
- Observação Participante: é o momento das relações informais do pesquisador no campo;
- Caderno de Anotações: anotação de relatos e observações do cotidiano do ambulatório.

Dessa maneira, os procedimentos utilizados para a busca de dados incluem a observação participante no cotidiano do ambulatório, depoimentos vividos pelos diferentes atores envolvidos: alunos, pacientes, família e profissionais. Um caderno de anotações também utilizado para coleta de dados. Narrativas individuais constituíram objetos de análise, integrando-se o biográfico e o contexto, subjetividade e cientificidade. Numa pesquisa qualitativa a metodologia utilizada necessita de um instrumento científico que aproxime o investigador dos dados subjetivos dos atores envolvidos no tema em questão. É fundamentalmente importante entender como as pessoas avaliam e definem os significados e significantes que apreendem da realidade. Em nossa pesquisa escolhemos como instrumento técnico o grupo focal. Foram realizados grupos focais com os usuários e os profissionais de acupuntura.

As discussões de grupo, segundo Minayo (1992) têm uma função complementar à observação participante e às entrevistas individuais. A proposta é ampliar o conhecimento a respeito de crenças, atitudes e percepções dos sujeitos acerca do tema do cuidado em saúde através da acupuntura. Essa técnica permite o aprofundamento qualitativo das questões pesquisadas, além da comparação entre grupos semelhantes e distintos. Com base na análise das narrativas dos sujeitos que participam do grupo focal, tomamos como categorias de análises elementos que foram fornecidos por eles, nos seus discursos: os termos que têm maior significância, que têm maior frequência, que têm maior incidência nas práticas.

O grupo focal pode ser considerado como uma entrevista em grupo, que consta de uma discussão aberta, porém focada em determinados tópicos previamente estabelecidos. Há interação entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados a partir da discussão centrada dos temas enunciados.

Segundo Iervolino & Pelicioni (2001), apesar de ter sido proposto na década de 50, esse instrumento científico tem expressiva utilização em pesquisas na área da saúde, apenas na década de 90. Pode ser utilizado como instrumento único de pesquisa ou em combinação

com as entrevistas e a observação participante. Não objetiva dimensionar probabilisticamente comportamentos ou opiniões e sim o entendimento de como são formadas e de como se diferem as opiniões, as percepções e as atitudes dos sujeitos, acerca do tema estudado.

As autoras descrevem algumas características que são essenciais para o estabelecimento do grupo focal, tais como: possuir de 6 a 10 participantes que não tenham familiaridade entre si, mas que tenham relação com o tema investigado; ter a duração aproximada de 60 a 90 minutos de discussão; acontecer num ambiente tranquilo e relaxado.

Alguns cuidados foram ainda tomados na seleção dos participantes, isto porque é bastante relevante que haja a livre expressão de idéias durante a discussão. O grupo focal busca captar a forma como os indivíduos vão formando opiniões a partir das discussões, já que existe uma tendência humana de formar opiniões e atitudes a partir de sua interação com outros indivíduos. Para preservar a liberdade nesse processo e evitar qualquer temor frente à possibilidade de enfrentamento de opiniões, os participantes não devem ser do mesmo ciclo de amizade ou de trabalho. Além disso, devem também ter certa homogeneidade acerca do tema, e não acerca da percepção do tema. Isso para manter um conforto na discussão, porém sem restringir opiniões, evidenciando diferentes perspectivas em pessoas semelhantes.

Como critério de inclusão para o grupo focal dos profissionais de acupuntura escolhemos o fato de atuarem como profissionais na respectiva instituição, além do tempo de 2 anos, pelo menos, de formação em acupuntura, independente se atuem também fora da instituição, que clientela atendam ou a origem da formação. Como critério de exclusão tivemos que manejar a familiaridade entre eles. Já para o grupo de pacientes, o critério de inclusão foi ter sido atendido por acupuntura no ambulatório em questão pelo menos uma vez, independente de serem atendidos pelo SUS ou sejam de atendimento particular.

O grupo focal aconteceu numa sala fechada, livre de interferências e que garante confidencialidade e ininterrupção ao processo. A sala foi previamente preparada, garantindo a boa e estratégica arrumação de acomodações para os participantes. Além de todo o material a ser utilizado, como gravador e som, copos para água e um pequeno lanche que foi proporcionado ao término das entrevistas.

Os participantes tiveram um termo de consentimento para participação na pesquisa, seguindo o modelo da instituição Pestalozzi e exigido pelo CEP. Todas as informações colhidas foram descritas e selecionadas para inclusão na dissertação e análise de acordo com a

relevância ao tema. Tiveram autorização também para serem utilizadas para publicação de artigos científicos e/ou livros a serem organizados conforme o interesse na ampliação do estudo do tema.

Seguiremos com a descrição do campo da pesquisa e dos sujeitos participantes.

O ambulatório de acupuntura utilizado como campo de pesquisa é um ambulatório-escola. Funciona de segunda a sexta-feira, em dois turnos: manhã, de 8:00 às 12:10h e tarde, de 13:00 às 17:10h. Há dois ambulatórios interligados, tendo um professor-supervisor responsável em cada um deles, além de um grupo de alunos que realizam os atendimentos. São alunos do curso de especialização em Acupuntura, dirigido a profissionais de saúde: médicos, psicólogos, odontólogos, veterinários, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros.

Os usuários do ambulatório apresentam queixas diversas e para serem atendidos é necessário um encaminhamento médico, exigido pela Instituição. São encaminhados de diferentes formas: posto de saúde do SUS, médico particular, médico credenciado pelo plano de saúde conveniado. Alguns são encaminhados para o tratamento de reabilitação, passando por uma avaliação de equipe multidisciplinar que pode eleger a acupuntura como um dos tratamentos. O custo do atendimento é de responsabilidade do usuário, que compra também as agulhas descartáveis a serem utilizadas em cada sessão. Há também o atendimento a crianças, que segue o mesmo percurso, porém acontece apenas sob supervisão específica, visto que foi um trabalho proposto por mim ao ingressar na instituição.

Tendo como responsabilidade alguns turnos de supervisão no ambulatório, realizei o caderno de anotações e a observação participante ao longo desses turnos, durante os meses de outubro de 2010 a junho de 2011. O fluxo de alunos vai se modificando a medida que os mesmos vão cumprindo a carga horária exigida pelo curso, sendo divididos em dois grupos, um para cada supervisor do turno, tendo sempre dois supervisores em cada turno. A supervisão dos alunos ocorre paralelamente aos atendimentos e há também um tempo delimitado, como a última hora de cada turno para o debate em grupo de questões surgidas durante os atendimentos, discussão de casos, seleção de temas de estudo. As observações escritas ao longo da dissertação referem-se a esse grupo misto de alunos e usuários, além dos diálogos entre os supervisores de cada turno.

O resultado dos grupos focais realizados foram descritos de maneira separada, no que foi denominado Resultados e Discussão. Foram realizados dois grupos focais, um de usuários e outro de profissionais. Segue abaixo algumas informações complementares a respeito dos sujeitos da pesquisa.

O grupo focal de usuários foi composto de 7 participantes, denominados:

U1 – sexo feminino, 68 anos. Sabia o que era acupuntura por intermédio de um membro da família que melhorou muito de dores no corpo e veio procurar por dores no joelho. Aprendeu que acupunutra não é só para dor e se sente muito bem quando faz, percebendo a diferença quando falta. Já usou outros instrumentos além de agulhas e prefere ser atendida pela mesma pessoa.

U2 – sexo feminino, 38 anos. Não sabia o que era Acupuntura e veio procurar por ter observado a melhora da filha, atendida no ambulatório. Sua queixa é de dor lombar, referindo-se a um “saco de cimento nas costas”. Já faz acupuntura há 1 ano e não pretende parar, pois percebe o quanto fica bem após o atendimento. Já usou diferentes instrumentos: moxa, agulha, semente, ventosa, e também já foi atendida por diferentes alunos.

U3 – sexo masculino, 58 anos. Faz acupuntura há mais de um ano devido ao Parkinson e não sabia o que era acupunutra, o médico encaminhou. Percebe a diferença em seu corpo em cada atendimento e pretende continuar o tratamento, pois acredita que sua necessidade será permanente. Usa sempre a agulha, já foi atendido por vários alunos e não se incomoda, mas não gosta de perder o atendimento.

U4 – sexo feminino, 70 anos. Conhecia acupuntura pela televisão e tinha medo por causa da agulha. Foi indicada pelo médico para tratar paralisia facial. Está em atendimento há 3 meses, tempo em que associa acupunutra à fisioterapia e melhorou muito, achou que já estava boa, mas houve uma recaída e acha que vai ter que continuar. Só usa agulha, e é atendida pela mesma pessoa, o que acha que facilita, que não precisa ficar recontando sua história.

U5 – sexo feminino, 64 anos. O médico encaminhou como tratamento auxiliar no Parkinson e faz há 6 meses, percebendo a melhora nos tremores e também na depressão. Prefere ser atendida pela mesma pessoa e usa agulha e sementinha. Acredita que vai fazer acupuntura por muito tempo, já que ajuda muito.

U6 – sexo masculino, 68 anos. Procurou acupuntura numa crise lombar, quando o médico sugeriu e conseguiu sair da crise, mas depois parou. Mais tarde, após uma segunda crise, viu que precisava continuar, para evitar novas crises e então já está há mais de um ano. Já usou muitos instrumentos e aparelhos e com pessoas diferentes, mas não pode ficar sem acupuntura.

U7 – sexo feminino, 70 anos. Tinha medo de agulha, mas um irmão sugeriu que fizesse para melhorar a dor no ombro há 6 meses. Melhorou e agora faz para melhorar a parte respiratória. Usa mais agulha, porém mostra curiosidade pelos outros instrumentos. Prefere ser atendida pela mesma pessoa e não pensa em parar o tratamento enquanto estiver fazendo bem.

O grupo focal dos profissionais foi composto de quatro profissionais, todos com formação em fisioterapia e acupuntura, atuando na instituição em diferentes horários.

P1 – sexo feminino, 36 anos, fisioterapeuta formada em acupuntura há 5 anos. Procurou a formação em acupuntura por ter percebido o efeito em si mesma. Sentiu mais dificuldade no início e depois na prática foi ficando mais fácil. Hoje trata com acupuntura com pouca frequência, percebe ainda pouca procura, mas sempre usa a visão da acupuntura para entender o que acontece com o paciente. Raramente se trata com acupuntura, mas sempre que precisa, usa.

P2 – sexo feminino, 36 anos, fisioterapeuta formada em acupuntura há 7 anos. Procurou o curso de acupuntura como mais uma possibilidade de ganho financeiro e qualificação profissional. A acupuntura estava começando a ser mais conhecida, mas ainda hoje recebe pouca procura para o tratamento específico, usando como recurso para os casos mais difíceis. Sentiu muita dificuldade em entender a visão oriental e depois melhorou com a prática. Hoje só se trata com acupuntura em momentos de crise, usando mais microsistema.

P3 – sexo masculino, 35 anos, fisioterapeuta formado em acupuntura há 10 anos. Começou a aprender acupuntura na prática, associada a um curso técnico de shiatsu. Não teve choque no aprendizado porque aprendeu as duas profissões juntas e continua usando as duas associadas, não pela procura dos pacientes, mas por iniciativa sua. Sente bastante dificuldade no reconhecimento profissional por parte dos usuários. Se trata com acupuntura semanalmente.

P4 – sexo masculino, 38 anos, fisioterapeuta formado em acupuntura há 16 anos. Formou-se primeiro como técnico, e depois como pós-graduação. Usa acupuntura associada em seu tratamento, priorizando de acordo com a queixa do paciente. Sentiu dificuldade de reconhecimento profissional devido á idade, tendo começado ainda muito jovem, mas percebe que hoje os pacientes depositam muita confiança no seu trabalho. Prefere não verbalizar muito os procedimentos para não influenciar nos resultados e usa muito microsistema. Se trata com acupuntura quinzenalmente.

Partimos então da coleta dos dados, focalizando questões que vieram emergindo da realidade do trabalho no específico ambulatório, realizando a análise dos discursos, entrelaçados ao estudo reflexivo propiciado pela formação acadêmica e pesquisa bibliográfica.

Por análise de discurso consideremos como uma maneira de interpretar, de interrogar os sentidos estabelecidos nas diversas formas de comunicação, que podem ser verbais, que podem ser orais, textuais, por imagens ou mesmo como linguagem corporal.

Em nossa pesquisa, durante todo o trabalho de coleta de dados buscamos evidenciar não apenas o dito, o conteúdo expresso nas falas, mas também observamos as outras diferentes formas de expressão, como o gestual presente na linguagem corporal dos sujeitos das falas. Buscamos perceber os afetos por detrás do discurso, pela entonação da voz, a espontaneidade com que se expressaram. Consideramos também a posição que ocupa legitimada socialmente, além da história que também produz seus sentidos. Realizamos com o material coletado tanto no cotidiano do ambulatório como nos grupos focais a análise do discurso dos sujeitos, procurando entender os sentidos por eles enunciados.

A concepção de metodologia que orienta esta pesquisa se inclui no interesse contemporâneo de investir em abordagens qualitativas na avaliação em saúde, incluindo também os atores envolvidos e a visão que constroem sobre todo o projeto. O desenvolvimento do enfoque transdisciplinar é considerado como fundamental para a compreensão dos processos e resultados obtidos nos programas de saúde, uma vez levado em conta o caráter coletivo do trabalho. É reconhecida maior eficácia de procedimentos e atividades realizadas em saúde quando se considera a percepção e as necessidades das pessoas que os utilizam e os exercem.

Ao invés de ver na subjetividade a impossibilidade de construção científica, essas abordagens têm nela a singularidade do fenômeno social, trazendo para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista. (Minayo, 2005)

Vemos aqui como pesquisa uma *atitude* de aproximação entre a realidade que nunca se esgota, em combinação particular entre teorias e dados colhidos a partir dessa prática.

A Saúde como questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Considera uma natureza complexa e dinâmica, o que justifica a abordagem qualitativa do objeto de estudo.

Cuidar da saúde coloca em evidência uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e da atribuição de significados. É uma questão que abarca a relação entre o corpo individual e social, trazendo os conflitos do ser humano como ser total. Esse campo de pesquisa traz situações carregadas de valores vividos culturalmente, já que as formas como a sociedade os experimenta, cristaliza e simboliza demonstram a maneira pela qual ela enfrenta seus medos e interage com as questões do poder.

É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências da saúde não se tornaram menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior visibilidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam. Como é colocado por Deleuze em seu diálogo com Foucault no texto *Os Intelectuais e o Poder*, há a necessidade de se viver de maneira nova as relações teoria-prática. A teoria é vista como um revezamento entre diferentes práticas e a prática como um revezamento de diferentes teorias. (Foucault, 1984, p. 70)

“Quem fala e age? Sempre uma multiplicidade, mesmo que seja na pessoa que fala ou age. Nós somos todos pequenos grupos. Não existe mais representação, só existe ação: ação de teoria, ação de prática, em relações de revezamento ou em rede.”

É dentro desse esforço de ampliar o debate teórico-metodológico no campo da saúde que realizo esta pesquisa. Traz o relato profissional pessoal e acadêmico fazendo uma combinação particular entre teorias, dados objetivos e subjetivos, momentos da dinâmica social, preocupações e interesses dos diversos atores. A constante ao longo da pesquisa é a preocupação com que “todo o corpo e sangue da vida real componham o esqueleto das construções abstratas.” (Malinowski, citado por Minayo, 1992, p. 105)

4.2- Aspectos Éticos

Procedemos seguindo os critérios da Resolução 196/96 acerca de pesquisa científica em saúde com seres humanos, tendo sido o projeto encaminhado para o CEP e com parecer favorável 296/10.

A primeira consideração refere-se à autorização que foi solicitada à Instituição onde a pesquisa foi realizada, que enviara os termos de consentimento assinados pelos pacientes que participaram como voluntários nos grupos, além dos termos referentes aos alunos de acupuntura, e aos profissionais que ali atuam e tiveram discursos e situações descritas sobre o cotidiano do ambulatório no caderno de anotações.

Foi esclarecida aos participantes a relevância social do estudo em questão, podendo contribuir para a melhora no atendimento dos pacientes, na medida em que o cuidado a eles oferecido estará sendo colocado em foco. Os alunos e profissionais de acupuntura poderão ser beneficiados, aprimorando sua formação a partir de reflexões acerca de suas práticas cotidianas.

A observação participante e o caderno de anotações foram instrumentos de pesquisa utilizados no período de outubro de 2010 até junho de 2011, momento em que a redação dos resultados se concluiu para o preparo da defesa da dissertação. Durante este período, anotações foram realizadas dos usuários à espera de atendimento, dos alunos em supervisão – com a pesquisadora ou com outros supervisores – ou mesmo dos alunos em atendimento aos pacientes.

O corpo de alunos é composto por profissionais de saúde diversos: fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, dentistas, médicos, biomédicos, terapeutas-ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, veterinários.

Seguimos os critérios de inclusão e exclusão no grupo focal dos profissionais já descritos anteriormente. Como o campo da pesquisa refere-se ao ambulatório da Instituição, foram convidados profissionais que atuam em horários diferentes e que apesar de terem certo grau de familiaridade, mantém certa distância no exercício profissional.

Foi realizado um grupo focal com quatro profissionais, dois do sexo feminino e dois do sexo masculino, todos fisioterapeutas e acupunturistas formados por diferentes escolas há mais de dois anos. Esteve presente a pesquisadora responsável e um pesquisador observador.

Já para o grupo de pacientes, foi realizado um grupo focal com os usuários, sendo dois do sexo masculino e cinco do sexo feminino. As idades variaram entre 38 e 70 anos, e as queixas que os fizeram buscar a acupunutra foram diversas: Lombalgia, Mal de Parkinson, Depressão, Artrose, Paralisia Facial, Ombralgia. Esteve presente além da pesquisadora responsável também uma pesquisadora colaboradora.

Os grupos focais ocorreram numa sala fechada, livre de interferências e que garantem confidencialidade e ininterrupção ao processo. A sala previamente preparada, garantindo a boa e estratégica arrumação de acomodações para os participantes. Além de todo o material utilizado, como gravador e som, copos para água e um pequeno lanche proporcionado ao término das entrevistas.

Todos os participantes da pesquisa foram recrutados através de um convite verbal, após terem sido incluídos através dos critérios anteriormente descritos e assinado o termo de consentimento.

Importante esclarecer que os riscos a que se submetem são mínimos, sendo os principais as questões quanto à confidencialidade e a privacidade de todos os relatos descritos. Todo o material colhido será mantido em arquivo pessoal por 2 anos, período em que poderá ser utilizado em novas produções científicas, sendo posteriormente invalidado através da queima de arquivos.

5- Resultados e discussão

Voltar aos rizomas, samambaias e bambus, é fundamental nesse momento. Entender as relações, as conexões. Multiplicidade, segmentaridades, linhas de fuga e fluxos de intensidades. “Escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir”. (Deleuze e Guattari, 1995) Enfim chegamos. Na região do “devir” e com a estranheza necessária a esse encontro. O encontro com os resultados traz a satisfação da realização. Uma satisfação ligada ao desejo, ao desejo rizomático que me conduziu enquanto sujeito da pesquisa, aquele desejo que move tanto o meu corpo de órgãos como o meu corpo sem órgãos. Há também a angústia. Fruto do não encontro, da não completude, do saber que ainda há um devir, ainda há o inacabado, um vazio. Observar os bambus, crescer para o alto, para a luz, mantendo o espaço vazio. Observar as samambaias, “aquele que se torce em espiral”, num fluxo constante e insistente com múltiplas entradas.

“Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*.” “(...) É que o meio não é uma média; ao contrário, é o lugar onde as coisas adquirem velocidade. Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio.” (Deleuze e Guattari, 1995, p. 17)

Percorremos então esse espaço do meio, do inter, do encontro entre os sujeitos. Aquele sujeito múltiplo, aquele que “é vários” e, formado por uma cultura ocidental, aprende o modo de cuidado em saúde proposto pela Acupuntura; e aquele sujeito também múltiplo, também “vários”, também formado por uma cultura ocidental, e que vivencia o atendimento por Acupuntura. Observar com o “olhar vibrátil” esse encontro evidenciou o transcorrer de um movimento que adquire velocidade nesse “meio”, que só existe ali, no espaço intercessor. É um *modus operandi* sem uma forma que o aprisione e o delimite, mas que marca sua existência nesse fluxo de ir e vir, não de um *ou* outro modelo de cuidado, mas de um *e* outro modelo. Podemos encontrar tais aspectos nas falas dos profissionais, aqui representados pela letra P:

“Hoje eu associo as duas visões, a acupuntura e a fisioterapia, procurando pegar o melhor de cada uma para aquele paciente.” (P3)

O relato acima mostra como o profissional de acupuntura pode lidar com sua autonomia no fazer saúde, propondo um modelo centrado no sujeito usuário. Mesmo

percebendo contraposições nas formas de clinicar, a escolha acontece se desprendendo de conceitos previamente estabelecidos como corretos, ou melhores.

“Percebo várias contradições entre a medicina ocidental e a oriental e na hora de escolher, escolho a oriental: por exemplo, gelo ou calor, uso e indico sempre o calor.” (P3)

Podemos perceber um olhar de flexibilidade quanto ao modelo, quando o profissional fala em associar técnicas. Aceitar o que há de melhor em um *e* outro modelo é poder “hibridizar” modelos, e quando o referencial de *melhor* é o sujeito e não a doença, o profissional de saúde já está ampliando o foco de sua clínica. Não que ele não perceba contradições nas práticas de cuidado, como na fala posterior com relação ao uso de gelo ou calor, mas deixa claro o seu referencial de conduta quando escolhe o uso de calor. Nessa conduta o conhecimento de uma diferente forma de clinicar não se manifestou de maneira excludente. Há o encontro de práticas, há o diálogo entre elas e há a escolha centrada no sujeito, sem que o profissional se sinta perturbado com a ampliação nas opções de tratamento. Como citando em Merhy (2002), estamos treinando o nosso “jogo de cintura” em nossas práticas cotidianas.

“Eu só uso acupuntura em último caso fora daqui. Só nos casos mais difíceis. Até porque o paciente também só chega prá procurar acupuntura quando já tentou de tudo.” (P2)

Mostrando a diversidade de formas como a acupuntura vem sendo utilizada pelos profissionais no ocidente, essa fala demonstra o quanto a acupuntura é ainda desqualificada como prática de cuidado. Mesmo passando pelo aprendizado da técnica, mesmo entrando em contato com suas indicações e possibilidades, muitas vezes o profissional mantém a acupuntura como pano de fundo, até como “último recurso”. É a fala de um sujeito que vê na acupuntura uma possibilidade, mas com certeza, não construiu seu uso como prática complementar. A acupuntura passou a ser mais uma técnica a ser utilizada, na lista de opções uma *ou* outra. Nesse caso, a forma com que o sujeito trabalhador lida com o conhecimento em acupuntura é uma forma ainda fragmentada, mas que não deixa de reconhecer o seu valor, utilizando-a “nos casos mais difíceis”. Talvez esteja nesse momento em processo instituinte de prática daquele sujeito. A captura por um modo de pensar excludente se faz presente, porém há também a fuga, representada pela acupuntura. É como se a acupuntura não tivesse sido capaz, em si mesma, de se mostrar como escolha de tratamento. Esse profissional ainda vive a dificuldade em inserir a acupuntura em sua prática cotidiana. Há nessa forma de agir uma lista de prioridades, mais eficazes e mais procuradas, mais “desejadas” pelos sujeitos, tanto profissionais como usuários. O lugar do “último caso” não se mostra nessa fala como um lugar que qualifica, mas que também não desqualifica. Apenas marca sua presença na

diversidade de opções, onde a acupuntura vem ganhando espaço, vem se legitimando na oferta e na demanda por saúde.

Os relatos dos profissionais mostram diferentes maneiras de lidar com a tecnologia leve-dura representada pela acupuntura. A maneira como o profissional vai lidar com esse conhecimento evidencia sua autonomia no Trabalho Vivo em Ato, e está intimamente ligada ao seu desejo, aos dispositivos motivacionais que se mostram relevantes no momento do encontro. O fato de ter aprendido acupuntura, *ser acupunturista* não é o que define sua prática.

“Eu utilizo o que aprendi com a acupuntura para entender melhor o que está acontecendo com o paciente, mesmo que efetivamente não vá fazer acupuntura nele. Mas o conhecimento da acupuntura me traz um outro entendimento da queixa que o paciente traz.” (P1)

Ou seja, a tecnologia leve-dura vai se mostrar de maneira diferenciada no TVA, mas o aprendizado da acupuntura mostrou ter ampliado significativamente a visão dos profissionais em relação a possibilidades diversas de ação frente à queixa trazida pelo paciente. Podemos dizer que a Acupuntura se mostra como uma poderosa linha de fuga na escolha do modo de agir do profissional de saúde: ora se mostra capaz de produzir no encontro entre diferentes saberes, uma maneira de pensar no atravessamento, no “entre” saberes, e não mais no interior deles; e ora se mostra também capaz de representar o “totalmente diferente”, o “último recurso”, aquele que escapa da hierarquia do pensamento linear de qualificação de saberes. Uma vez o olhar tendo aprendido diferentes focos, eles acabam mesclando durante o ato de observar clinicamente, trazendo o corpo vibrátil para a cena. (Rolnick, 2006)

A autonomia dos sujeitos profissionais de acupuntura quanto ao uso da tecnologia dura também evidencia a forma como produzem o cuidado.

“Uso todo o aparato que a acupuntura oferece: mão, agulha, palpadores, ventosa, moxa... O paciente vai disposto ao que você tem a oferecer. O toque da mão é sempre bem vindo, mas a aplicação da agulha é necessária. Eu vou escolher de acordo com o que eu percebo que é melhor para sua queixa.” (P4)

“Eu trabalho mais com coluna, uso muito a ventosa e sementes de aurículo.” (P2)

“Eu uso muito a mão e a técnica do segundo metatarso, sistêmica, ventosa. Seleciono o que vou usar de acordo com a queixa.” (P3)

A acupuntura como técnica de intervenção oferece uma série de instrumentos além das agulhas, e uma série de técnicas de inserção de agulhas. Essa diversidade de possibilidades traz também uma diversidade de práticas que impulsionam o sujeito a refletir em sua escolha, o que tende a evitar a formação de um modelo repetitivo no tratamento por acupuntura. Essa

tendência é observada nas falas anteriores, mostrando o quanto os acupunturistas podem associar ou priorizar suas intervenções. O modelo “de acordo com a queixa trazida” já mostra um referencial sujeito-centrado, ao invés de procedimento-centrado. Essa, porém é uma tendência, é uma forma de ação que não pretende “*enformar*” procedimentos em modelos pré-estabelecidos. Quando o profissional é colocado a fazer escolhas, e estas podem migrar para diversas opções, é gerado nele um processo de reflexão, é levado a criar o seu modo de intervenção. É nesse sentido que a acupuntura se mostra como propulsora de modelos alternativos de cuidado.

Há, porém profissionais que sentem dificuldade em estabelecer critérios na escolha de procedimentos, buscam uma resposta única que solucione qualquer queixa, o que os fazem repetir o instrumento e o modelo de intervenção. Temos no ambulatório o relato de uma paciente que, ao mudar de profissional, experimentou outro instrumento e sentiu-se extremamente melhor. Acontece na prática cotidiana uma tendência a repetição de comportamentos, o que acompanha o profissional de acupuntura que se fecha e se limita à inserção de agulhas. Mas a acupuntura propõe esse exercício, de experimentar diferentes modos de agir, de experimentar diferentes modos de olhar e pensar o ato de cuidar.

É então o sujeito, o profissional de acupuntura, que vai mostrar como a acupuntura está se configurando como modelo de cuidado nas práticas cotidianas de saúde. Esse modo “flutuante” de migrar entre diferentes territórios presente no profissional de saúde que aprende acupuntura, está intrinsecamente ligado ao modo como o sujeito lida com a sua “âncora”, mais com o que centra e estabiliza a sua prática, do que com uma oposição entre ocidente e oriente. O modelo de cuidado centrado na patologia que rege o pensamento ocidental mostra-se como a âncora do profissional, que teme içá-la para retomar a aventura do movimento. Aliviar a dor, diminuir edema, cessar convulsões, resolver torcicolo, são todos atos muito centrados na queixa e que a acupuntura pode resolver apenas com uma “agulhada” ou até mesmo apenas com uma “moxada”. Procedimentos que podem até parecer muito ocidentais, que propiciam a captura da acupuntura pelo pensamento *procedimento-centrado*, mas que em seus fundamentos, trazem a concepção sistêmica de *processo de adoecer*. É esse o momento em que o profissional de acupuntura torna-se fácil presa a ser capturada pelo “poder”, quase mágico, de curar e resolver rapidamente um quadro agudo. Trata-se de uma questão ética, de reflexão sobre sua prática, necessária para que não finque raízes tão fundas em um espaço transitório do caminho que está sendo percorrido.

Este momento ilusório da “cura”, traz também a ilusão da finalização, de um ponto de chegada representativo de término de busca, conclusão não mais passível de questionamento. Porém, realizar o movimento de “desterritorialização”, exercitar diferentes modos de “olhar” o mesmo ponto, pode se tornar uma maravilhosa maneira, um potente dispositivo para que haja uma mudança de perspectiva no tratamento em saúde. E este movimento do olhar pode ser aprendido, e de certa forma, é o que acontece quando profissionais de formação ocidental começam a aprender acupuntura, o que gera diferentes conflitos. O estranhamento e a perplexidade fazem parte do aprendizado de acupuntura e será o autogoverno do profissional de saúde determinante em sua forma de atuar.

“Quando comecei a aprender acupuntura foi muito difícil para mim ter que esquecer um pouco toda aquela visão ocidental da patologia para entender a visão oriental.” (P2)

Podemos perceber que há uma certa dicotomia inicial entre os aprendizes de acupuntura, que representa também o modo do pensamento ocidental se estruturar: separar corpo/mente, isto *ou* aquilo. Demonstra a captura do sujeito pela visão hegemônica de olhar. É uma oposição institucional, da forma com que o pensamento ocidental instituiu conceitos e valores na sociedade. Essa aparente controvérsia de visões se desfaz, na maioria das vezes, na prática, à medida em que o sujeito passa efetivamente a agir, a mostrar *o seu* TVA.

“Comecei a aprender acupuntura na prática, entendendo como ela funcionava num ambulatório. Não tive muito choque cultural, nem formado ainda na faculdade, não havia essa obrigatoriedade.” (P3)

Esta fala profissional mostra o trânsito pelo qual a acupuntura vem passando em termos de legalização de sua prática, o que reflete também o trânsito com relação a sua aceitação pelos sujeitos, à sua legitimação na sociedade. O choque cultural se minimiza quando se trata de sua práxis, de sua eficácia, e também quando o aparato acadêmico profissional ainda está se formando no sujeito, o que ficou evidente neste profissional, que inicia seu aprendizado tendo a acupuntura num determinado contexto social, e hoje se depara com um diferente contexto.

“Me interessei por aprender acupuntura por influência de amigos, que fizeram em mim e observei os benefícios no meu corpo. Mas tive dificuldade em esquecer o que aprendi na prática ocidental para entender a oriental. Depois na prática foi ficando mais fácil.” (P1)

Mais uma vez a percepção do benefício da acupuntura e o interesse por seu aprendizado acontecendo “naturalmente”, sem dificuldades em aceitação num primeiro momento. Porém a sequência do discurso mostra o conflito, a *dificuldade* sendo apresentada com a necessidade de *esquecer* o que aprendeu, como se o entendimento da acupuntura

exigisse a anulação do aprendizado adquirido até então. E quanto maior a bagagem, mais peso ela terá, e mais coragem irá exigir do sujeito para se desprender do que carrega. Mas logo em seguida, no relato profissional, percebe-se uma crescente em direção à resolução do conflito, quando mais uma vez, se coloca a acupuntura na prática. A questão que se mostra passível de reflexão neste relato é uma possível forma diferenciada de formação profissional. Um profissional que possa aceitar diferentes racionalidades em saúde. Sujeitos que se mostrem suscetíveis ao pensamento inclusivo, ao movimento do aspiral, que, ao tomar uma forma, rapidamente se torce para incluir e ampliar seu arco de ação. Seria possível aprender a essência do Yin e do Yang ao longo de um curso de formação em acupuntura? Uma possibilidade de forças, de direções opostas, mas complementares? Seria esse o caminho que hoje a Saúde Coletiva propõe como integralidade? Fazer um curso de formação em acupuntura leva o sujeito a vivenciar esses conflitos, o coloca diante dessas tensões. Mas até que ponto os cursos de formação estarão considerando esse momento como a oportunidade de ampliar a visão profissional para os diferentes olhares? Entrar em contato com essas forças traz a possibilidade de reflexão, que se mostra em continuidade a cada encontro do sujeito profissional com o usuário.

Segundo Luz (in Minayo e Coimbra Jr, 2005), independente da racionalidade em que se sustenta, qualquer sistema médico tem sua eficácia condicionada ao desempenho do terapeuta, ou seja, a *ars curandi* sustenta a *scientia morborum*. E este desempenho se mostra no ato do encontro com o usuário, no espaço relacional. É o que constitui a tecnologia leve, a maneira como o terapeuta irá articular seus conhecimentos e efetivar o seu trabalho. Segundo o conceito hipocrático, a medicina seria uma arte, a arte de curar doenças e aliviar sofrimento. O espaço relacional poderia então ser comparado ao quadro pintado pelo artista. A diferença está em que o quadro *é pintado* e o trabalhador de saúde *pinta* quadros interativos.

“A maior dificuldade para o tratamento dar certo, seja pela acupuntura ou por outra técnica que eu esteja usando, é o paciente seguir as orientações, é ter a colaboração dele.” (unanimidade no grupo de profissionais)

“Eu costumo dividir a responsabilidade e considero que 60% da melhora é de responsabilidade do paciente e acho que você tem que passar isso para ele.” (P4)

Nota-se nas falas a grande dificuldade dos profissionais no momento de pactuar responsabilidades, de partilhar com o usuário sua saúde.

“Quer ver uma coisa simples, eu falo para ele, por exemplo, parar de usar a bolsa pendurada de um lado e usar do outro. E ele já levanta da maca e pendura a bolsa do mesmo lado. E assim como outras coisas, tipo alimentação ou atividade física. Aí ele volta dizendo *a dor voltou... não sei por quê?*” (P3)

“É isso mesmo. Por mais que eu faça, não tem jeito se ele não colaborar.” (P2)

Existe a consciência do profissional quanto ao seu limite no tratamento e quanto à importância do envolvimento do paciente para que o tratamento seja eficaz. Percebe-se, porém que essas questões relacionais do âmbito da tecnologia leve de cuidado, muitas vezes geram irritação e contrariedade nos profissionais e também nos usuários. Mesmo quando o sujeito aprende a “translar” o olhar através da prática da acupuntura, muitas vezes esse olhar ainda está impregnado de resistências. Mesmo aprendendo o movimento relacional do Qi nos Cinco Movimentos e a complementariedade de Yin e Yang no processo de adoecimento estender essa forma de olhar para as relações com o usuário gera a tensão do confronto. Deparar com a “desobediência” do usuário como se o poder de sua palavra tivesse sido roubado é recair no padrão de poder descrito por Foucault como biopoder. Mas encontrar formas alternativas de encontro em que os jogos de verdade possam ter o mínimo possível de dominação não é tarefa fácil. Dessa forma, a partilha do cuidado fica comprometida. O profissional acaba sentindo-se impotente: “O que o acupunturista diz fica como o último item da lista de prioridades. Primeiro vem o médico, o marido, o...quem quer que seja!” (P2) Essa é uma força que diminui a potência criativa do profissional e que compromete seu desempenho como profissional. Sendo o trabalho em saúde uma produção subjetiva (Frando, 2009) e este afetamento causado no sujeito gerando tristeza como diminuição de sua potência, conseqüentemente de sua autonomia (Deleuze, 1995), mais um desafio a ser enfrentado nesse encontro. Caberá ao sujeito reinventar-se na tarefa relacional, reatar o seu vínculo de confiança e de credibilidade com o sujeito de quem cuida. Tomar para si a responsabilidade de ser força ativa nesse envolvimento seria mais do que convencer, seria *seduzir*, agir no desejo do outro, para que este, também tome para si o desejo de saúde. É preciso sair do lugar utópico de uma comunicação que se dê sem obstáculos para enfrentar as relações e suas regras, procurando baseá-las numa forma de poder relacional. (Foucault, 2005)

Para que possa seduzir o sujeito de quem cuida e agir de maneira congruente com seu desejo é necessário que se sinta também seduzido e confiante na condução do processo que estabelece no tratamento por acupuntura. E nesse momento, talvez a própria forma *híbrida* de agir em saúde o deixe inseguro com relação aos critérios estabelecidos para o seu trabalho. É um processo que Morin (1996) aponta como oportunidade, como possibilidade de desenvolver sua autonomia relativa e relacional, sendo o trabalho em saúde pela acupuntura uma produção complexa, de múltiplas percepções. É o que podemos ver no caso que iremos descrever.

“Olha, hoje tenho uma grande novidade e vim trazer o resultado que até o médico ficou surpreso. O estrabismo da D diminuiu, não é mais indicativo de cirurgia. Ele me perguntou o que eu vinha fazendo de diferente e eu falei da acupuntura. Ele também ficou bem satisfeito e falou para continuar o tratamento que está dando certo.”

Esse foi o relato de uma mãe que vinha trazendo sua filha para os atendimentos no ambulatório. A aluna que a atendia vibrou com ela, e prontamente deu continuidade ao seu atendimento, também impressionada com o resultado, já que a criança em questão tinha um comportamento um pouco arredo, limitando a ação da aluna em determinados pontos. “Mas nós não temos como comprovar se foi a acupuntura que trouxe esse resultado” diz o acupunturista do setor, “não sabemos exatamente que ponto foi utilizado, ou qual o ponto que efetivamente melhorou a visão”. Então o debate do grupo em supervisão gira em torno dessa eficácia, ou dessa comprovação. Onde estaria o foco do cuidado, na pessoa que está recebendo o tratamento por acupuntura ou na patologia estrabismo? Qual a racionalidade que guia essa prática? Claramente o hibridismo das racionalidades se configura. Estaríamos nós, procurando um eixo único de ação do ponto de acupuntura ou praticando a sistêmica da clínica? Então a prática da acupuntura, fundamentalmente guiada sob a perspectiva vitalista, considerando o processo de adoecimento ao invés da doença, entendendo que a saúde está no equilíbrio entre os Zang-Fu, necessita da comprovação regida sob o paradigma positivista e retoma a biomecânica do funcionamento do corpo? De que acupuntura estamos falando? As questões levantadas não tiveram resposta, e talvez ainda não tenham. Mas serviram como motivadoras para que os alunos ali presentes, aprendizes de acupuntura, possam refletir sobre a maneira como irão utilizá-la. Trazer reflexões como essas para o âmbito da formação dos profissionais de acupuntura é uma importante estratégia para sustentar sua prática sob o enfoque vitalista e exercitar a ética que rege as práticas complementares e integrativas. Dessa forma, o sujeito poderá escolher apenas uma forma de “olhar”, pode transitar ora para uma e ora para outra, ou pode ainda “hibridizar o seu olhar”, usando uma e outra. Mas rapidamente o pensamento cartesiano na busca de causa-efeito captura o pensamento da multiplicidade causal e tende a aprisionar a prática.

“É importante também informar ao paciente o tratamento que você está fazendo, aí o tratamento acaba tendo um resultado muito melhor.” (P1)

“Eu particularmente não uso meu poder de persuasão, até porque minha opinião vai influenciar muito no resultado, e se eu quero verificar o resultado de um determinado ponto, eu não quero influenciar. Eu falo o mínimo possível e espero o relato do paciente positivo ou negativo.” (P4)

“Eu falo: esse ponto trabalha isso, vai melhorar dessa forma, eu coloquei os pontos para isso...” (P2)

Mais uma vez a tensão na relação profissional-usuário. De que forma considerar a relação dos sujeitos na cena do cuidado? Buscar minimizar seus efeitos para validar a ação do “ponto”, ou além do uso pontual, utilizar do poder presente nessa relação em benefício do sujeito que busca o atendimento? Ampliar o foco de análise do cuidado em acupuntura implica em arriscar sair daquele paradigma positivista onde o científico abstém a interferência do subjetivo. Traz como desafio o aprender a considerar essa relação e torná-la também um instrumento a ser utilizado na promoção da saúde.

Paciente trata há seis meses suas dores no corpo. De início resistiu ao tratamento devido a sua religião, que dizia ser a acupuntura uma prática dos “espíritos”. Com a insistência do médico quanto a possibilidade da acupuntura ser um importante caminho no tratamento da fibromialgia, ela foi conversar com o pastor, que a autorizou realizá-lo. Suas queixas migravam pelas articulações: ora joelho, ora cotovelo, ora as costas, além da “dor no corpo todo” a que se referia a cada sessão, realizada semanalmente. Pontual e assídua, carinhosa com o aluno ou ora com uma aluna que a atendia, relatando que a acupuntura adiantava uns dois dias e depois as dores voltavam. Em supervisão, o aluno trouxe o caso para debate, onde o grupo foi dando sugestões e ele verbalizou perceber mais a questão emocional. Então foi anotado em seu prontuário a prescrição a ser realizada na sessão seguinte mais voltada para o tratamento emocional: nutrição de Xue, tonificação de Baço-pâncreas, equilíbrio através dos pontos Shu da Bexiga e seus respectivos emocionais. No encontro seguinte, uma aluna que não havia participado da supervisão e que foi atendê-la devido a ausência do aluno que a acompanhava, questionou a prescrição anotada, já que não direcionava para a queixa do dia: dor em ombro e joelho. Orientada para realizar a prescrição mesmo assim, mas falar que seria uma prescrição diferente, mas também direcionada para suas dores, ficou surpresa na semana seguinte com a fala da paciente: “pela primeira vez, depois de muito tempo, passei uma semana inteira sem dor. Hoje só com aquela dorzinha no corpo todo, mas me sinto muito bem.” O aluno que a acompanhava ficou também impressionado com o relato, observando inclusive uma mudança nos sinais de sua língua.

Percebemos então o valor do olhar sistêmico no tratamento. O quanto pode ser rico o cuidado oferecido pela acupuntura quando se considera a multiplicidade de fatores de adoecimento e se utiliza das diversas estratégias de combinações que a acupuntura oferece. Arriscar admirar o pássaro voando na paisagem mantendo seu foco sem retirar dele o céu ou a floresta por onde sobrevoa é um esforço que os profissionais de saúde precisam exercitar. No relato desse caso aparece também a tensão da religiosidade, que vem se apresentando também

como um desafio nos tratamentos em saúde. Mais uma dicotomia a que se submeteu a concepção de homem: *corpo x mente x espírito*, a religião também vem ditando regras de conduta a que os sujeitos se submetem como verdades e que disputam o poder *no e pelo* corpo, o *biopoder*. No caso acima citado essa presença se mostra como rejeição a Deus, como se considerasse o *espírito* e o *Buda* no lugar do *Evangelho de Jesus*. Enquanto alguns ainda submetem seu corpo às leis da religião, outros já se abrem com a perspectiva de “se é para o bem, para a saúde, Deus só pode aprovar”, como a fala de uma aluna de acupuntura, pastora da Igreja Evangélica. Ou como o depoimento da aluna que veio fazer a formação em acupuntura porque a “entidade” que recebia no centro espírita tratava com acupuntura e ela queria entender melhor como fazer. No cotidiano do ambulatório de acupuntura a religiosidade aparece como um tabu a ser vencido, ora pelo usuário, ora pelo acupunturista, que precisa também aprender a desenvolver essa escuta para entender esse aspecto do cuidado.

“Meu objetivo no tratamento é dar alta. Eu busco curar o paciente no menor tempo possível. Sei que a acupuntura é preventiva. Paciente que tem poder aquisitivo e pode dar continuidade ao tratamento, normalmente continua 1 ou 2 vezes por mês. Aquele que não tem, recebe alta. Em alguns casos a acupuntura não resolve mais, passa a ser só alívio de dor, melhora de ansiedade, então o paciente pode continuar ou não.” (P4)

“A acupuntura pode ser associada a qualquer outro tratamento, inclusive muitas vezes diminuiu ou potencializa o efeito dos fármacos. Então o paciente às vezes decide continuar para não precisar mais dos remédios que aliviam a dor, mas pioram o estômago. Às vezes eles dizem que sai mais barato continuar a acupuntura do que comprar os remédios.” (P2)

“Como na acupuntura você vê uma melhora mais rápida e na qualidade de vida como um todo, o paciente às vezes pára quando melhora e volta quando piora. Volta dizendo: a dor voltou mas não sei porquê?” (P1)

“Muitos pacientes vão fazendo o tratamento e diminuem muito a administração de remédio, até que resolvem parar. Eu sempre entro em contato com o médico.” (P3)

A questão do tempo de tratamento é uma outra tensão presente. Por quanto tempo dura o tratamento pela acupuntura? Qual é a hora da alta? Ela é mesmo necessária? Que autonomia a acupuntura está proporcionando para os usuários? Os profissionais trouxeram essa questão com duas referências: uma do capital, da possibilidade financeira para dar ou não continuidade ao tratamento; outra com a referência comportamental do usuário, capaz ou não de manter as orientações quanto aos hábitos de vida. Se a acupuntura é boa para a saúde, atua na prevenção e na manutenção da saúde, estaria então propondo uma demanda infinita? Seria recomendado “para o resto da vida?” Dessa forma, que tipo de estrutura poderia ser montada para viabilizar o acesso e possibilitar o atendimento? Poderíamos imaginar um país, uma cidade, um bairro que seja, onde o montante de ambulatórios de acupuntura fosse

proporcional ao número de farmácias disponíveis? Seria essa uma opção? E o capital investido, seguiria que proporção? Mas estaria a acupuntura simplesmente “substituindo” o remédio e se colocando apenas como uma alternativa de dependência? O desafio seria entender como a acupuntura poderia trazer uma autonomia do sujeito em sua relação com a saúde. Se a acupuntura promove o equilíbrio dos sistemas, podemos pensar então numa produção de sujeitos “auto-suficientes”, capazes de gerarem em si mesmos, estratégias no cuidado de si? Este desafio se mostrou o ponto “devir” nas reflexões do grupo de profissionais. Vejamos então agora, as reflexões do grupo de usuários, que serão aqui identificados com a letra U.

A voz de uma das usuárias chamou a atenção de todos no grupo “Eu queria saber o porque entre samambaias e bambus?” (U2). A associação simbólica dos bambus utilizada no título da pesquisa com o oriente explicada foi entendida num consenso entre os usuários, que fazem o gesto de concordância com a cabeça, porém houve a indagação sobre a escolha das samambaias. A oportunidade de ouvirem sobre o modelo dos rizomas, da samambaia que necessita de cuidado para sobreviver em apartamento, que gira como um espiral e tem múltiplas entradas gerou um clima de interesse e de descontração para a introdução do tema em discussão.

Ao falar da acupuntura, de procurar entender o motivo que os traz ao tratamento, o grupo gesticula, faz sinais corporais ou mesmo verbaliza num certo consenso entre a questão de sentir falta do atendimento quando não faz uma sessão e do sentimento de bem-estar e leveza trazido após cada atendimento de acupuntura.

“Eu sinto uma melhora muito grande com a acupuntura. Quando eu não venho, sinto a maior falta.” (U1)

“Eu saio daqui leve. Eu chego aqui parece que com um saco de cimento nas costas, mas saio daqui leve.” (2)

Os usuários citaram diferentes motivos que os levaram a buscar o atendimento por acupuntura. Alguns pelo médico, outros por sugestão de amigos ou familiares. Outros deram início aos seus tratamentos por acompanharem familiares ao setor de acupuntura e ao perceberem a melhora, buscaram também para si mesmos.

“Eu vim porque meu médico falou que era bom pra mim. Eu tenho Parkinson e não tem cura. Eu não sabia o que era acupuntura, mas ele pediu que eu viesse. Então já faço há um ano e meio e não pretendo parar. Antes eu me olhava no espelho e a minha fisionomia parecia de caveira. Agora não, eu me vejo mais leve, com mais leveza no meu corpo, consigo ficar mais tempo parado e andar melhor.” (U3)

“Eu vim acompanhando a minha filha, ela é especial e melhorou muito. Aí perguntei se podia fazer para minhas dores nas costas e comecei tem pouco tempo mas já sinto melhora e não pretendo sair, só se me expulsarem daqui.” (U5)

Com relação aos instrumentos utilizados na acupuntura, houve consenso com relação ao medo da agulha e a referência á dor se deu verbalmente como “choquinho” (U7) mas “só no início, depois passa” e o grupo confirma corporalmente a resposta e riem quando a agulha é chamada de “agulhinha mágica” (U2). Mostram de maneira subjetiva a motivação em passar pelo “medo” da agulha para experimentar a sensação de alívio da dor e do bem estar geral trazido pelo tratamento por acupuntura:

“Nos outros tratamentos eu melhorava daqui (apontando para o ombro) e vinha para cá (coluna) e com acupuntura eu trato tudo de uma vez só” (U7)

“Nunca tinha feito acupuntura antes, só via na televisão e achava estranho. Meu médico mandou, mas eu tinha medo da agulha.” (U5)

Quanto á referência a outros instrumentos e procedimentos da acupuntura, uma das usuárias demonstra insatisfação por só conhecer as agulhas, enquanto a maioria relata já ter experimentado instrumentos diversos e apenas um deles relata não sentir falta de outro instrumento, se diz satisfeito em usar sempre agulhas apesar de já ter visto outros instrumentos sendo usados em outros pacientes no ambulatório.

“Já usaram aquele copinho de massagem, cristalzinho...” (U1)

“Às vezes ela usa agulha com aquele que dá choquinho.” (U7)

“Comigo só agulha, mas eu já vi outras coisas aqui.” (U3)

“É... eu já usei de tudo, moxa, agulha, ventosa, eletro, infra e semente.” (U5)

“Ah... se eu soubesse... mas é ele que deve saber né, o que usar...” (U4)

Nenhum dos usuários mostrou algum entendimento maior sobre o instrumento que está sendo usado, ou com relação ao efeito de cada um deles. Pudemos perceber certa submissão ao papel do acupunturista, mantendo o mesmo modelo de estar dando a ele o lugar do “saber de si”, sem qualquer manifestação de entendimento sobre o processo de tratamento ao qual é submetido.

Na rotina do ambulatório, porém, apesar de raro, alguns pacientes acabam se manifestando quanto aos instrumentos a serem utilizados, ou mesmo aos pontos a serem estimulados. Essa manifestação geralmente não é vista pelo profissional com “bons olhos”. “Ih...lá vem aquela paciente chata, que fica querendo dizer aonde a gente tem que botar agulha...”, ou “Ah...eu não quero atender essa não. Tem que fazer ventosa, botar aurículo...”. Percebemos nessas manifestações a necessidade por parte dos profissionais em reproduzir e

manter o modelo de cuidado centrado na doença e não no doente. Tal condição de “captura” tende a ser por medo de perder o “imaginário lugar de controle” ou por falta de orientação na clínica relacional, na tecnologia leve. Tais reflexões, quando realizadas durante a supervisão no ambulatório ou em sala de aula, acabam atraindo a atenção de alguns, que realmente passam a investir no aprimoramento da relação subjetiva com o usuário, ou simplesmente são ironizadas com frases do tipo “Eu não discordo nunca do paciente. Se ele é católico eu digo que também sou, se for espírita, eu posso até receber santo prá ele...” Há também profissionais que resistem com seriedade, dizendo preocupar-se só com “o que é científico” e não querem investir no que chamam de “afetos” ou “reflexões”.

Quanto aos pacientes que chegam no ambulatório, a maioria prefere manter a referência do profissional que o atende, embora hajam também os que dizem não se importar em ser atendido por qualquer um daqueles que ali estão. A demonstração de afeto se evidencia quando ao aproximarem-se datas festivas, sejam aniversários ou festas coletivas, trazem presentes para o profissional que o atende ou para todo o grupo, com sorriso e palavras de agradecimento. Houve ocasião que, mesmo de alta, o paciente foi apenas para levar um bolo como agradecimento, com necessidade de manter o vínculo, seja com o local, seja com o tratamento.

Foi unânime a manifestação no grupo de usuários quanto ao bem estar geral proporcionado pelo tratamento por acupuntura. “A gente relaxa...” (U1) Foi notória também a satisfação quanto à diminuição no uso de medicamentos, ou mesmo a não utilização do medicamento por desaparecimento da queixa:

“Quando comecei com acupuntura para o Parkinson ficava muito deprimida por não ser mais a mesma que era antes, ter que precisar das pessoas para fazer as coisas prá mim. Aí eu ia até pedir um remédio prá depressão ao médico, mas falei com a menina que faz acupuntura em mim e nem precisei de remédio. Ainda bem, porque eu já tomo tanto remédio pro Parkinson...” (U5)

“Olha, me enchia de anti-inflamatório e continuava com dor. Ganhei uma gastrite de tanto remédio que eu tomava...” (U1)

Pudemos observar que os usuários se mostraram mais preocupados com a questão medicamentosa que os profissionais, e com relação a este assunto, evidenciam mais claramente sua autonomia na decisão de diminuir, parar ou nem mesmo iniciar um tratamento medicamentoso. Muitas vezes sem a consulta médica, desenvolvendo a auto – avaliação quanto ao “suporte” à dor. A queixa clara referente aos efeitos adversos do uso medicamentoso mostrou-se fator decisório para esse comportamento. Nenhum deles mostrou

um desejo maior de auto-conhecimento ou reflexão acerca de seus hábitos de vida ou relação com o mundo. No cotidiano do ambulatório, porém surgem alguns relatos de usuários que chegam com uma queixa bem somática e acabam se percebendo ansiosos ou deprimidos e solicitam tratamento agora para “esse lado”. Foi o caso do Sr. X que chegou ao ambulatório para tratar uma dor crônica no tendão de Aquiles. Militar aposentado, cinquenta e sete anos, casado e pai de apenas um filho, médico, de casamento marcado e a tempo de sair de casa. Durante a avaliação, mostrando-se inquieto e incomodado com tantas perguntas, repetia que o problema era “só o tendão, para eu voltar a ter aulas de dança de salão.” Durante a supervisão com os alunos, que ao serem estimulados a ampliarem a percepção daquele sujeito para o seu todo e não apenas para o seu tendão, há espanto quanto à diversidade de detalhes e colocações do tipo: “ele não quer tratar isso...” “mas se é só o tendão, prá que mexer nisso tudo?” E então, após três sessões de acupuntura voltadas para a “raiz” e para o “sintoma”, o Sr. relata não ter mais dor no tendão mas sofrer de uma ansiedade que o faz coçar o corpo e ferir, e solicita um tratamento de acupuntura para isso, já que está vivendo um momento difícil com a saída do filho de casa. Esse usuário acabou trazendo a esposa e a sogra para serem tratadas também, sendo uma família assídua, pontual, presenteia e agrada a equipe. Começou a entender e a perceber os procedimentos e os instrumentos usados no atendimento, atento às reações ao tratamento e fazendo associações entre seu bem estar e seus hábitos de vida. Houve nesse caso uma reflexão do usuário acerca de seu processo de adoecimento, associando tensão e ansiedade à piora de seu estado físico. A acupuntura propiciou essa reflexão, aproximando-se do que Foucault define como autonomia, a prática de liberdade no cuidado de si. A situação de dor, de incômodo corporal aproximou o sujeito de reflexões acerca da representação simbólica, de seu processo de subjetivação, numa inter-relação com seu tratamento em saúde.

O grupo de usuários se mostrou congruente com relação aos benefícios gerais trazidos pela acupuntura, sem uma associação reduzi-la ao fator “dor”, apesar desse ser um ponto onde o grupo fala mais intensamente. “Antes eu achava que era só para dor, mas serve prá tudo” (U2 com concordância do grupo).

Com relação à duração do tratamento. Os usuários mostraram-se divididos, sem muita percepção das etapas do tratamento e da possibilidade de seu uso como prevenção, mas demonstraram o desejo em dar continuidade ao bem-estar trazido pelo tratamento.

“Agora que eu achava que não precisava mais... olha só, piorei...”(U4)

“Ah... enquanto estiver me fazendo bem, eu venho.” (U2)

“Meu caso não tem cura, eu vou precisar fazer prá sempre, até para não aumentar a medicação.” (U3)

“Se ela não me mandar embora eu continuo vindo.” (U1)

“Ué... mas não é ele (o acupunturista) que tem que dizer quando parar?” (U6)

Os usuários foram unânimes também quanto à importância da assiduidade ao tratamento, o que indica o vínculo estabelecido entre os eles e o tratamento.

“Quando eu falto, eu sinto falta, faz muita diferença.” (U1)

“Se eu não venho, tenho que tomar remédio, não durmo tão bem.” (U6)

Mais uma vez os afetos produzidos no cuidado por acupuntura se mostram alegres, aumentam a potência dos sujeitos que têm nesse espaço a oportunidade de exercitar sua liberdade na escolha de manter ou romper a prática de cuidar de si.

No ambulatório é possível acompanhar casos em que pacientes melhoram da queixa inicial e passam ao tratamento de sua “raiz”, com o distanciamento dos atendimentos e a promoção e prevenção da saúde. É o caso do Sr. Y, que começou a tratar para melhorar a pressão na vista e foi acompanhando com o seu oftalmologista, através de exames específicos, a normalização do quadro. Interessado em melhorar sua saúde, passou a seguir orientação alimentar e passou a fazer atividade física, o que proporcionou bem estar e melhora na qualidade de vida, passando a ser atendido quinzenalmente. Temos então a oportunidade de perceber como a acupuntura agiu como um dispositivo, como um propulsor para o sujeito assumir a responsabilidade pessoal diante da representação simbólica de sua saúde, gerando maior autonomia.

6- Considerações Finais

A proposta de realizar a análise do cuidado produzido pela acupuntura veio por um desejo de investigar o diálogo que acontece entre os sujeitos que se permitem vivenciar a experiência desse modo de clinicar. Resultado de um afetamento que se traduziu por um sentimento de inquietude ao observar a clínica da acupuntura sendo utilizada como mais um instrumento para a priorização da tecnologia dura (agulhas, aparelhos), ou leve-dura (técnicas de inserção, técnicas de manipulação, combinações). Afetamento que se traduziu também pela decepção por detrás da prática educacional na formação de profissionais de acupuntura ao me deparar com desinteresse e desmerecimento quanto aos aspectos das tecnologias leves (o diagnóstico: observação, investigação e palpação). Afetamentos que se traduziram também por dispositivos, no propósito de promover um cuidado-cuidador através da acupuntura, centrado no sujeito e não na doença, respeitando e mantendo o princípio da energia vital em seus diferentes aspectos de materialização: corpo, mente, espírito; um cuidado capaz de proporcionar um caminho para que os sujeitos retomem sua conexão com o Uno, com o Universo, do qual são parte integrante e não apenas estão inseridos.

No encontro, o espaço intercessor estabelecido pelos sujeitos, acupunturistas e usuários, diferentes tensões se mostraram presentes.

A questão da acupuntura não referir-se apenas à doença, mas também e principalmente ao processo de adoecimento, mostra-se capturada, na maioria das vezes, tanto pelo profissional quanto pelo usuário. Mas o cuidado proporcionado pela acupuntura não se restringe ao foco “doente” e os sujeitos transcendem a perspectiva da doença quando percebem o bem estar geral trazido pelo tratamento. Sendo este o fator que mais diferencia a acupuntura em seus efeitos, onde ela se afirma sob o paradigma vitalista. Mesmo que a intenção, tanto do profissional quanto do usuário, não esteja expressa no ato de cuidar, está inerente ao tratamento por acupuntura e acaba se manifestando em seus benefícios, como pudemos observar tanto no relato do “bem estar geral” quanto na adesão ao tratamento. Temos então sujeitos experienciando um modo de cuidar em saúde que se mostra híbrido tanto em seu aspecto epistemológico como em seu aspecto clínico. Trata o “joelho”, realmente cessa a dor, restabelece sua função, e ainda beneficia o Rim.

No campo da tecnologia leve do cuidado, a relação entre os sujeitos se mostra com o estabelecimento de vínculo, ora com o profissional, ora com o tratamento, e há uma forma de afeto que se manifesta no desejo de continuidade e manutenção do laço. A percepção que a acupuntura traz um bem estar geral e que de certa forma esse bem estar traz de volta uma autonomia no fazer tarefas cotidianas, faz com que o afeto se estenda inclusive à tecnologia dura, à agulha, que antes objeto de medo, passa a ser de “milagre”. A autonomia dos usuários também aparece na diminuição do uso de medicamentos deflagrando um sujeito que deseja ser olhado como um todo, e não como uma parte, que ao ser tratada, adoece outra. O vínculo com o tratamento por acupuntura não necessariamente traz maior autonomia, carrega também o risco de dependência, assim como o uso de medicação alopática. A questão é que, ao fazer o uso da acupuntura, o sujeito estará se vinculando a uma forma de gerar saúde através do reequilíbrio de sua energia vital, o que de certa forma já é uma perspectiva de autonomia do próprio organismo. Caberá então, ao profissional de acupuntura, atuar como propulsor de cada vez mais autonomia do usuário através de orientações de outras formas da nutrir sua energia vital; e caberá ao usuário, a receptividade e aceitação de mudanças comportamentais que possam favorecer o auto-cuidado em saúde.

Por outro lado, a autonomia dos profissionais com relação à tecnologia dura a ser utilizada no tratamento por acupuntura denuncia o modelo de cuidado que rege seu pensamento. Por oferecer instrumentos diversos que se mostram eficazes em suas especificidades, a acupuntura estimula no sujeito o pensamento criativo e reflexivo, sendo este um campo rico a ser explorado. Encontramos nessa linha de força a abertura, a porosidade que possibilita o trânsito dos diferentes saberes.

O evidente desafio para que acupuntura se estabeleça como Prática Integrativa e Complementar em Saúde não apenas no papel, mas no cotidiano dos serviços, está exatamente na formação de seus profissionais. Os sujeitos que praticam acupuntura precisam do espaço de reflexão para o aprendizado da “com – vivência entre” os saberes. O que se produz hoje em acupuntura no Brasil é um saber transdisciplinar. Profissionais da saúde, com seus diferentes saberes investem em conhecer uma prática de cuidado que segue uma racionalidade diferente da racionalidade que hegemonicamente aprendem. Se deparam com uma forma de pensamento que parte da complexidade, trata por complexidade e objetiva a com – vivência harmônica da complexidade!

Diante desse impacto, para sujeitos que foram criados para entender que a verdade científica é simples e indiscutível, é única e objetiva, realmente, torna-se mais fácil desejar a manutenção e a repetição do modelo, mesmo que seja com a roupagem do “tratamento mais natural”.

Porém, o limite da ciência positivista já está posto e a questão da complexidade já se estendeu para os mais diferentes campos de conhecimento.

No campo da Saúde Coletiva, é no uso da tecnologia leve, no espaço relacional do cuidado, que os saberes irão se mostrar a que vieram. Em sua estrutura de discurso semi-aberto, a Saúde Coletiva se prontifica a incluir saberes múltiplos que transponham uma maneira pontual e unificada de conceber saúde. Assim como a samambaia - aquele que se torce em espiral -, é possível manter e estabelecer sua existência mesmo sem possuir uma semente bem delineada, bem “aformatada”. Na prática da acupuntura é também no uso da tecnologia que a troca disciplinar se estabelece. Pudemos identificar uma troca transversalizada, onde não mais se distinguem as fronteiras entre o que se concebe como vitalista, o que se concebe como biomedicina. O desenho se faz em um movimento de fluxo intenso e complexo que acabam compondo um cenário de bifurcações, de derivações, assim como a forma rizomática de estabelecer relações. O profissional de acupuntura tem seu pensamento em trânsito, nesse fluxo de muitas vias, que nem sempre são tão distintas umas das outras.

Poderíamos detectar na acupuntura a tendência em mostrar o caráter híbrido das estratégias de intervenção clínica, da clínica não mais do sujeito (aquele que se distancia do objeto), mas da clínica da subjetivação (aquela que se considera em processo de formação). Nesse sentido podemos dizer que o cuidado proporcionado pela acupuntura sintoniza-se com a estrutura discursiva semi-aberta encontrada na saúde coletiva. Mais preocupada com incluir, em agregar do que com fixar o que está posto.

A acupuntura, por si só, não é capaz de definir o modelo de cuidado que produz. Ela pode se manifestar *também* como forma de *cuidado – cuidador*, dependendo do sujeito que o produz. Como prática de saber operada pelos sujeitos, também sofre capturas por procedimentos, por tecnologias duras, mesmo quando operada sob a perspectiva vitalista em saúde. A complexidade do trabalho proposto pela acupuntura através dos sujeitos profissionais mostrou que o cuidado por ela proporcionado tende a ser sujeito-centrado e conseqüentemente um cuidado *cuidador*, principalmente quando sua estrutura vitalista está

mais visível, mais na superfície da prática clínica. É o que as pesquisas na linha das Racionalidades Médicas têm proposto para a acupuntura, sendo um campo fértil a ser cultivado e estruturado, *para e pelos* sujeitos.

Nesse território, então, as samambaias continuarão vivendo, se espalhado e se torcendo em espirais de entradas múltiplas. Os bambus estão crescendo. Sem pressa, alguns já deram sementes e germinaram. E entre esses rizomas, aparentemente sem possibilidade de relação, o espaço “inter” vem sendo notado. Ora como sombra, ora com o realce de alguns raios de sol que o cortam, mas há vida, há produção de existência nesse lugar que vem se formando. O aumento de lentes de observação desse espaço foi o objetivo dessa dissertação. Uma colaboração, mais uma semente que brotou nessa rede rizomática deixando aqui um novo ramo, muito mais ligado a um *dever* do que a um continuar, muito mais proposto a impulsionar do que a pontuar.

7- Referências

AGUIAR, A. Entre as Ciências da vida e a Medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. Estados Gerais da Psicanálise, Segundo Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003.

AROUCA, A. S. da S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista. Tese (doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.1975.

BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora Instituto Félix Guattari, 2002.

BERALDO, A. L.; PEREIRA, M. A. dos R. Bambu de Corpo e Alma. Rio de Janeiro: Ed. 2007.

BOFF, L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOURDIEU, P. O poder simbólico. Porto: DIFEL, RJ, Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicações/geral/pnpic.pdf>>. Acesso em 10 maio.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971/06. Dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS e aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Municipais de Saúde – Brasília. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/informe/anexos/portaria%20n971-2006.pdf>>. Acesso em 10 maio. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1230/GM. Dispõe sobre a inclusão da consulta médica em homeopatia na tabela de procedimentos do SAI/SUS. Ministério da Saúde, Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CAMPBELL, C. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro, v. 18, nº 1, p. 5-22.

CAMPIGLIA, H. *Psique e Medicina Tradicional Chinesa*. São Paulo: Roca, 2004.

CHUNCAI. *Clássico de medicina do Imperador Amarelo*. São Paulo: Roca, 1999.

CINTRA, M. E. R; FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, v. 14, n. 32, p.139-54.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos*. Resolução 196/96

DÂMASO, R. Saúde e autonomia: para uma política da vida. In FLEURY, S. (org). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 213-31.

DELEUZE, G. *Espinosa: filosofia e Sociedade*. São Paulo: Escuta. 2002.

DELEUZE, G. *O mistério de Ariana*. Lisboa: Ed. Vega. Passagens, 1996.

DELEUZE, G.; GUATATTARI, F. *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*, Vol. 1, Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O. *O Anti-édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DONNANGELO, M. C. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 1976.

FERREIRA, AURÉLIO, B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

FISHIE, J.; CUMMINGS, M. *Acupuntura Médica Ocidental*. In: ERNSTE, White A. *Acupuntura: uma avaliação científica*. São Paulo: Mandé, 2001.

FOUCAULT, Michel. *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. In: *Ditos e Escritos V (Ética, Sexualidade e Política)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 264-287.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In: Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.p. 285-315.

FOUCAULT, Michel. Aula de 7 de janeiro de 1976. In: Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 3-26.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FRANCO, Túlio. A Produção Subjetiva do Cuidado.Hucitec, 2009.

FRANCO, Túlio; MERHY, E. E. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs). Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPES-ABRASCO, 2005.

GAN, Q. I.; SHENGXING, Zhang. Origem e significado dos nomes dos pontos de acupuntura. São Paulo: Rocca, 2006.

HARDT, Michael. O trabalho afetivo. O reencantamento do Concreto. São Paulo: Hucitec. EDUC, 2003.

HERRIGEL, Eugen. A arte cavalheiresca do arqueiro zen. São Paulo: Pensamento, 1975.

HICKS, A.; HICKS, J.; MOLE, P. Acupuntura constitucional dos cinco elementos. São Paulo: Roca, 2007.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enf USP, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun, 2001.

ILLICH, Ivan. A Expropriação da Saúde. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

LOURAN, René. Analista Institucional em tempo integral. Org. Sônia Altoé. **Local: Editora, ano.**

LUZ, Daniel. Medicina Tradicional Chinesa, racionalidade médica. In: NASCIMENTO, M. C. (Org.). As Duas Faces da Montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 83-141.

LUZ, M. Therezinha. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Rev. Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 18, nº 2, p. 304-311, 2009.

LUZ, M. Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis – Rev. De Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: IMS/Uerj, v. 7, n. 1, p. 13-43.

LUZ, M. Therezinha. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2ª ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACIOCIA, Giovani. Os Fundamentos da Medicina Chinesa. São Paulo: Rocca, 1996.

MARKERT, Christopher. EMERSON, E. E.; FRANCO, Tulio et al. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARKERT, Christopher. Yin-Yang: Polaridade e Harmonia em nossa vida. São Paulo: Cultrix, 1983.

MARKERT, Christopher; EMERSON, E. E. Cuidado com o Cuidado em Saúde. In: *Revista do Fórum Mineiro de Saúde Mental. A loucura e a cidade: outros mapas*. Campinas, 2004.

MARKERT, Christopher; EMERSON, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em Ato em Saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S.; GONÇALVES, S. Apresentação. In: *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, July/Sept. 1993, vol. 9, nº 3, p. 237-248.

MORIN, Edgar. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

NASCIMENTO, M. C. do. Da panacéia mística à especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil. Dissertação (Mestrado)-IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

NASCIMENTO, M. C. Medicamento: ameaça ou apoio á saúde? Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

NOGUEIRA, M. I. A translação do olhar: da biomedicina à acupuntura. In: CAMARGO, JR., K. R.; NOGUEIRA, M. I. (Org). Por uma filosofia empírica da atenção à saúde; olhares sobre o campo biomédico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, v. 1, p. 65-84.

NOGUEIRA, M. I. Entre a conversão e o ecletismo: de como os médicos brasileiros se tornam “chineses”. In: NASCIMENTO, M. C. do (Org). As duas faces da Montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006, v. 168, p. 9-252.

NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. de. A Orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde. História, Ciência, Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-861, jul.-set. 2007.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. Dicionário de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHEIRO, V. ANA BEATRIZ. Comer com Sabedoria: o alimento segundo a medicina tradicional chinesa. Rio de Janeiro: Nova Era, 2005.

PÓVOA, Helion. O cérebro desconhecido: como o sistema digestivo afeta nossas emoções, regula nossa imunidade e funciona como um órgão inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

QUEIROZ, Marcos de S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 20:309-17, 1986.

QUEIROZ, Marcos de S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva técnica introdutória. In: NASCIMENTO, M. C. (Org). As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 19-39.

ROLNICK, Suely. Cartografia Sentimental. Livro 1, Porto Alegre: UFRGS – Sulina, p. 27-77. 2006.

ROSS, Jeremy. Combinações dos Pontos de Acupuntura. São Paulo: Rocca, 2003.

SALVADOR, Susi. A Ética do Cuidado de Si na Prática do Psicólogo Acupunturista. Disponível em: <<http://www.portaldapsique.com.br/artigos>>. Acesso em: 10 de agosto de 2010.

SALVADOR, Susi. Acupuntura em crianças. Jornal da Pestalozzi, Ano XI, nº 124, fevereiro de 2008.

SALVADOR, Susi. Acupuntura em Pediatria: a medicina chinesa aplicada em crianças portadoras de necessidades educativas especiais. Faculdades Pestalozzi, Pendotiba, Março, 2008.

SOARES, J. C. R. S; CAMARGO JUNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde, EDUTEC, vol. 11, n. 21, p. 65-78, Jan/abr.2007

SOUZA, E. F. A. A. Nutrindo a Vitalidade: questões contemporâneas sobre a Racionalidade Médica Chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural.2008. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,2008.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização Social e Medicina Alternativa e Complementar: pela pluralização terapêutica do SUS. In: Charles D. Tesser. (org). Medicalização Social e atenção à Saúde no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010, v. ?, p.207-222.

UNSCHULD, P. Nan – Ching – the classic of ideas. Berkeley: University of California Press, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO.Declaração de Alma Ata,1978.Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 jan. 2010.

<<http://www.acupuntura.pro.br>> Acessado em: 11 out.2008.

<<http://www.acupunturamedicacontemporanea.com.br>> Acessado em 29 jun. 2010.

<<http://www.portal2.saude.gov.br/sisnep>>.

<<http://www.proac.uff.br/cep>>. Acesso em: 16 ago. 2010.

<<http://www.wikipédia.org>> Acessado em 28 jun. 2010.

<http://www.wpro.who.int/health_topics> Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials. Acesso em: 07 mar. 2011.

Apêndices

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA O GRUPO FOCAL DOS ACUPUNTURISTAS:

- Há quanto tempo é acupunturista?
- Como conheceu a Acupuntura? Como foi seu primeiro contato com ela?
- Qual a sua profissão? Como a escolheu?
- Que motivos o levaram a fazer Acupuntura?
- Como foi a sua formação?
- Quais as maiores dificuldades quando aprendia ? E as maiores facilidades?
- Como você concilia a prática da acupuntura com a sua formação anterior?
- Como você realiza o seu atendimento? O que prioriza?
- Utiliza aparelhos? Com que frequência?
- Quanto tempo você leva com o paciente?
- Quanto tempo leva o seu tratamento?
- Quando está com o paciente, o que procura observar nele?
- Tem retorno do paciente? O que ele mais comenta com você sobre o tratamento?
- O que considera a maior dificuldade ao sucesso do tratamento? E a facilidade?
- O que evidencia como aproximações da Acupuntura à sua profissão de formação?
- E o que evidencia como contraposições?
- Qual a importância que a acupuntura tem na sua formação profissional? E pessoal?
- O que considera como diferencial no tratamento por acupuntura que a favorece ?
- Qual seria a grande variável que a desfavorece?
- Você se trata com acupuntura?
- Que tipo de vínculo se estabelece entre você e o paciente?

- Como os pacientes chegam até você?
- Como é o processo de dar alta ao paciente?
- Há reincidência?
- Como você vê o crescimento da acupuntura no Brasil?

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA O GRUPO FOCAL DOS PACIENTES

- Há quanto tempo faz acupuntura?
- O que te fez iniciar esse tipo de tratamento?
- Você já sabia o que era?
- Como você se sente com a acupuntura?
- Quanto tempo dura o efeito da acupuntura em você?
- Quanto tempo leva seu atendimento?
- Você faz sempre com a mesma pessoa?
- Com que frequência você faz acupuntura?
- Você faz sempre com o mesmo instrumento (agulha) ? Com que frequência?
- Você utiliza aparelhos? Com que frequência?
- Você poderia citar um atendimento que você ficou bem satisfeito?
- Que tipo de comentário você ouviu sobre sua saúde do seu acupunturista?
- Você indica acupuntura para pessoas conhecidas?
- Você continua a fazer outros tratamentos?
- Você continua a consumir a mesma quantidade de medicação?
- Houve mudança em algum hábito de vida após a acupuntura?
- Houve mudança em algum tipo de comportamento?
- Você pensa em parar o tratamento?
- O que você acha que tem de diferente na acupuntura dos outros tratamentos?
- O que você considera como o melhor efeito da acupuntura?
- O que você considera como a maior dificuldade no tratamento da acupuntura?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais

Dados de Identificação

Título do Projeto: Análise do Cuidado através da Acupuntura, em Saúde Coletiva: entre samambaias e bambus.

Pesquisador Responsável: Susi Maria Salvador Chaves

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Associação Pestalozzi Niterói, Universidade Federal Fluminense.

Telefones para contato: 2610-8088/9478.8001

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R. G.: _____

O(A) Sr.(ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Análise do Cuidado através da Acupuntura, em Saúde Coletiva: entre samambaias e bambus”, de responsabilidade da pesquisadora Susi Maria Salvador Chaves.

O objetivo desta pesquisa será analisar o cuidado em saúde através da Acupuntura. Pretendemos mergulhar no diálogo estabelecido entre os sujeitos, quem aplica e quem recebe Acupuntura, nas relações estabelecidas durante o atendimento. Examinar como os trabalhadores lidam com sua liberdade no fazer saúde a partir do aprendizado de uma diferente racionalidade médica, a chinesa, especificamente através da acupuntura. Analisar como o cuidado pela Acupuntura age nos sujeitos que são tratados por ela.

Como método de pesquisa utilizaremos o grupo focal, que é como uma entrevista em grupo, onde alguns temas relacionados serão discutidos. Os encontros serão gravados para posterior transcrição. Os dados coletados serão utilizados para discussão nessa pesquisa, podendo também ser utilizados para publicações em artigos científicos e/ou livros. Serão armazenados em arquivo pessoal até dois anos após a entrega da dissertação, prevista para Julho de 2011, e queimados em seguida.

Nossa proposta é beneficiar o paciente de Acupuntura com a melhoria do atendimento e ampliação do entendimento desta modalidade de tratamento. Os trabalhadores terão a oportunidade de refletir sobre sua prática, uma vez colocada em foco. É importante esclarecer

que os riscos de participação são mínimos, sendo os principais as questões quanto a confidencialidade e a privacidade de todos os relatos descritos, deixando claro que os sujeitos participantes não serão identificados na elaboração escrita e/ou quaisquer publicação. Podem também acontecer situações de constrangimento ou alterações emocionais durante as discussões de grupos, levando-nos ao manejo dos conflitos ou até mesmo à interrupção do processo.

Nenhum dos sujeitos convidados tem a obrigatoriedade de participação, podendo inclusive este consentimento ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento.

Diante de qualquer dúvida relacionada aos procedimentos, riscos ou continuidade da pesquisa, poderão entrar em contato com o Pesquisador Responsável pelos telefones: 9478.8001/ 2610.8088.

Eu, _____,

RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do paciente

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários

Dados de Identificação

Título do Projeto: Análise do Cuidado através da Acupuntura, em Saúde Coletiva: entre samambaias e bambus.

Pesquisador Responsável: Susi Maria Salvador Chaves

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Associação Pestalozzi Niterói, Universidade Federal Fluminense.

Telefones para contato: 2610-8088/9478.8001

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R. G.: _____

O(A) Sr.^(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Análise do Cuidado através da Acupuntura, em Saúde Coletiva: entre samambaias e bambus”, de responsabilidade da pesquisadora Susi Maria Salvador Chaves.

O objetivo desta pesquisa será analisar o cuidado em saúde através da Acupuntura. Pretendemos investigar a situação do encontro de quem aplica e quem recebe Acupuntura, nas relações estabelecidas durante o atendimento. Buscamos entender como os profissionais de Acupuntura aprendem essa diferente forma de cuidar da saúde. Analisaremos também como vocês, usuários de Acupuntura se sentem sendo tratados por ela.

Como caminho de pesquisa escolhemos o grupo focal, que é como uma entrevista em grupo, onde alguns temas relacionados serão discutidos. Os encontros serão gravados para posterior transcrição, já que seria muito difícil memorizar suas respostas. Os dados coletados serão utilizados para discussão nessa pesquisa, podendo também ser utilizados para publicações em artigos científicos e/ou livros. Serão armazenados em arquivo pessoal até dois anos após a entrega da dissertação, prevista para Junho de 2011, e queimados em seguida.

Nossa proposta é beneficiar o paciente de Acupuntura com a melhoria do atendimento e ampliação do entendimento desta modalidade de tratamento. É importante esclarecer que os riscos de participação são mínimos, sendo os principais as questões quanto a

confidencialidade e a privacidade de todos os relatos descritos, deixando claro que os participantes não serão identificados na elaboração escrita e/ou quaisquer publicação. Caso aconteçam situações de constrangimento ou alterações emocionais durante as discussões de grupos, poderemos interromper o processo a qualquer momento.

Nenhum dos sujeitos convidados tem a obrigatoriedade de participação, podendo inclusive este consentimento ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento.

Diante de qualquer dúvida relacionada aos procedimentos, riscos ou continuidade da pesquisa, poderão entrar em contato com o Pesquisador Responsável pelos telefones: 9478.8001/ 2610.8088.

Eu, _____,

RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do paciente

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha