



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Isabel Cristina de Almeida Prado

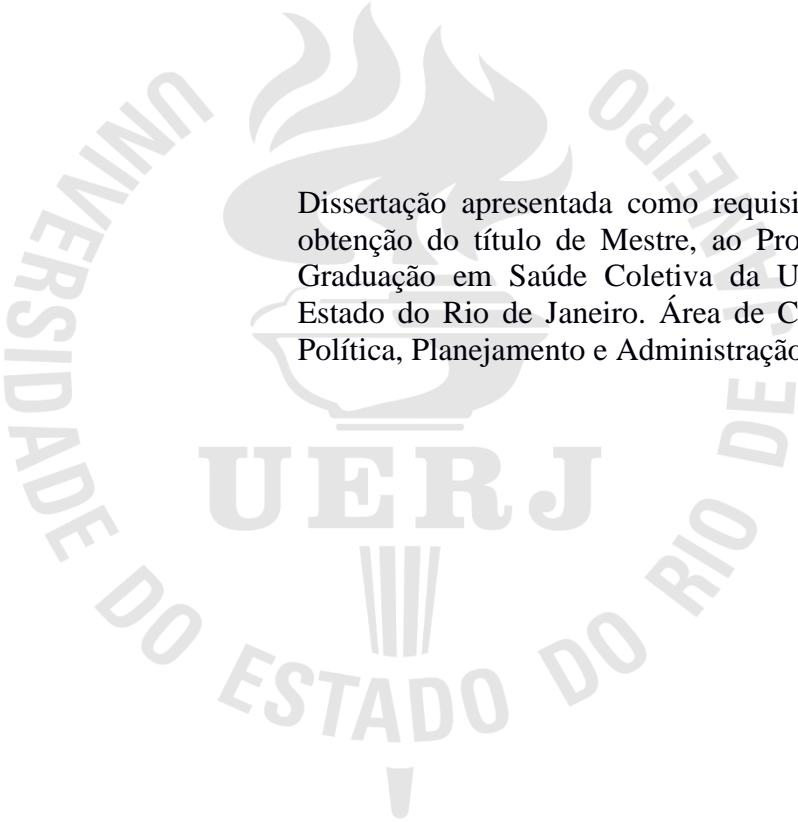
A dança dos opostos: Tai Chi e reconciliações no SUS

Rio de Janeiro

2017

Isabel Cristina de Almeida Prado

A dança dos opostos: Tai Chi e reconciliações no SUS



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P896 Prado, Isabel Cristina de Almeida
A dança dos opostos : Tai Chi e reconciliações no SUS /
Isabel Cristina de Almeida Prado. – 2017.
117 f.

Orientador: André Luis de Oliveira Mendonça.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde - Brasil - Teses. 2. Assistência
integral à saúde - Teses. 3. Prática profissional – Teses. I.
Mendonça, André Luis de Oliveira. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.
Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Isabel Cristina de Almeida Prado

A dança dos opostos: Tai Chi e reconciliações no SUS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 11 de agosto de 2017

Orientador: Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Elaine T. Rabelo
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Vanessa M. Rangel
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Prof. Dr. Marcus Vinicius Campus
Universidade Federal do Sul da Bahia

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Aos meus amores maiores: Ulisses, Aisllan, Marisa e Bento.

AGRADECIMENTOS

Às deusas, mães dos céus e da Terra;

À minha mãe Marisa, estrela que me nutre de amor desde o ventre;

Ao meu pai Bento, por me inspirar e apoiar;

Ao meu companheiro, marido, amigo, professor e amante, Aisllan;

Ao presente mais precioso e a parte mais importante de mim, que chegou durante o mestrado para me trazer a mais pura luz e amor: Ulisses!

Aos meus irmãos Eduardo, Marina, André e Lucia, pelo carinho;

Aos amigos e amigas que encontrei no Rio de Janeiro, no IMS, no Coletivo de Estudantes e aos que compartilham alegrias e afetos;

Ao meu orientador, amigo e mestre André Mendonça por acreditar nesse trabalho, por me aconselhar e acolher com sabedoria, ética e, sobretudo, muita generosidade e carinho;

Ao amigo e mestre de Tai Chi Daniel Rugani, em companhia do grupo Nós Conscientes, pelo acolhimento, carinho e exemplo de reconciliação;

Aos professores Elaine Rabello, sempre solícita, Vanessa Rangel, Marcus Campus, Rubem Mattos e Marta Bonimond.

Ao IMS: Professoras, Professores, Funcionárias, Funcionários e Colaboradores, muito obrigada!

À UERJ, que, mesmo sangrando, resiste e luta pela educação pública de qualidade e pela dignidade humana.

À CAPES pela bolsa concedida durante todo o período do mestrado e licença maternidade.

As experiências a que se dá o nome de “aparecimentos”, todo o pretense mundo “sobrenatural”, a morte, todas essas coisas tão próximas de nós têm sido tão excluídas da vida, por uma defensiva cotidiana, que os sentidos com os quais as poderíamos aferrar se atrofiaram. Nem falo em Deus. Mas a ânsia em face ao inesclarecível não apobreceu apenas a existência do indivíduo, como também as relações de homem para homem, que por assim dizer foram retiradas do leito de um rio de possibilidades infindas para ficarem num ermo lugar da praia, fora dos acontecimentos.

Rainer Maria Rilke

RESUMO

PRADO, Isabel Cristina de Almeida. *A dança dos opostos: Tai Chi e reconciliações no SUS*. 2017, 117f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Através do resgate histórico das práticas integrativas de filósofos da ciência como Descartes, Galileu e Newton, esse ensaio sugere que a dicotomia entre arte e ciência, com reflexo nas práticas em saúde (arte de curar/cuidar X ciência das doenças), decorreu do processo de hegemonização do capital-industrial e não da ciência em si, julgada como mecanicista e fragmentada. Seguindo o movimento da contracultura, que propõe novas maneiras de agir e se relacionar frente a uma sociedade regida sob a égide dos valores da modernidade, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde apresentam-se como um caminho na superação de dicotomias e para a reconciliação entre arte e ciência nas práticas de saúde. O Tai Chi, arte milenar chinesa que pertence à categoria “práticas corporais” na Medicina Tradicional Chinesa, foi o interlocutor das possibilidades reconciliatórias investigadas na pesquisa empírica, que se deu junto ao grupo “Nós Conscientes”, de um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-RJ. Através da observação participante, entrevistas e conversas com pessoas que participam do grupo e com profissionais do Centro de Saúde, no período entre agosto e novembro de 2016, emergiram aspectos sugestivos de irreconciliações, relacionados à formação em saúde, à cultura e à gestão. Porém, as reconciliações encontradas mostraram-se múltiplas, vivas, originais e só são possíveis porque estão sobre a plataforma que as sustentam: o SUS. Para além da arte e da ciência, mas a partir delas, as reconciliações desdobraram-se para as relações do Ser consigo mesmo, com os outros, com a natureza, com a cidade e com o Centro de Saúde. Os movimentos circulares, de expansão e recolhimento, de ciclo, continuidade, mudança e retorno, caracterizam a prática do Tai Chi, cuja essência é a interação e integração dos opostos yin e yang. Nessa dança dos opostos, assim como nas práticas em saúde, havendo amizade, felicidade, liberdade e multiplicidade na unidade, há reconciliação; mas, se não houver sincronicidade, a dança permanece irreconciliada.

Palavras-chave: Tai Chi. SUS. Práticas Integrativas e Complementares. Arte. Ciência.

ABSTRACT

PRADO, Isabel Cristina de Almeida. *The dance of opposites: Tai Chi and reconciliations in SUS*. 2017, 117f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Through the historical retrieval of the integrative practices of philosophers of science such as Descartes, Galileo, and Newton, this essay suggests that the dichotomy between art and science, reflecting health practices (art of healing / caring for disease science) Of hegemonization of industrial capital and not of science itself, judged as mechanistic and fragmented. Following the movement of the counterculture, which proposes new ways of acting and relating to a society governed by the values of modernity, the Integrative and Complementary Practices in Health present themselves as a way to overcome dichotomies and to reconcile Art and science in health practices. Tai Chi, a Chinese millenarian art that belongs to the category of "corporal practices" in Traditional Chinese Medicine, was the interlocutor of the reconciliation possibilities investigated in the empirical research, which was given to the group "We Conscious" of a Municipal Health Center of Rio Of January-RJ. Through participant observation, interviews and conversations with people who participate in the group and with professionals from the Health Center, in the period between August and November 2016, emerged aspects suggestive of irreconciliations related to health education, culture and management. However, the reconciliations found were manifold, lively, original and only possible because they are on the platform that support them: SUS. In addition to art and science, but from them, reconciliations unfolded to the relationship of Being with oneself, with others, with nature, with the city, and with the Health Center. Circular movements of expansion And recollection, cycle, continuity, change and return, characterize the practice of Tai Chi, whose essence is the interaction and integration of the opposites yin and yang. In this dance of opposites, as well as in health practices, there being friendship, happiness, freedom and multiplicity in unity, there is reconciliation; But if there is no synchronicity, the dance remains unreconciled.

Keywords: Tai Chi. SUS. Integrative and Complementary Practices. Art. Science.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - <i>De Humani Corporis Fabrica</i> , por Andreas Vesalius	23
Figura 2 - <i>Panakeia</i>	25
Figura 3 - Obra sem título, de Fernando Diniz (1953)	32
Figura 4 - Operários, de Tarsila do Amaral (1933)	38
Figura 5 - Constituição do TAI CHI	63
Figura 6 - As vidraças (ou “vitrines”) do CMS e o local onde o Tai Chi é realizado.....	75
Figura 7 - <i>Tui Shou</i> – A pressão com as mãos	82
Figura 8 - A rede do SUS	98

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MA	Medicina Antroposófica
MI	Medicina Integrativa
MNPC	Medicina Natural e Práticas Complementares
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNPI	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1.	EM BUSCA DA UNIDADE PERDIDA: RECONCILIANDO AS PRÁTICAS DA CIÊNCIA, DA SAÚDE E DA ARTE DE CUIDAR/CURAR	20
1.1	Ciência feita por humanos demasiadamente humanos: quando os cientistas eras integrativos?.....	21
1.2	CuidAr-te * CurAr-te: amálgamas, neologismos e reflexões	29
1.3	Método, Indústria e Linguagem Médica	38
1.4	De “RE” seguimos adiante: sobre REconciliação e transformação....	43
2.	O TAI CHI NO CONTEXTO DAS PICS	47
2.1	Contracultura e holismo.....	48
2.2	Racionalidades Médicas e PICS: gênese e práxis.....	51
2.3	Integrando os nomes.....	57
2.4	Tai Chi – de arte milenar chinesa à prática integrativa no SUS.....	61
3.	A DANÇA DOS OPOSTOS.....	69
3.1	O observatório, as pessoas, os lugares e eu.....	70
3.2	Sobre a reconciliação da ciência com a arte de cuidar e seus desdobramentos.....	79
3.2.1	<u>Da sociabilização.....</u>	80
3.2.2	<u>Da felicidade.....</u>	83
3.2.3	<u>Da liberdade.....</u>	85
3.2.4	<u>Do corpo-mente.....</u>	88
3.3	Os aspectos irreconciliáveis: formação, gestão e cultura.....	90
4.	SUS: A PLATAFORMA RECONCILIATÓRIA.....	98
5.	(IN)CONCLUSÕES.....	103

CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE – Roteiro de Entrevistas.....	112
ANEXO - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil.....	114

INTRODUÇÃO

No paradigma vitalista compreende-se que a vida é movimento e mutação constante (LUZ, 2014), sendo saúde a harmonia desse movimento. Saúde, vida, harmonia, movimento e mutação são palavras essenciais do Tai Chi, arte milenar chinesa que se faz também prática integrativa em saúde.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde¹ (PICS), diferente das práticas convencionais e hegemônicas em saúde que se apoiam no paradigma tecnocientífico, são fundamentadas pelo modelo vitalista, com abordagens “naturísticas”, ou seja, formas mais naturais de cura e cuidado.

Do meu encontro pessoal com essas duas abordagens, a ciência convencional e as práticas integrativas, é que surgiu o interesse de pesquisar as potenciais reconciliações entre elas, uma vez em que a prática da ciência e da medicina clássica eram conciliadas com a arte.

Enfermeira de formação e holista² de coração definem minha motivação no agir pessoal e profissional. Exercendo atividades assistenciais em saúde durante sete anos, pude compreender muito bem que a medicina ocidental convencional existe como prática em saúde hegemônica e é operacionalizada de modo que, em geral, atende suas demandas. Digo isso pois já compartilhei de muitos momentos de altas, reabilitações, alívios de dores e sofrimentos, nascimentos e sorrisos. Entretanto, a vida sempre me apresentou caminhos alargados na compreensão de saúde, e sou muito grata por isso. Como praticante de atividades corporais e espirituais³ ao longo dos meus 32 anos, aprendi a enfrentar os dualismos (corporeamente, matéria-espírito) buscando experiências em saúde que abarcam a integralidade do ser.

Preciso assumir, contudo, uma grande insatisfação durante longos dias, noites e anos que estive dentro das instituições hospitalares. Descontente com as formações convencionais em minha área e a procura de uma alternativa à frieza da técnica, das relações e do pensamento, encontrei a especialização em Ciência, Arte e Cultura na Saúde, do Instituto

¹ Optei, dentre as diversas denominações dadas às práticas ditas alternativas, por utilizar o termo ‘Integrativo’ para tudo o que se refere à *práxis*, seja qual for o campo, que integra diferentes conhecimentos e que rompem com os dualismos estabelecidos sócio-historicamente. Entretanto, importante destacar, que as práticas integrativas podem receber também outras denominações, que nem sempre serão sinônimas, são elas: complementares, holísticas, tradicionais, populares, alternativas e não convencionais.

² O Holismo designa a tendência do universo para construir unidades que formam um todo e de complexidade crescente (WEIL, 1987).

³ Cito os longos anos em que me dediquei à dança moderna e ao ballet, o encontro com a Yoga e a Meditação, bem como as experiências em diferentes religiões e filosofias espiritualistas.

Oswaldo Cruz – Fiocruz⁴, onde recebi uma formação com bases na Saúde Coletiva, Filosofia, Pedagogia, Artes, Antropologia e Sociologia e tive meu primeiro contato com a PNPICS (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS) através de meus estudos sobre meditação e promoção da saúde.

Nesse processo também tive contato com as publicações dos pesquisadores do Grupo Racionalidades Médicas, liderado pela Prof^a Madel Therezinha Luz, que há mais de 30 anos pesquisa as práticas alternativas e corporais em saúde, fato que me conduziu a continuar minha formação no Instituto de Medicina Social – UERJ. Entretanto, ao iniciar o Mestrado no Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde, observei que as PICS já não circulavam mais nas salas de aula e nos corredores do Instituto, como antes. Elas permaneciam silenciosas e adormecidas nas prateleiras das teses e dissertações. *Zuòwàng* significa Meditação em mandarim e pode ser traduzida por “sentado no esquecimento”. Quem sabe elas não estavam meditando...

Intentando dar movimento às “PICS meditativas”, e já com um contato prévio, porém tímido com o Tai Chi, conhecido como meditação em movimento, elegi como observatório desse estudo uma experiência no SUS com Tai Chi, prática onde originalmente natureza e cultura não estão cindidas. Este fato incidiu na escolha do objeto da pesquisa, que nasceu à termo demonstrando importar-se com as possibilidades reconciliatórias entre arte e ciência, mas que se desenvolveu e amadureceu, expandindo tais possibilidades para além da arte e da ciência⁵.

Para tanto, de modo a corroborar na reconciliação entre “dois mundos” no interior das próprias práticas orientadas pela biomedicina, a investigação de campo perscrutou possibilidades reconciliatórias ampliadas, a fim de compreender através do microssocial, a “macrossociabilidade” desta prática integrativa oriental no atual contexto de institucionalização das PICS no interior (ou nos subterrâneos) do SUS.

A pesquisa⁶, realizada de agosto a novembro de 2016 com um grupo que pratica Tai Chi em um Centro Municipal de Saúde (CMS) no município do Rio de Janeiro, baseou-se na coleta de dados empíricos através de conversas, observações, participação no grupo e

⁴ Especialização *Latu-Senso* em Ciência, Arte e Cultura na Saúde, IOC-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014-2016.

⁵ Entendendo que diferentes reconciliações poderiam emergir nas entrevistas, ampliei o entendimento de reconciliação entre arte e ciência para toda forma de superação das dicotomias e fragmentações advindas com a sociedade industrial moderna como p.ex. objetividade/ subjetividade, corpo/mente, energia/matéria, razão/emoção, oriente/ocidente, saúde/doença.

⁶ Toda a pesquisa foi financiada por mim, bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação (MEC).

entrevistas⁷ com pessoas que participam do grupo e com profissionais de saúde do CMS, profissionais estes que, durante a observação participante⁸ e as entrevistas se destacaram como agentes importantes nos processos que envolvem o Tai Chi, os usuários, os profissionais e o CMS.

Porém, todos esses instrumentos disponibilizados pelo método científico em pesquisa não me favoreceriam ao engajamento necessário nesta pesquisa, não fosse sua combinação (ou conciliação) com a escrita ensaística. Estaria eu traindo a mim mesma, aos leitores e leitoras e à própria temática aqui abordada caso permanecesse fiel à rigidez da escrita acadêmica convencional.

A narrativa ensaística propõe um rompimento com o “sistema de ultrarreferenciação” (RODRÍGUEZ, 2012, p. 12) característico das produções acadêmicas atuais, favorecendo uma escrita que se permite mais livre, autêntica e sincera. Desta forma, a própria experiência da pesquisa permitiu a fusão entre arte e ciência, tornado esta dissertação uma das reconciliações, ainda que criada e não encontrada, advinda do questionamento aqui proposto, qual seja: há reconciliação?

Para responder a esta questão, mesmo que não conclusivamente, o enredo narrativo contou com o protagonismo do Tai Chi como personagem nuclear no desenrolar desta trama, que conta também com outros personagens importantes, como vimos: as pessoas que participam do grupo de Tai Chi, os profissionais do CMS, o instrutor da prática/professor/terapeuta, as minhas percepções como pesquisadora (registradas em diário de campo) e como pessoa participante do grupo e aprendiz da arte do Tai Chi.

Antes de narrar o enredo “propriamente dito”, realizei uma fundamentação teórica a partir de marcos que sustentassem os argumentos propostos, sendo o primeiro deles a incorporação de um olhar diferente sobre o *mainstream* da crítica à ciência, encontrado nos estudos nacionais em PICS, que julga a ciência em si como mecanicista, cartesiana, fragmentada e dicotômica.

Ao contrário, a leitura histórica das práticas dos “primeiros cientistas” mostra-nos a prática de uma ciência conciliada com a arte, com a espiritualidade e nos apresenta a perspectiva de uma ciência que combina os desejos da alma com os da razão na busca pelo

⁷ Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (ver roteiro em Apêndice), nove com usuários e usuárias do grupo e cinco com profissionais do CMS. Todos os participantes foram orientados quanto aos procedimentos éticos em pesquisa, assinando e recebendo cópias assinadas dos TCLE's, que receberam aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social (UERJ) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (em Anexo).

⁸ O diário de campo foi instrumento para o registro das percepções e vivências extraídas das observações e conversas.

novo, pelo conhecimento. A releitura, com outro olhar, de obras e autores importantes, levou-me e sugerir que as práticas integrativas realizadas pelos filósofos da ciência incorporavam elementos do espírito e da natureza.

Os pressupostos axiológicos da conciliação entre arte e ciência também nas práticas em saúde encontravam já em Hipócrates sua tradução: *Ars longa vita brevis*⁹. Por isso, não suponho eleger aqui a ciência ao cargo reducionista e dicotômica, pois enxergo com ela (e nela) a beleza das existências grandes e pequenas.

O mecanicismo e as fragmentações humanas e sociais aparecerão, contudo, com o “mito da máquina”. O modo do *homo industrialis* (BARTHOLO JR, 2001) de viver e se relacionar, refletir-se-á nas práticas em saúde. As transformações epistemológicas e socioculturais ocorridas no período moderno, articuladas pelos mecanismos de domínio, poder e expansão do capital-industrial, apropriando-se da ciência e tornando-a racionalidade hegemônica, não tardaram em influenciar também as práticas de cura e cuidado, sobretudo (mas não apenas) as orientadas pela biomedicina.

Entretanto, em determinado momento em que converge um movimento de pessoas que buscam por racionalidades em saúde para além da biomedicina (direcionada à doença), eclode uma demanda por cuidados promotores, preventivos e terapêuticos das mais diversas racionalidades, culturas e modalidades. Neste momento, e principalmente através do movimento da contracultura, a possibilidade de reconciliação entre ciência das doenças e a arte de curar (ou ciências da vida e artes de cuidar), fez-se plausível.

Desse movimento social emergente, sobretudo a partir da década de 60, são resgatadas práticas de cura e cuidados milenares, advindas dos sistemas médicos indígenas, afro-americanos e medicinas alternativas derivadas de sistemas complexos como a ayurveda (indiana) e a chinesa. Apresentarei, portanto, o processo histórico de incorporação de medicinas alternativas no SUS, em um contexto de revalorização de saberes tradicionais, práticas orientais e de medicinas orientadas pelo vitalismo num contexto de resistência cultural e política, e sua trajetória que culminou na criação, em 2006, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS).

O Tai Chi, prática corporal da Medicina Tradicional Chinesa na PNPICS, aparece como um interlocutor emblemático entre arte e ciência na realidade do SUS. O diagrama do Tai Chi, mais conhecido por nós ocidentais como a fusão entre yin e yang, torna-se aqui um elemento metafórico da coexistência, no SUS, de práticas com cosmovisões diversas.

⁹ Arte longa vida breve.

Apesar da utilização de uma arte milenar chinesa como interlocutora entre ciência e arte em um contexto ocidental, não aprofundi a história nem a cultura chinesa, tão antiga e complexa. O que apresento é a constituição do pensamento chinês a partir de suas noções cosmológicas fundamentais e fundantes da medicina clássica chinesa que posteriormente, agregados os valores da ciência moderna, transformou-se em medicina tradicional chinesa.

O Tai Chi, como prática corporal pertencente ao sistema médico chinês incorporado ao sistema de saúde pública brasileira, traz consigo elementos cosmológicos de outra cultura, adaptados à nossa, o que gera uma terceira concepção de cuidado, de percepções distintas de si, do outro e do mundo. Essas reconciliações (feitas, sobretudo, pelas usuárias e usuários e profissionais de saúde não biomédicos) serão apresentadas, analisadas e discutidas nesta narrativa, onde apresento parte da realidade pesquisada, algumas reflexões e sucintas percepções pessoais, sustentadas nos conceitos da experiência hermenêutica de Gadamer (2004) e da modalidade do ensaio como forma, de Adorno (2003), cuja premissa é a de conferir substância à experiência e à experimentação.

Sobre esses dois últimos aspectos, não poderia deixar oculto o fato de que realizei a pesquisa de campo durante uma fase ímpar de minha vida: minha primeira gestação. Naturalmente, esse fato impactou as relações estabelecidas, principalmente com as participantes do grupo de Tai Chi, que são em sua maioria mulheres, mães e avós, despertando nas pessoas o estabelecimento de uma relação muito mais afetuosa comigo, bem como uma relação de cuidado.

Ademais, a minha relação com a prática do Tai Chi foi mediada por esse Ser que crescia dentro de mim. Os movimentos, a conexão com o corpo, com o centro do corpo, com a respiração, tudo isso foi muito mais intenso, uma vez que o Tai Chi me trazia a sensação de completo bem-estar e de harmonia com o *Tao*. Portanto, a experiência do Tai Chi, sobretudo enquanto gestante, fez-me compreender o que é Tai Chi e qual é a proposta de ter essa prática dentro do sistema de saúde, aproximando-me, através da experiência, daquilo que as pessoas estavam dizendo sobre a prática e as reconciliações que faziam.

Os encontros e superações de dualismos¹⁰ observados na pesquisa empírica justificam a relevância e contribuição deste estudo para o campo da saúde coletiva, já legitimado como campo de integração de saberes. Assim, a arte de cuidar assume uma “postura sinestésica”

¹⁰ Dualidade pode ser entendida como um produto do pensamento e do intelecto e que cria separações e dicotomias interiores ao Ser (corpo-mente-espírito) e exteriores (sujeito-objeto, eu-você, bem-mal). (WEIL, 1987). Considero nesse trabalho também como sendo dualismos criados pelo pensamento moderno: Oriente-Occidente, objetividades-subjetividades, energia-matéria e razão-emoção.

que sugere várias perspectivas do cuidado como arte: o autocuidado e autoconhecimento, o cuidado do outro, o cuidado da natureza.

A pertinência da integração de diferentes racionalidades em saúde e práticas culturais suscita o interesse pela análise dos significados e vivências dos sujeitos imbricados no sistema de saúde e as contribuições reais e potenciais que trazem às práticas de cuidado no SUS.

A primazia da tecnociência nas atividades humanas contemporâneas subordina os demais saberes e formas de conhecimento, mas não os elimina. Ademais, essa possibilidade está muito distante, pelo menos enquanto houver ecossistemas e emoções. Concomitante a isso, não há de se negar o fato do crescente interesse por conhecimentos alternativos ao técnico-convencional, como no caso da saúde, por medicinas tradicionais e populares¹¹.

Ao fim, reflexões sobressaem às conclusões e os limites desta pesquisa se apresentam em formas de questões, tais quais: estaria mesmo a ciência se reconciliando com a arte do cuidar/curar? Estaria essa reconciliação relacionada à eficácia biomédica e os resultados últimos da prática do Tai Chi? Ou estaria sua realização e recomendação associadas a aspectos subjetivos e simbólicos? É perceptível a reconciliação entre ciência e arte no serviço de saúde ou as fronteiras entre a ciência biomédica e a arte do cuidado integrativo estão mais estabelecidas do que nunca?

Na dança dos opostos, *yinyang* interagem numa harmonia tal que as polaridades são superadas. No pensamento chinês os opostos não são duais¹², não estão em conflito tampouco se excluem. Transpor esse entendimento ao campo da saúde (academia, ação, política e formação) implica na transformação de relações diversas, na coexistência de práticas e saberes diversos e na abertura para a diversidade.

¹¹ Sobre o crescente interesse por medicinas tradicionais, vide relatório da OMS intitulado “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023” disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1. Acesso em: 04 de abril, 2016.

¹² O entendimento do não-dualismo a partir dos opostos não é privilégio do Oriente. Na mitologia greco-romana, o deus Jano, considerado o pai dos deuses, é representado com duas faces contrapostas, não sugerindo a dualidade, mas a expressão de um deus do passado e do futuro, do início e do fim, das portas que se abrem e que se fecham.

1 EM BUSCA DA UNIDADE PERDIDA: RECONCILIANDO AS PRÁTICAS DA CIÊNCIA, DA SAÚDE E DA ARTE DE CUIDAR/CURAR

O processo de formação, pesquisa e escrita nos transformam. Pudera, pois se isso não ocorresse, para que valeriam as horas e mais horas dedicadas a leituras, discussões, aulas e todo o processo de aprendizagem em busca da renovação do conhecimento? De minha “transformação”, uma formação aberta, transdisciplinar, integrada e ousada, sucedeu a releitura de alguns clássicos da ciência e da filosofia e a resignificação da forma com as compreendia.

Não se trata da releitura de suas teorias ou conceitos, pois estes também se transformaram e se renovaram com o passar dos séculos, mas sim do modo como fizeram da ciência um instrumento de seus estudos. Sem generalizações, mas sob uma ótica alternativa.

Sendo assim, dar voz à razão ou utilizar a metáfora do relógio não fazem da ciência uma atividade mecanicista e fragmentada e dos cientistas os operadores dessas condições. É preciso ver o “outro lado da montanha”, onde ao tempo que há razão, há também emoção, fé, arte. Este é o reencontro com a unidade perdida, a partir de aspectos que, *a priori*, podem parecer opostos.

Nesse sentido, o discurso que se faz de uma suposta separação entre ciência e as demais esferas da sociedade e dos componentes da vida, encontra nessa releitura obstáculos interpretativos uma vez que sua prática real é interceptada pela multiplicidade de fatores e de subjetividades inerentes à cultura à natureza humana.

Porém, como num jogo dialético, a negação da unidade faz-se no momento em que a ciência não é mais apenas um caminho para conhecer a natureza através da criatividade do saber, sendo que a partir do século XVIII, devido o seu “sucesso”, a ciência é apropriada pelo grande capital industrial que a institucionaliza e faz dela instrumento de dominação, poder, controle e enriquecimento.

Tal imperialismo hegemônico não tardou de se apropriar também das práticas de cura e cuidado, que passaram a constituir o campo da saúde, regido sob a égide da racionalidade científica. A medicina científica, institucionalizada nos séculos XIX e XX, deixa a porção “arte” no cuidado e na cura, exaltando a porção “ciência”, apropriada conforme o projeto de dominação de classes. Contudo, a arte de curar/cuidar permaneceu viva na cultura de diversos povos, sobretudo nos das classes menos favorecidas.

Permaneceu também no discurso das categorias profissionais da área da saúde. Cada qual quer a sua parte: uns mais a arte de curar, outros mais a arte de cuidar. Mas na prática profissional onde está a porção arte? Tal questionamento levou-me a refletir neste capítulo

sobre o que significou a porção arte nas práticas em saúde, o que ela representa nas práticas contemporâneas e como ela pode auxiliar no reequilíbrio entre arte e ciência.

1.1 Ciência feita por humanos demasiadamente humanos¹³: quando os cientistas eram integrativos?

A maravilhosa disposição e harmonia do universo só pode ter tido origem segundo o plano de um Ser que tudo sabe e tudo pode. Isto fica sendo a minha última e mais elevada descoberta.

Isaac Newton

O meu intento não é ensinar aqui o método que cada qual deve seguir para bem conduzir a sua razão, mas somente mostrar de que maneira procurei conduzir a minha

Descartes

A frase de Isaac Newton, em epígrafe, não deixa dúvidas. O homem que revolucionou a física assumia-se tão mais um devoto quando um cientista. Newton, considerado o novo Moisés “a quem as ‘tábuas da lei’ foram reveladas [...] cujo traço de gênio é precisamente o de ter renunciado a explicar a força da atração”, mobiliza sua nação que “se congrega para comemorar o acontecimento de um homem que descobriu a linguagem que a natureza fala” (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 19-20).

O impacto da obra de Newton a partir de *Princípios Matemáticos de Filosofia Natural* foi profundo desde sua época até os dias atuais. Nela, a mecânica (ciência dos movimentos) e a descrição matemática dos movimentos dos planetas compartilham as páginas da principal obra newtoniana com a assunção do autor de que “este sistema belíssimo do sol, planetas e cometas só pode ter surgido do conselho e domínio de um Ser inteligente e poderoso” (NEWTON, 2010, p.117). A integração homem-natureza-divino presente no discurso newtoniano, alude ao fato de que a essência de seus estudos não é apenas de ordem racional:

E agora poderíamos acrescentar alguma coisa concernente a um certo espírito muito sutil que penetra e fica escondido em todos os corpos grandes por cuja força e ação as partículas dos corpos atraem-se umas às outras quando se encontram a distâncias próximas e se unem se estão contíguas; [...] Mas estas são coisas que não podem ser

¹³ Este título, que parafraseia o título da obra de Nietzsche, alude ao fato de que a ciência é feita por pessoas, constituídas de crenças, histórias, subjetividades e pretensões que influenciarão de alguma forma em suas atividades científicas.

explicadas em poucas palavras. Também não dispomos de uma quantidade suficiente de experiências que é necessária para determinar com precisão e demonstrar mediante que leis opera este espírito elétrico e elástico (NEWTON, 2010, p.119)

As práticas dos primeiros cientistas¹⁴, que à época eram filósofos, matemáticos, astrônomos, alquimistas, ou tudo isso junto, era uma prática integrativa onde cultura, homem, natureza e deus eram indissociáveis na elaboração do conhecimento:

A ciência clássica nasceu numa cultura dominada pela aliança entre o homem, situado na charneira entre a ordem divina e o natural, e o Deus legislador racional e inteligível, arquiteto soberano que tínhamos concebido à nossa imagem. Ela sobreviveu a esse momento de acordo ambíguo que permitira a filósofos e a teólogos fazer ciência, e a cientistas decifrar e comentar a sabedoria e o poder divinos agindo na criação (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 37).

A unidade cultural presente no século XVII, da qual a ciência era integrante, anima a reflexão e a hipótese de certo anacronismo do discurso que hoje é feito na tentativa de justificar os dualismos existentes entre ciência e religião, razão e emoção, empirismo e teoria. Nesse período, o conhecimento manifesto em ciência integrativa¹⁵ ainda conciliava universos e aspectos vistos e não vistos do Ser:

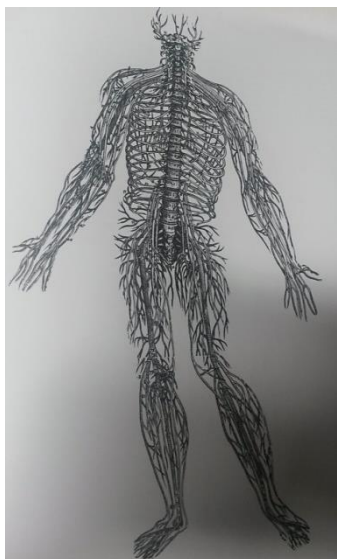
O século XVII é o momento privilegiado em que o conhecimento da natureza e da metafísica julgaram encontrar um fundamento comum. Criou a natureza da ciência e, contudo, não fez do objeto da ciência o cânon da ontologia... O Ser não é totalmente abatido ou rebaixado no plano do Ser exterior. Há também o ser do sujeito ou da alma ou o ser das suas ideias e as relações das ciências entre elas; e esse universo é tão grande quanto o outro... Todos os problemas que uma ontologia cientista suprimirá instalando-se sem crítica no ser exterior como meio universal, a filosofia do século XVII, ao contrário, não cessa de os colocar (MERLEAU-PONTY, 1998, p.162).

Esta filosofia do espírito (integrativa) era exercida por diversas pessoas à época; nela, a gênese do pensamento científico aliada a estados mais sensíveis da alma humana, como nas artes e na espiritualidade, se corporificam na expressão do conhecimento. São pessoas que hoje conhecemos como os maiores cientistas da humanidade. Entretanto, em sua época, tidos como filósofos da natureza ou filósofos naturais, ousaram descrever a natureza sem dissociar o pensamento lógico do especulativo, amalgamando ciência e arte, descobrindo e desenhando como fizera Da Vinci e Vesalius (Figura 1).

¹⁴ A palavra cientista foi cunhada por William Whewell apenas no século XIX. “No século XVII, a palavra ciência (do latim *scientia*, que significa conhecimento e sabedoria) tendia a designar qualquer corpo de conhecimento corretamente constituído” (SHAPIN, 1996, p.27).

¹⁵ A expressão “ciência integrativa” é cunhada por mim nesta pesquisa para referir-se à prática dos primeiros cientistas, cujas ações em ciência estavam integradas com o contexto sociopolítico e cultural de uma época, além de serem ações nas quais hoje chamaríamos “transdisciplinares”.

Figura 1 – *De Humani Corporis Fabrica*, por Andreas Vesalius¹⁶



Fonte: *US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE*.

Uma dessas pessoas foi o filósofo conhecido como “pai da modernidade”. Apesar de classificado como reducionista, mecanicista, dualista, entre outros adjetivos “cartesianos” (MENDONÇA e CAMARGO Jr, 2016), Descartes (1596-1650) elaborou seu método a partir de estudos sobre o homem e a natureza. O método criado por Descartes foi possivelmente o primeiro “a postular a certeza como condição da verdade” (ibidem, p.04) e utilizava a metáfora da máquina na busca racional pelo conhecimento do corpo e da alma, incorporando os conhecimentos sobre natureza, medicina e religião que o filósofo desenvolvera ao longo de sua vida, paralela e criticamente à sua formação e ao saber de sua época. Sua descrição “conceitual” sobre a filosofia, onde “as raízes são a metafísica, o tronco é a física e os galhos que saem do tronco são todas as demais ciências, as quais podem ser resumidas em três principais, a saber, medicina, mecânica e moral” (DESCARTES, 2002, p.186), elucida a face integrativa (e renegada) do filósofo.

Shapin (2013) mostra como a vida e os hábitos de Descartes eram opostos aos ditames de seus doutos contemporâneos: “a dieta de Descartes era equilibrada na maior parte de seus aspectos, e ele era cético em relação a toda uma gama de terapias médicas heroicas que supunham fazer mais do que os poderes curativos da natureza” (SHAPIN, 2013, p. 365). Contrariando as tendências e práticas médicas de sua época, como a sangria e a flebotomia, Descartes apostava na providência divina, no autoconhecimento sobre o corpo e na

¹⁶ Vesalius foi um médico belga que viveu no período de 1514 a 1564. Foi autor da publicação *De Humani Corporis Fabrica*, um atlas de anatomia publicado em 1543, tornando-se um dos artistas mais importantes de sua época. Disponível em: <https://ceb.nlm.nih.gov/proj/tp/vesaliusgallery.htm> (onde é possível encontrar outras obras online do artista e médico). Acesso em: 4 de abril, 2016.

possibilidade de manter a saúde ou ainda encontrar a cura diretamente na natureza através da alimentação, da hidroterapia, do exercício físico moderado, de padrões regulares de sono, da expressão e contenção das emoções (as paixões da alma) e do estímulo intelectual.

Corpo, mente e alma, ao modo cartesiano, não estavam dissociados e influenciavam ativamente um ao outro. Articulando a prática médica corpo-alma de Descartes com outros estudos mais recentes sobre as emoções na filosofia moderna, Shapin (2013) reconhece a plausibilidade de se considerar Descartes como antidualista¹⁷.

Apesar de escrever sobre a distinção entre corpo e alma, Descartes não as polarizava; seu intento, conforme a citação do próprio autor, sugere ser mais o de realmente conhecer suas substâncias elementares: “Parece-me, igualmente, que este é o processo mais conveniente para conhecer a natureza da alma, enquanto substância completamente diferente do corpo” (DESCARTES, 2002, p.100). Descontente com a ciência de seu tempo e movido pelo fascínio dos mistérios da criação divina, Descartes cria seu próprio método como parte de seu processo para conhecer a natureza em sua diversidade.

Assim como Descartes, Galileu Galilei (1564-1642), ao traçar sua posição filosófica, utilizava-se da leitura e interpretação de textos bíblicos, especialmente os Salmos, livro este cuja intenção é a de “louvar a lei divina” (GALILEI apud ROSSI, 1992, p.107), e prova que suas mais recentes descobertas, principalmente na defesa do heliocentrismo, já tinham sido escritas por Deus.

Galileu sentia-se com uma autêntica inspiração divina por suas demonstrações feitas a respeito do Céu, das coisas da natureza e das obras do Criador, elaborando a tese de que o filósofo da natureza “é o único intérprete legítimo da ordem divina da Natureza” (ibidem, p.102), que “só os filósofos naturais podem realmente ler o livro divino da natureza” (ibidem, p.101), e que “os teólogos, antes de pronunciarem-se sobre o significado de muitas expressões contidas no texto bíblico, ouvissem o que tinham a dizer aqueles que haviam efetuado essa difícil leitura” (ibidem). Evidencia-se nas próprias cartas de Galileu a “impossibilidade de distinguir e separar o ‘místico’ do ‘físico’ na filosofia ou, simplesmente, na astronomia de Galileu” (ROSSI, 1992, p.112). Para ele, “a alma humana, criada à imagem de Deus, é capaz de atingir as verdades inteligíveis que governam o plano da criação” (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 37).

¹⁷ Apesar de ser este um grande embate no campo da Filosofia, alguns autores vêm argumentando contra a concepção de Descartes como um dualista, a partir da reinterpretação de “As Paixões da Alma” e “Discurso do Método”.

Mas para tornar inteligível a linguagem da natureza divina era preciso traduzi-la na linguagem da cultura de uma época. A esse despeito advêm as metáforas mecânicas da época, principalmente com a do relógio, elemento típico do novo cotidiano das cidades europeias. Assim, a ilustração dos processos da natureza através da mecânica proporcionou maior compreensão de processos que até então eram abstratamente explicados, constituindo um modelo uniforme e regular dos movimentos naturais:

O fascínio pela máquina, em especial pelo relógio mecânico, enquanto metáfora capaz de gerar inteligibilidade e uma certeza única na explicação dos processos naturais, não residia apenas na sua capacidade de, em traços largos, acompanhar os contornos da vida quotidiana com os seus dispositivos mecânicos; residia também na potência e legitimidade que lhe eram reconhecidas para ordenar os assuntos humanos. Isto significa que se pretendemos entender o recurso às metáforas mecânicas nas novas práticas científicas – e a conseqüente rejeição da oposição entre natureza e arte – temos afinal de compreender as relações de poder existentes na sociedade europeia no início do período moderno, uma sociedade onde os padrões de organização da vida, da produção e da política, sofriam grandes transformações, enquanto o feudalismo cedia lugar ao capitalismo (SHAPIN, 1993, p.53).

Shapin (1993) evidencia a imbricação das práticas científicas com as transformações do período, especialmente com o advento da expansão do capitalismo, assunto que será tratado com mais atenção no próximo capítulo.

Figura 2 – *Panakeia*¹⁸



Fonte: GOOGLE, 2016.

¹⁸ *Panakeia*, filha de *Asklepios*, Deusa da Cura de Todos os Males. Estátua do século II a.C em exposição no *Archaeological Museum*, Grécia.

Interceptados pela bela imagem de Panaceia¹⁹e, voltando para a observação das práticas integrativas feitas por nossos ancestrais, as práticas ocidentais de cura e cuidado também apresentavam características integrativas desde seus primórdios, na Grécia antiga, que, apesar de uma progressiva racionalização e secularização, relacionavam-se intimamente com a natureza, com as divindades e com a arte.

Na medicina hipocrática grega, arte e razão desenvolviam-se sob a égide da supremacia da natureza, tanto como a mais importante influente sobre a saúde e as doenças humanas, quanto sua maior e melhor medicatriz (SAYD, 2011).

Saltando para a Idade Média, além do influxo cristão, a influência dos conhecimentos árabes de metais como o mercúrio e o arsênico, transformou os receituários médicos da época em verdadeiras fórmulas alquímicas e os próprios médicos em (nada mais artistas nem menos “cientistas”) alquimistas e pensadores escolásticos. A renascença mantém tais características em sua medicina, que tem Paracelso a marca de seu paradigma: “para ele, as quatro bases da medicina eram a alquimia, a astrologia, Deus e a natureza” (ibidem, p.41).

O Iluminismo e o Romantismo também souberam integrar a diversidade de conhecimentos e aplicá-los às práticas de cura e cuidado. Dentre os iluministas se destaca a mística vitalista do médico Stahl (1660-1734), que explicava o funcionamento do organismo a partir da concepção hipocrática da atuação da natureza, e o mecanicismo do médico hipocratista Hoffmann (1660-1742), que conjugava a confiança na natureza e na sabedoria divina com a noção metafórica do homem como máquina. Esses exemplos demonstram práticas integrativas em medicina (práticas que consideram a totalidade do ser e a atuação da natureza sobre ele) a partir de diferentes bases epistemológicas.

Logo, o romantismo também gerou rupturas integrativas numa medicina que tendia já ao engessamento:

Ao desejar reintegrar o sujeito ao mundo, o romantismo valoriza a experiência, não como o cientificismo tende a fazer, padronizando, igualando ao máximo possível as experiências sensíveis, mas recusa uma objetividade externa universal. Reconhece um estranhamento inevitável entre subjetividade e o mundo externo que não pode ser extirpado do processo de conhecimento (ênfase na experiência e compreensão) (WENCESLAW e LUZ, 2014, p.29).

¹⁹ Panaceia descende de Apolo, considerado uma divindade plural na mitologia greco-romana que além de inventor da música, poesia e da retórica, também ensinou à Humanidade as artes médicas.

Esse período gerou alguns “filhos do hibridismo”, como o médico-linguista-advogado-músico Franz Mesmer, conhecido pela criação do Mesmerismo, a teoria do magnetismo animal²⁰, lançando mão do toque manual para a cura de transtornos físicos e mentais:

A apregoada separação sujeito-objeto que caracteriza a cientificidade moderna não fazia o menor sentido na epistemologia e metodologia adotada por Mesmer na medida em que ambos, sujeito e objeto, terapeuta e paciente, estão intimamente ligados, seja por laços fluídicos ou magnéticos, seja pelos princípios metodológicos e epistemológicos relacionados à atividade clínica (CHIESA, 2016, p.16).

O também médico Franz Von Baader (1765-1841), estabeleceu “uma nítida continuidade entre medicina e teologia, ciência e religião, tratando a medicina como um sacerdócio e o médico como um homem de fé” (CHIESA, 2016, p. 39); e Carl Gustav Carus (1789-1869), que integra aspectos religiosos, poéticos, humanistas e afirma “que o médico deve não só ter domínio sobre a fisiologia, a anatomia e a patologia, mas também sobre todas as dimensões da vida humana” (ibidem).

Outros exemplos são Rudolf Steiner (1861-1925), filósofo e fundador da Antroposofia, que deu origem à Medicina Antroposófica, e Charles Robert Richet (1850-1935), descobridor da anafilaxia, ganhador do Prêmio Nobel de Medicina ou Fisiologia em 1913, e estudioso da parapsicologia metapsíquica.

Há ainda aqueles que dialogam diretamente com o objeto dessa pesquisa, uns mais com a ciência, outros mais com a arte, e nesse último caso, temos o médico francês Armand Trousseau (1807-1867), defensor da ideia de que a terapêutica é uma arte socorrida pela ciência, ou seja, de que a ciência serve a arte, que é soberana (SAYD, 2011). O também francês Jean-Baptiste Fonssagrives (1823-1884) argumenta quanto ao caráter mais artístico da medicina, a insuficiência da ciência para responder a complexidade da clínica, a humanização da ciência pela arte e exorta: “sejamos então artistas científicos, mas permaneçamos artistas” (FONSSAGRIVES apud SAYD, 2011, p. 105).

Não se há de negar, todavia, como nos conta um dos lados da história, que as cisões entre cultura e natureza, ordem humana e ordem divina, bem como ordem humana e ordem natural, perpassaram séculos: do antropocentrismo renascentista (LUZ, 2004), do iluminismo da razão sobre as obscuridades passadas, do positivismo do conhecimento científico como único produtor de verdades, e finalmente hoje, da tecnologia como a única movedora da vida.

²⁰ A tese de doutorado de Mesmer (defendida em 1766 na renomada Escola de Medicina da Universidade de Viena) discorre sobre a influência dos planetas no corpo humano, originando a ideia de um fluído universal que perpassa pela natureza e de um indivíduo para outro (magnetismo animal), podendo este fluído ser utilizado para fins terapêuticos (CHIESA, 2016).

Entretanto, há outro lado da história que nos é pouco contada, história esta da qual descende a conciliação que aqui tratamos:

Uma das tendências mais significativas na história da ciência do início da época moderna vem sendo o reconhecimento da existência de ligações estreitas entre a prática da ciência e a prática humanista do conhecimento. A construção do novo e a recuperação do velho, tendências antes vistas em oposição, reconhecem-se agora, cada vez mais, como parte do mesmo empreendimento (SHAPIN, 1996, p.196).

Não espero com tais descrições argumentar a ideologia utópica de uma cosmogênese científica livre. Pelo contrário, como descrito a seguir, a institucionalização da ciência, bem como sua apropriação para fins de poder e controle não escapou à expansão imperialista do capital. Entretanto, assim como Prigogine e Stengers (1991) não pretendem “fazer visitar o edifício imponente duma ciência cristalizada e triunfante” e sim “realçar a criatividade da atividade científica” (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p.09), também aqui o potencial criativo das ciências faz refletir o caráter artístico do conhecimento, não relacionado ao progresso ou considerando cada nova descoberta como uma evolução em relação ao passado, mas sim como saberes complementares entre si na elaboração do conhecimento humano.

Antes de terminar essa parte, é preciso considerar que, apesar dessa dissertação tratar de uma prática oriental, o Tai Chi, utilizei nesta primeira seção sobre a ciência integrativa, referenciais de cientistas ocidentais a fim de realizar uma espécie de “resgate ancestral”, demonstrando que as práticas integrativas são realizadas no ocidente desde os primórdios das práticas em saúde. Há, portanto, uma descendência integrativa também na racionalidade científica moderna. Esse “resgate” da ancestralidade ocidental, herdada por nós sul-americanos através dos processos de colonização, faz-se importante para a reflexão e crítica que seguem.

1.2 CuidAr-te * CurAr-te: amálgamas, neologismos e reflexões

Cuidar do outro é cuidar de mim

Gritava um homem da rua
 Cantando com sua voz
 Embargada de pigarro
 Em sua língua rota e nua:
 Lá no tempo em que nasci
 Logo aprendi algo assim:
 Cuidar do outro é cuidar de mim,
 Cuidar do outro é cuidar de mim,
 Cuidar de mim é cuidar do outro,
 Cuidar de mim é cuidar do mundo.
 Se cuido um pouco de tudo,
 De mim, de mim quase nada;
 Eu preciso me incluir,
 É hora de me amar;
 É sabido, viver é bom,
 Viver é bom pra quem sabe amar.
 Outro mundo, outros tempos;
 Outros fins, outro começo;
 Sabidos são os afetos,
 O amor é terapêutico.

Cantigas Populares

Johnson Soares, Júnio Santos e Ray Lima

Após a exposição sobre a ciência integrativa e uma breve amostra de pessoas e práticas que conciliavam ciência e arte, vamos agora aprofundar um pouco mais sobre a arte, que aparece como personagem importante deste enredo, e como ela se relaciona com outra personagem fundamental, a ciência.

Quando pensamos em arte, imediatamente nosso pensamento nos remete a um museu, a um teatro, ou a obras e representações das belas artes, arquitetura, dança, música, poesia, teatro, cinema e fotografia. Todavia, arte contempla toda a atividade humana com propósito estético, comunicativo, expressivo e relacional, cada vez mais reconhecida como conceito e prática polissêmica. A arte é tão múltipla quanto possa ser a expressão humana em sua diversidade cultural, histórica e geográfica, e sua refuncionalização transecular é observada concomitante às transformações humanas nas instâncias sociais e políticas ao longo da história.

Uma arte que acompanha a trajetória humana, e subsidia sua permanência como espécie, é a *ars curandi*. Dela descendeu a arte médica, conforme a declaração de Hipócrates (século V a.c) sobre a arte de curar, reproduzida até os dias atuais em vários países e por todos os que recebem titulação em medicina²¹.

É preciso reconhecer, contudo, que a arte de curar é uma prática muito mais antiga do que a medicina e que foi, e ainda é, exercida por pessoas que possuem saberes ancestrais e experiências incontáveis da sabedoria prática, dedicando suas vidas à cura e ao cuidado do ser humano, como por exemplo, os(as) curandeiros(as) e as parteiras.

A antiga arte médica descendeu desses saberes ancestrais. Mauss (2011) diz que a arte médica é completamente capturada pela magia, sendo o elemento técnico, durante muito tempo, reduzido ao máximo: “o ato médico não apenas permaneceu, quase até nossos dias, cercado de prescrições religiosas e mágicas, preces, encantamentos, precauções astrológicas, mas também as drogas, as dietas médicas, os passes do cirurgião [...]” (p.56), todos esses concebidos como fatos mágicos, cuja eficácia das ações é resultado da conjunção entre rito e arte.

Médico/alquimista/físico/astrologo/ocultista suíço-alemão que viveu entre os séculos XV e XVI, Paracelso articulava, no ensino e no exercício da arte médica, conhecimentos da astrologia, farmacologia (botânica), anatomia, fisiologia, química (alquimia) e filosofia, além do amor e da compaixão. Para ele, a arte médica consiste em conhecer todas essas coisas e muitas outras, em deixar refletir o macrocosmo no microcosmo (o ser humano). Não obstante, este conceito de um ocidental sobre a arte de curar muito se assemelha com as antigas tradições de cura orientais chinesas e indianas, praticadas há aproximadamente cinco mil anos.

Mais recentemente, já no século XIX, a homeopatia incorpora elementos da arte de curar num processo de cura pelo semelhante²². Seu criador, o alemão Samuel Hahnemann, lançou a primeira edição de *Organon* da Ciência Médica Racional em 1810 e a segunda edição em 1819, re-intitulada *Organon* da Arte de Curar²³. No *Organon*, Hahnemann expõe

²¹ Em uma das passagens do texto do juramento, diz-se: “Prometo que, ao exercer a arte de curar, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência”.

²² *Similia Similibus Curentur*, a cura dos semelhantes pelos semelhantes, fundamenta a teoria e a prática homeopática que procura restabelecer a saúde dos enfermos com a escolha e o preparo do medicamento adequado para cada paciente, produzindo uma doença “artificial” no organismo que já possui uma doença “natural”, mobilizando-o para reagir contra a doença artificial, o organismo vence as duas (LUZ, 2014).

²³ Importante destacar que a partir da década de 40 as instituições médicas no Brasil serão orientadas por uma lógica externa à arte de curar, “essa lógica é a do processo de produção industrial” (LUZ, 2014, p.327).

as bases fundamentais da arte homeopática, da qual o vitalismo direciona as ações terapêuticas no restabelecimento da força vital afetada (LUZ, 2014). Esta força vital é um princípio imaterial que alude à visão espiritualista intrínseca à homeopatia.

A visão gadameriana da arte de curar muito se assemelha ao olhar homeopático para a saúde e cura. Para o autor, a arte de curar consiste na cooperação para o restabelecimento de algo natural, do equilíbrio. A natureza para Gadamer é a protagonista da cura e a determinante da saúde, bem como os fatores psicológico, moral e social (GADAMER, 1993). Neste sentido, a arte médica consiste na cooperação para a realização da obra da natureza e, sua obra final, a saúde, não é uma obra que pertence ao médico, como quando comparado a uma obra artística e, sendo assim, “ao se obter uma cura, o doente e o médico se juntam para conferir honras à natureza” (ibidem, p.121).

O médico com sua *techne*, o saber que determina o fazer, o “ser-capaz-de-fazer”, “conhece o motivo pelo qual uma determinada técnica de cura tem êxito” (GADAMER, 1993, p.41-42), e aplicando este conhecimento auxilia e coopera com o curso natural no restabelecimento da saúde que pertence à pessoa. Sua arte se diferencia das demais artes humanas pela liberação do outro, quando se deixa agir o natural e a natureza. Esta “liberação do outro” é vislumbrada quando o médico utiliza sua arte técnica, a cirurgia p.ex., e após sua intervenção oferece espaço para o restabelecimento do equilíbrio e a atuação da natureza curativa. Aqui podemos ampliar o olhar e ver a técnica como arte e como ciência e ver também como uma arte a utilização do conhecimento científico (a técnica) concomitante ao favorecimento do agir natural.

Encontramos também na visionária atuação da médica da psiquiatra Nise da Silveira os traços da arte de curar, traços estes deixados por seus pacientes em sua trajetória profissional e nas telas que compõem o Museu do Inconsciente²⁴. A arte para curar, o afeto catalisador, “a sensibilidade para captar desejos no canto dos olhos dos esquizofrênicos é muito mais importante que aspectos técnicos”, disse Nise (SILVEIRA, 1981, p.67). Ao abrir o setor de pintura no Hospital do Engenho de Dentro, sua intenção era “encontrar caminho de acesso ao mundo interior do psicótico” (ibidem, p.132), tendo em vista a dificuldade de se manter a comunicação verbal. Porém, para surpresa de Nise, o ato de pintar tinha por si só

²⁴ O Museu de Imagens do Inconsciente foi criado em 1952 por iniciativa da Dra. Nise da Silveira, dentro do Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto Municipal Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. O Museu reúne mais de 53 mil obras de diferentes artistas, sendo que muitos deles foram internos do hospital, como Fernando Diniz, Adelina Gomes, Emygdio de Barros Octávio Inácio e Carlos Pertuis, que produziram as obras no ateliê do núcleo de terapia ocupacional, coordenado pela Dra. Nise.

propriedades terapêuticas. Aqui vemos a arte de curar sendo arte para curar, muitas vezes descrita por Nise como um processo de autocura.

Para Fernando Diniz, paciente da Dra. Nise e artista plástico, a arte não estava relacionada a sua funcionalidade terapêutica, mas sim como um modo de comunicar, através da imagem, o seu inconsciente.

Figura 3 - Obra sem título, de Fernando Diniz (1953).



Fonte: GOOGLE, 2016.

Observamos que os conceitos de Gadamer e de Nise da Silveira estão mais próximos dos hipocráticos e dos gregos do que da medicina científica de seus tempos, principalmente quando Gadamer afirma que “o que se seguiu ao progresso da ciência foi o enorme retrocesso no cuidado geral com a saúde” (GADAMER, 1993, p.111). Esta afirmação baseia-se na assunção de que a medicina científica, ao distanciar-se da saúde e de arte de curar, tem seu centro e foco não mais na pessoa, mas na doença. Aqui nos deparamos com a diferença entre ciência médica e arte médica, ou entre ciência das doenças e arte de curar. A objetivação da doença afasta a natureza, a experiência acumulada, a pessoa cuidada e a orientação para o

todo²⁵. Pertence à arte de curar não apenas o combate à doença, mas, sobretudo, o cuidado com a saúde (GADAMER, 1993).

Este cuidado com a saúde é um dos elementos constitutivos da arte de cuidar, que se faz baseada na concepção poética do cuidado, para mais além do cuidado com a saúde e com a pessoa: o cuidado da vida.

O cuidado pode ser conceituado de diversas formas. Muito conjugado no plano das práticas de saúde, o cuidar tornou-se “propriedade” profissional, e, diga-se de passagem, uma propriedade disputadíssima! Todavia, o cuidado é uma atividade intrinsecamente humana, uma dimensão da vida humana, dada frequentemente no plano da intersubjetividade (AYRES, 2009).

Quando considerada uma ação de interação entre dois ou mais sujeitos, o cuidar estará provavelmente associado ao “alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar” (ibidem, p.42). Esta interação sugere que o cuidado será sempre uma relação, podendo ser essa relação consigo mesmo, como veremos adiante. Por ora, vamos abordar o cuidado como uma relação entre quem cuida e quem é cuidado, como é o caso, nas práticas de saúde.

Nas recentes práticas de saúde a arte de cuidar foi transpassada pelo evento da tecnociência. Esta relação de cuidado pode, portanto, ser interceptada por outro agente. Tanto pode quanto foi, que a visão tradicional da assistência à saúde como misto de ciência e arte tendeu para um maior reconhecimento e busca de legitimação pelo veio científico, sendo a dimensão arte deslocada a um plano quase que de esquecimento ou então transfigurada em tecnociência. Aqui, arte e ciência se confundem, ou nos confundem! Estaria a medicina tecnocientífica num ciclo narcisístico, onde ela “não cessa de se olhar no espelho [...] mostrando sempre mais à arte como ela pode ser poderosa com a ciência e à ciência como são ilimitados seus potenciais artísticos”? (ibidem, p.59). Faço da afirmação de Ayres um questionamento para refletir essa interação entre arte e ciência.

Cabe-me uma possibilidade de resposta, de que a arte de cuidar está para muito mais além da manipulação ou a criação de objetos. O cuidado inclui sujeitos; sujeitos estes que possuem histórias, projetos, preferências, entre outras subjetividades que fazem do encontro do cuidado um momento determinante para a saúde com a qual se propõem estabelecer ou restabelecer.

²⁵ Gadamer (1993) conta que a palavra ‘totalidade’ não se encontra “nem mesmo nos dicionários do século XIX” (p.111). Esta é uma formação lexical muito recente, evidenciando que o pensamento especialista fez com que a medicina perdesse sua orientação para o todo.

Mas quais são os elementos presentes na arte de cuidar e o que a caracteriza como arte? Estas perguntas não possuem respostas prontas, pelo menos não que eu as tenha encontrado nas exaustivas leituras de revisão sobre os temas aqui abordados. Certo é que podemos somar elementos sugestivos de uma resposta, e o faremos.

Cuidado é uma ocupação, é sempre uma ação de cuidar, portanto, há de se estabelecer uma comunicação. Há um ouvir, um perceber, um sentir, um compreender, que nos remetem a expressões utilizadas nas recentes tentativas de humanizar o cuidado, como: acolhimento, escuta, vínculo, alteridade, entre outros. Da mesma forma que há falar, orientar, aconselhar, planejar, programar, avaliar, executar, ou seja, ações pertinentes às atividades assistenciais do cuidado. É o equilíbrio desta comunicação, desta interação/relação/encontro, a medida de cada ação que faz do cuidar uma arte. Não apenas este aspecto, mas também a ampliação dos horizontes dos agentes de sua operação, com a utilização da diversidade de artefatos do cuidado a que se tem acesso, somada a valorização da pluralidade das formas de linguagens do cuidado para além das linguagens técnicas, “como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas” (AYRES, 2009, p.70).

Existe também outra apropriação do cuidado que não se baseia na interação de dois ou mais sujeitos, mas na relação do sujeito consigo mesmo. O cuidado de si é uma prática antiga presente nos textos védicos e nas filosofias orientais asiáticas. Também foi uma prática cultural greco-romana muito presente nos primeiros dois séculos da era cristã, prática que descendeu tanto da filosofia socrática e platônica quanto do pensamento de Xenofonte, Epicuro, Epicteto, Plutarco e outros pensadores que relacionavam a ética com a estética, ambas conseqüências da atitude de buscar melhores formas de relacionar-se e estar do mundo.

Essa ética é desenvolvida através da arte da existência, alicerçada pelo princípio do cuidado consigo, “preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo” (FOUCAULT, 1985, p.50); a *epiméleia heautoû*, arte de viver composta por um conjunto de ações pelas quais “nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos” (FOUCAULT, 2006, p.14). Esse “si mesmo” de que é preciso cuidar, ocupar-se, preocupar-se, trata-se aqui da *psykhé*, o eu-alma-sujeito, e para isso é preciso conhecer esse si mesmo (conhece-te a ti mesmo) e “olhar-se no elemento divino” (ibidem, p.89).

Segundo a reconstrução genealógica e histórica foucaultiana, foi com a noção de *epimeléia heautoû* que a história das práticas de subjetividade desenvolveu-se até a forma como hoje vivemos. Parte dessa noção foi apropriada pelos primeiros cristãos e revertida de retorno a si à renúncia de si para se obter a verdade e a salvação e, na modernidade, revertida à obrigação com os outros/classe/pátria, sendo que no século XVI houve uma ética/estética de

si similar ao retorno de si helenístico e romano e, no século XIX, uma tentativa de reconstrução desses princípios em Nietzsche, Schopenhauer e no anarquismo (ibidem).

Observamos que há uma semelhança na arte de viver dos diferentes períodos históricos e culturas, a de que esta arte é composta por atividades, exercícios, ações de ocupação com o corpo, espírito e mente, como a escrita, leitura, escuta, fala, meditações, dietas, exercícios físicos, aspectos estes que encontramos também na história da filosofia, como em Platão, Santo Agostinho e Descartes.

A arte de viver helenística assemelha-se com uma luta, e desta forma, podemos aproximar esta concepção ao propósito das artes marciais de luta consigo mesmo, que será apresentada adiante. A arte da luta para o atleta da espiritualidade antiga “consiste em estar pronto, mantendo-se em alerta, permanecendo ereto (não ser derrubado)” (FOUCAULT, 2006, p.389), ou seja, é uma luta para que ele esteja pronto para enfrentar os acontecimentos da vida, diferente do atleta cristão, que luta contra demônios e pecados na busca da santidade e da salvação.

Destaco todo esse resgate foucaultiano do cuidado de si por dois motivos; o primeiro está nas palavras do próprio Foucault:

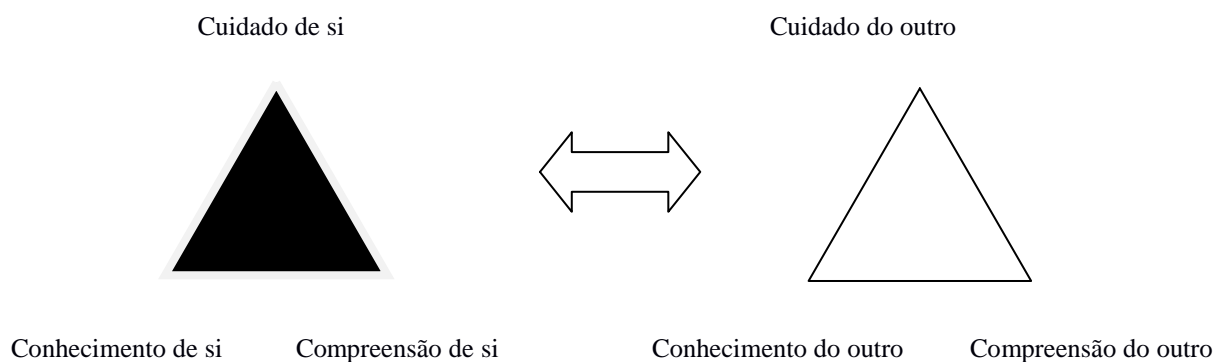
E todos os temas, como, por exemplo, o do progresso [...], toda uma reflexão sobre a história, toda uma nova dimensão da consciência histórica no Ocidente, será tardiamente alcançada, creio, quando se puder pensar que o olhar para a memória é ao mesmo tempo um olhar para o porvir (FOUCAULT, 2006, p.564).

Olhando para o mundo desde os gregos podemos compreender a formação do pensamento ocidental e comparar com a tradição filosófica oriental que despertou o interesse dos ocidentais, principalmente a partir da década de 70 até nosso momento atual. O segundo motivo consiste no resgate e revalorização da essência da prática descrita por Foucault. Diferentemente da apropriação de que o cuidado de si mais significa egoísmo e individualismo²⁶, durante séculos este foi um princípio que constituía uma verdadeira prática social, aparecendo como uma “intensificação das relações sociais” (FOUCAULT, 1985, p.58), sendo que o cuidado de si como prática pessoal e social muito tem a contribuir para o campo da saúde em diversos aspectos, tanto para o fortalecimento da dimensão arte, diminuta com a hegemonia da tecnociência, quanto para o reequilíbrio da dinâmica do cuidado entre quem cuida e quem é cuidado.

²⁶ Nesse contexto, podemos relacionar o cuidado de si mais à subjetivação de Foucault e até mesmo com a individuação de Jung: “O processo de individuação é um movimento natural, instintivo, de crescimento da personalidade que poderá ser conscientemente vivido por todo aquele que der atenta consideração à sua vida interna” (SILVEIRA, 1981, p.308).

Sobre isso, podemos refletir: o cuidado proporcionado por quem cuida é análogo ao cuidado sentido, percebido e entendido por esse cuidador? Há uma diferença qualitativa do cuidado prestado por aquele que bem conhece seu próprio corpo, que se percebe e se escuta, para com o outro ser? O que observamos na prática do trabalho em saúde é a fragilidade do cuidado recebido por quem cuida (profissionais da saúde / cuidador (a)) e do cuidado realizado e exercido por esses cuidadores e suas instituições.

Desta reflexão podemos extrair que há forte relação entre as concepções e operações de si com as ações realizadas para com os outros, o que chamo de dialógica do cuidado.



Ademais, a ideia de cuidado de si relacionada com a concepção de autonomia pode ser pensada dentro de uma prática em saúde que se proponha libertária e que preze pelo empoderamento dos sujeitos sociais, neste momento em que, geralmente, delegamos as questões de saúde aos especialistas, mantendo-nos, assim, presos a uma vida heterônoma.

Portanto, a dialógica do cuidado que pretende combinar-se ao componente arte, necessita incorporar à sua prática os elementos não apenas estéticos da arte, mas, sobretudo, os subjetivos a ela, quais sejam: sensibilidade, criatividade, emoção, expressão, liberdade, alegria e beleza. Este é o fator que justifica a colocação da arte **de** cuidar/curar e da arte **para** cuidar/curar num mesmo plano analítico, pois, apesar de serem ações diferentes, ambas constituem-se sobre bases semelhantes.

Sobre isso, destaco a importante, e recente, contribuição que Botton e Armstrong (2014) apresentam na obra *Arte como terapia*. Para os autores, a verdadeira finalidade da arte consiste em reformar a vida e é um instrumento que possui sete funções:

1. Rememoração – a arte nos auxiliar a preservar belas experiências e a nos concentrar nos aspectos mais significativos.

2. Esperança – a idealização proporcionada pela arte ajuda a concentrar a esperança em meio às dificuldades da vida.
3. Sofrimento – a arte nos ensina a enfrentar a lidar com as dores e os sofrimentos.
4. Reequilíbrio – a arte pode nos equilibrar e desta forma nos tornamos pessoas melhores.
5. Compreensão de si – a arte desenvolve o autoconhecimento, favorecendo o entendimento de si e a comunicação com o mundo.
6. Crescimento – o contato com o estranho e com o desconhecido nos faz crescer.
7. Apreciação – a arte nos ensina olhar o mundo com mais atenção, generosidade e simplicidade.

Muitas dessas “funções” apresentadas têm semelhança com os aspectos de arte de cuidar/curar apresentados anteriormente. Mas os autores vão além. Destacam que a arte também coopera para que melhoremos no amor, em nossa relação com a natureza, com o dinheiro e no exercício político. No amor “se concordarmos que é importante dar rumo às emoções como parte do processo de criar uma sociedade civilizada” (BOTTON e ARMOSTRONG, 2014, p.100); se assumirmos que a arte nos ensina a ser bons amantes, dos céus aos rios, dos animais aos seres humanos, ela pode nos conduzir a sentimentos como a ternura, admiração e empatia, podendo ser um guia para o desenvolvimento das capacidades de ouvir o outro, ter paciência, curiosidade e flexibilidade. Assim, nos auxilia para o florescimento das relações (ibidem).

Na relação com a natureza, estreitando nossa relação com ela, sua beleza, estações, ciclos e até mesmo com a morte. Faz-nos lembrar de que somos sujeitos ao tempo. Com o dinheiro, estabelecendo uma relação mais sábia e honesta com ele, com nossas necessidades e com o consumo, reorientando o sistema e ressignificando o trabalho. Por fim, em nosso exercício político, para que ocorram mudanças sociais e econômicas da vida coletiva da *polis* em direção à igualdade, à paz e à justiça social.

A arte carrega consigo elementos que agem como um corretivo à crença na natureza espontânea do amor e do cuidado: imaginação, perdão, gentileza, dignidade, afeto, inteligência, serenidade, criatividade, simplicidade, fé, cooperação, beleza e humanização. Poderão esses elementos, somados às ações constituintes da cura e do cuidado como arte, ser reconciliados ao saber técnico e científico em saúde?

Se sim, podemos resgatar também a reflexão da artesanaria do trabalho em saúde: a do profissional de saúde como um artífice, aquele que porta a técnica ao mesmo tempo que cria,

que singulariza o sujeito na aplicação da técnica, cria/age com sensibilidade e dá espaço às emoções.

1.3 Método, Indústria e Linguagem médica

Figura 4 – Operários, de Tarsila do Amaral (1933)



Fonte: GOOGLE, 2015.

Não há de se negar que a medicina é a categoria “pivô” do trabalho em saúde, seja por sua posição de poder ou por sua constituição histórica. Diante deste fato, ela aparece com mais destaque nas bases literárias das ciências humanas em saúde, da qual compõem os referenciais deste trabalho principalmente os da filosofia. Confesso não ser esta uma escolha voluntária (a de referenciar majoritariamente a medicina), mas sim uma “contingência acadêmica”. Dito isso, vale citar também que a medicina é uma das ciências mais intimamente influenciada pela cultura e pelas transformações de sua época (CANGUILHEM, 2009).

Neste sentido, a tese de alguns autores utilizados neste escopo sustenta que a fragmentação da ciência, e seu reflexo no campo da saúde e na medicina, seguiu a tendência de uma fragmentação sociocultural, política e econômica de uma época:

A ciência moderna começou por negar as visões antigas e a legitimidade das questões postas pelos homens a propósito de sua relação com a natureza. Ela iniciou o diálogo experimental, mas a partir de uma série de pressupostos e de afirmações dogmáticas que votavam os resultados dessa interrogação (e sobretudo a concepção de mundo que os acompanhava) a se apresentarem como inaceitáveis para os outros universos culturais, incluindo os que o produziu. A ciência moderna constituiu-se

como produto de uma cultura, contra certas concepções dominantes desta cultura (o aristotelismo em particular, mas também a magia e a alquimia). Poder-se-ia mesmo dizer que ela se constituiu contra a natureza, pois lhe negava a complexidade e o devir em nome dum mundo eterno e cognoscível regido por um pequeno número de leis simples e imutáveis (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 04).

Essa negação da qual a ciência moderna é fruto, consiste numa busca intensiva de autonomia da ciência. As especializações, observadas principalmente a partir do século XIX, também constituem parte desse processo que desencadeou uma série de fragmentações no interior da ciência e da própria medicina.

A transição do período clássico para o moderno foi marcada por momentos históricos importantes como a secularização, o renascimento, o iluminismo e a industrialização, sendo todos esses acontecimentos determinantes das novas formas de se fazer e pensar a ciência, sobretudo no que diz respeito aos usos ideológicos e políticos dela.

Desde essas passagens, sobretudo a partir da idade média para a idade moderna e do sistema feudal para o sistema do capital (séculos XIV-XV), a racionalidade científica torna-se cada vez mais experimental e inicia-se uma sequência progressiva e secular de rompimentos com antigos dogmas.

À luz da renascença, a racionalidade científica, criadora das “novas verdades”, que agora vem dos homens e de seus engenhos, reveladas pelo método, pela técnica e pelos instrumentos, se estabelece progressivamente no Ocidente como a episteme fonte de “verdades” e, não apenas o discurso como também os avanços no campo do conhecimento, criam uma espécie de confiança nesse método e na razão. A ciência da razão se fortalece no positivismo, identificando-a ainda mais ao “supremo” modo de produção de verdades. É nesse momento histórico do século XIX que nasce também a clínica descrita por Foucault (FOUCAULT, 2013).

Tal é o “sucesso” da racionalidade científica, com seus inventos mecânicos, físicos, suas descobertas náuticas e astronômicas, que o homem avançou tanto no domínio da natureza e na conquista de terras quanto na fabricação bélica, conferindo a ela o principal meio de se obter poder e acumular riquezas (LUZ, 2004), fato observado principalmente a partir do século XVIII, quando o uso que se faz da ciência é orientado para tais fins.

O método, como instrumento de controle análogo aos interesses da expansão do capital, prescreve agora, e limita, as epistemes que irão compor, ou não, as “verdades” que ditarão o *modus operandis* e o *corpus* da racionalidade predominantemente aceita, a ponto de ser apropriada pela máquina do capital e servir de “instrumento de controle e de dominação” (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 22).

Da máquina nasce a indústria, e com ela um novo modo de viver, produzir, explorar e consumir. Até o momento que a racionalidade científica conhecia, desbravava, descobria, ainda havia fascínio e encantamento. A partir do momento em que a máquina e a indústria entram no modo de viver dos humanos, seja como operador de máquinas, como consumidor, como dono de fábricas ou comerciante, entra também com elas o mecanicismo e a frieza na vida e nas relações humanas. É o jeito *homo industrialis* de viver (BARTHOLLO, 2001), de se relacionar, de pensar. Provavelmente vocês devem também ter lembrado agora de Charles Chaplin em *Tempos Modernos!*

Segundo Marx (1984), o próprio capitalismo é fruto da era industrial, marcada por aumento na produção de mercadorias, crescente aumento de fábricas e consequente crescimento econômico. E no que diz respeito às correlações de forças que se apropriaram da ciência, a lógica mercantilista e de formação dos Estados nacionais estão fortemente associadas ao seu desenvolvimento (BARROS, 2008).

Esse engendramento social advindo do capitalismo industrial-maquinar originou um processo de ordenação das formas de produção e nas formas de produção de conhecimento, ambas instrumentalizadas pelo método científico.

Todavia, essa epistemologia normativa e metodológica que se globalizou e tornou-se hegemônica recebe críticas devido aos processos de validação de seus conhecimentos, segundo procedimentos internos específicos criados por seus próprios formuladores (CAMARGO JR, 2013), especialmente quando se trata de conhecimentos relacionados a relações humanas, interceptadas por emoções, vontades, valores e subjetividades.

É essa uma das principais críticas de Paul Feyerabend em *Contra o Método* (1989), onde o autor postula a diferença entre o discurso filosófico hegemônico acerca da ciência e sua prática real e efetiva. No discurso, o conhecimento progrediria graças ao método, na prática, o “progresso” ocorre ao não considerar as regras metodológicas previamente estabelecidas. Nessa mesma perspectiva, só que na concepção canguilhemiana da norma, o método é também influenciável pelo meio e “as normas funcionais do ser vivo examinado no laboratório só adquirem um sentido dentro das normas operacionais do cientista” (CANGUILHEM, 2009, p. 104).

Tal contradição que Feyerabend aponta no interior da ciência ocorre, segundo ele, devido à prescrição epistemológica e, contra tal fato, ele defende o anarquismo epistemológico:

O anarquismo epistemológico difere tanto do ceticismo quanto do anarquismo político (religioso). Enquanto o cético vê tudo como igualmente meu ou desiste completamente de formular juízos dessa espécie, o anarquista epistemológico não

sente escrúpulo em defender o mais banal ou o mais afrontoso enunciado. Enquanto o anarquista político ou religioso pretende afastar certa forma de vida, o anarquista epistemológico desejará, talvez, defendê-la, pois não tem lealdade permanente com qualquer instituição, nem permanente aversão contra ela (FEYERABEND, 1989, p.292).

É importante não cometer o equívoco de confundir o anarquismo epistemológico com o anarquismo ingênuo, onde neste segundo há desqualificação e abandono de todas as regras e padrões (FEYERABEND, 2011). O pluralismo de métodos e de proposições articuladas permite uma boa generalização e relação de fenômenos plurais, sem desqualificar as diferenças e os diferentes.

Para Feyerabend (1989), a ciência livre de um único método limita as ações dos charlatães científicos, que manipulam os resultados das pesquisas para o favorecimento de interesses econômicos, comerciais, e do poder pastoral e colonialista da ciência apropriada, principalmente o exercido sobre os saberes tradicionais e de tribos não-ocidentais. Obviamente essa concepção tem suas controvérsias. Todavia, é certo que o imperialismo do método científico subordina a si demais saberes e práticas, principalmente aqueles relacionados à metafísica.

A medicina vem acompanhando a corrente de normatização de métodos e já no século XVI as doenças começam a ser classificadas e sistematizadas pelo médico francês Jean Fernel, criador do termo “fisiologia”. Nesse período, a preocupação do estado de saúde da população europeia, por parte dos administradores públicos, é motivada pelo mercado que progressivamente ditará quais normas deverão ser incorporadas à medicina, fato que culminará com o nascimento da medicina social no século XVIII. Tendo a preocupação de manter a população ativa para o trabalho e para a indústria, a medicina normatiza o saber, a formação, as práticas, as doenças e o próprio conceito de normalidade (DONNANGELO e PEREIRA, 1976).

O método clínico e o discurso médico, que marcam o nascimento da medicina moderna no século XVIII, têm forte impacto na prescrição e normatização do corpo social (GAUDENZI e ORTEGA, 2012). Na transição secular, o “locus” do biopoder, como denominado por Foucault, e onde se concentra todo o aparato tecnológico que suporta a concentração de capital, é agora o hospital. Nele, o trabalho médico se especializa e se fragmenta. É o modelo industrial subliminar que subjaz aos corpos e à vida:

As necessárias modificações no processo de trabalho expressam-se principalmente na fragmentação do ato clínico em numerosas práticas especializadas. Ao trabalho especializado correspondem tanto um processo de fragmentação técnica do objeto da prática, como a multiplicação das interferências e ainda a ampliação de cada ato

médico pelo aprofundamento da informação que orienta a interferência e pela multiplicação dos instrumentos de trabalho que requer. As modificações internas ao trabalho implicam a relativa diluição do controle dos resultados de cada nova interferência técnica, em um processo que, guardando uma aparente semelhança externa com o processo industrial de produção em escala, não pode acarretar, contudo, nem a padronização dos atos ou dos resultados, nem a redução dos custos da produção, ambas obstaculizadas respectivamente pela especificidade do objeto do trabalho e pela forma particular de utilização da tecnologia que implica o aprofundamento intensivo, ao nível das especialidades médicas, do trabalho dispendido na produção de cada unidade de serviço (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p.76, grifo meu).

Nos últimos anos do século XVIII, o rompimento da medicina moderna com a medicina clássica e a reverberação do discurso científico, acendem novas epistemes no que se refere ao olhar sobre o ser humano, sobre a doença e sobre a morte: “Também foi preciso abrir a linguagem a todo um domínio novo: o de uma correlação contínua e objetivamente fundada entre o visível e o enunciável” (FOUCAULT, 2013, p. 216), onde a verdade vista e descrita através do método anatomoclínico revela agora o que antes permanecia escondido.

Entretanto, é na Revolução Industrial do século XIX (ou segunda revolução industrial conforme alguns historiadores) que a dinâmica da fábrica, da máquina, e da divisão social do trabalho, traça mais uma vez seus reflexos nas práticas e na formação médica. Os países desenvolvidos serão os países industrializados, e neles crescerá a medicina tecnológica.

Os hospitais e as especialidades tornam-se cada vez mais o centro do saber e da prática médica, e é neste cenário que a indústria da saúde irá se estabelecer progressivamente no século XX; para estimular o consumo neste mercado promissor, mais ainda a medicina se fragmentará para que em todas estas cisões se possa lucrar. A fetichização dos equipamentos médico-diagnósticos, dos fármacos e dos seguros de saúde, transformou saúde em mercadoria, desintegrou ainda mais a relação sensível profissional de saúde – pessoa enferma, e levou “à alienação do doente face a seu próprio corpo” (LUZ, 2013, p.40). Assim, a medicina ocidental contemporânea registra seu dualismo ao separar ciência médica e arte de curar (ibidem).

A arte de curar, a arte de cuidar e a arte de criar estão agora na periferia do que se considera válido e verdadeiro:

Em cerca de cento e cinquenta anos, de fonte de inspiração, a ciência se transformou em ameaça. E não somente em ameaça para a vida material dos homens, mas mais insidiosamente ainda, em ameaça de destruição dos saberes, das tradições, das experiências mais enraizadas da memória cultural: não é este ou aquele retrocesso técnico de um resultado científico, mas o próprio ‘espírito científico’ que é acusado (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 22).

O espírito científico intrínseco ao discurso científico, idealizado, que se diz neutro e se cristaliza em um modelo ideal, está distante da prática efetiva da ciência, i.e., a ciência aplicada violou suas próprias regras e padrões (FEYERABEND, 2011). O “laboratório” não está isolado da realidade social e cultural que o rodeia. O jaleco branco não torna ninguém invencível, não dá “super poderes”, e não imuniza.

São nessas cisões conceituais, nessas brechas epistemológicas, nas práticas socioculturais, nas “periferias do saber”, que brotam as flores e a vida acontece; que a alquimia do saber cria e amálgama ciência e arte. Lugares onde prevalecem as desigualdades, onde a racionalidade científica não chega ou até mesmo onde ela não conseguiu se estabelecer.

1.4 De “RE” seguimos adiante: sobre REconciliação e transformação

Nós nos negamos a escutar as vozes que nos advertem: os sonhos do mercado mundial são os pesadelos dos países que se submetem aos seus caprichos. Continuamos aplaudindo o sequestro de bens naturais com que Deus, ou o Diabo, nos distinguiu, e assim trabalhamos para a nossa perdição e contribuimos para o extermínio da escassa natureza que nos resta.

As veias abertas da América Latina
Eduardo Galeano

Re-distribuição através de uma economia baseada na subsistência e não na acumulação, onde o mundo re-conheça a convivencialidade. Reutilização, reciclagem. Reforma. Revolução. Resistência. E por que não, reconciliação. Em tempos de re-flexão, renovamos o pensamento para manter a vida viável. Porém, pensar a vida real às vezes não condiz com o intelectualismo advindo do especialismo da ciência contemporânea (Mendonça et al, 2010). É preciso re-considerar alguns dogmas epistemológicos.

Prigogine e Stengers (1991) acreditam que *A Nova Aliança* entre os diversos saberes é possível e possibilitará a reconciliação entre homem e natureza:

Pensamos que, com a ciência metamorfoseada, o diálogo cultural é de novo possível e que, de forma inseparável, uma nova aliança pode firmar-se com a natureza, em cujo devir participem o jogo experimental e a aventura exploratória da ciência. [...] Se a própria ciência convida hoje o cientista à inteligência e abertura, se os álibis teóricos do dogmatismo e do menosprezo desaparecem, resta ainda a tarefa concreta, política e social de criar os circuitos de uma cultura (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 41).

Mesmo que por vezes incomensuráveis, a potência existente na diversidade de conhecimentos e saberes existentes contribui na (re)construção daquilo que a máquina do capital destruiu e “a troca entre membros de tradições diferentes é benéfica para que ambas as partes possam enriquecer seu conhecimento sobre o mundo” (MENDONÇA et al, 2010, p.47). Mendonça ainda alude que “a ciência quando praticada em sua melhor configuração significa, em última instância, o desenvolvimento das potencialidades propriamente humanas e não apenas de uma mera capacidade profissional” (ibidem, p.49). A ciência reconciliada significa, portanto, a abertura do diálogo entre diferentes culturas, modos de se fazer conhecimento e formas de agir social, ou seja, uma triangulação potencial do melhor agir humano frente aos desafios contemporâneos.

Diante do atual cenário, “é urgente que a ciência se reconheça como parte integrante da cultura no seio da qual se desenvolve” (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 11). Sobre isso, novamente incorporamos as contribuições de Feyerabend:

Há hoje um retorno aos saberes tradicionais nas sociedades ocidentais (descolonização); o redescobrimto e a valorização de antigas práticas é uma tendência nas sociedades que pensam em ações sustentáveis. Entretanto, a ciência permanece hegemônica e reina soberana porque seus praticantes são incapazes de compreender e não se dispõem a tolerar ideologias diferentes, [...] e porque usam essa força como seus ancestrais usaram a força de que eles dispunham para impor o cristianismo aos povos que iam encontrando em suas conquistas (Feyerabend, 1989, p.453).

Apesar dos embates contra a realização de ações sustentáveis e da influência das forças de consumo, ainda assim “cabe aos cidadãos escolher as tradições que eles preferem” (Feyerabend, 1987, p.304), escolha, importante lembrar, influenciada pela mídia, pelas condições socioeconômicas e pelas desigualdades múltiplas existentes em nossas sociedades.

As próprias noções de direito, liberdade, equidade e igualdade, como princípios de uma sociedade democrática, favorecem “tentativas de reviver velhas tradições e introduzir visões anticientíficas” (Feyerabend, 1987, p.304), as quais “devem ser louvadas como o início de uma nova era do iluminismo, onde nossas ações são guiadas pelo conhecimento e não meramente por slogans sagrados frequentemente bastante imbecis” (ibidem). A espontaneidade da crítica feyerabendiana frente a tradições mais ortodoxas e dogmáticas faz um paralelo com a emergência da horizontalização dos saberes.

Não obstante, o reconhecimento de antigas tradições e saberes ancestrais, bem como a transculturalidade e a transdisciplinaridade, são emergentes na contemporaneidade: “O mundo finito dos tempos futuros não permitirá à nossa ciência ser estritamente ocidental, e isso na

medida em que as reações irracionalistas que se abonom com a autoridade das ‘recusas’ da ciência são mais perigosas do que nunca” (PRIGOGINE e STENGERS, 1991, p. 14). A ação de reconhecimento de outras tradições, disciplinas e práticas, compõe o próprio conceito da transdisciplinaridade:

“A visão transdisciplinar está resolutamente aberta na medida em que ela ultrapassa o domínio das ciências exatas por seu diálogo e sua reconciliação não somente com as ciências humanas mas também com a arte, a literatura, a poesia e a experiência espiritual” (Carta da Transdisciplinaridade, 2000, artigo 5, grifo meu).

Para ser “contemporaneamente” possível esse diálogo e reconciliação, Gadamer (1993) medita que é preciso, primeiramente, o reconhecimento de alguns fatos: que o destino da nossa civilização está em jogo; o reconhecimento de nossos erros e nossos condicionamentos; e o reconhecimento dos problemas gerados pela razão instrumental moderna, principalmente no que diz respeito às relações e aos encontros.

Esses reconhecimentos ficam bem claros quando deslocados ao campo da saúde, onde o ideal de objetividade e a instrumentalização do pensamento geraram um poderoso distanciamento e a dissolução da pessoa, que muitas é renegada nos encontros do cuidado, tornando-os frustrantes e sem sucesso.

Através do que chama de experiência hermenêutica²⁷, Gadamer (1993) compartilha suas esperanças ou, conforme ele mesmo renomeia, seus desejos ilusórios, que provêm de uma tomada de consciência para recuperar a leveza e tornar as coisas mais humanas. Nesse sentido, o paradigma vitalista propõe para o campo da saúde a retomada de sua “função terapêutica primordial” (LUZ, 2013, p.70), que se configura não apenas de alívio do sofrimento humano e do combate às doenças, mas, sobretudo, de promoção e recuperação da saúde e de mediação da relação do ser enfermo com a doença que o acomete²⁸.

Esta proposta de um novo modelo em saúde é denominado por Luz (2013) de paradigma integrativo. Paradigma que suporta a pluralidade, valoriza a experiência e comporta o hibridismo. Nele, as práticas são orgânicas e a noção de organismo se expande para as relações: com o próprio corpo, com as outras pessoas, com a natureza e com o universo.

²⁷ Experiência hermenêutica é um complexo conceito gadameriano. Em síntese, conjuga a apreensão gadameriana do que seja experiência, com a consciência hermenêutica que se mostra receptiva através da alteridade, não pressupondo neutralidade, tampouco auto anulamento, importando-se, contudo, em dar-se conta das próprias opiniões para que o contexto se confronte com suas opiniões prévias (GADAMER, 2004).

²⁸ Essa situação de mediação é especialmente importante quando se trata de pessoas acometidas por doenças crônicas.

Ayres vê o “Cuidado” (com letra maiúscula mesmo, conforme utilizado pelo autor) como um elo reconciliatório, uma categoria reconstrutiva, e aposta na existência de uma “potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz” (AYRES, 2009, p.62). Logo, assim como a medicina e as práticas assistenciais sofreram influência das práticas culturais e da estrutura econômica e social do período industrial, é possível que o processo reverso, de reconciliação, também ocorra em decorrência das transformações na esfera macrossocial.

Sendo assim, o reencantamento da ciência é mais do que nunca plausível e necessário (PRIGOGINE e STENGERS, 1991). O ideal de onisciência vê seu fim, acompanhado da transformação da paisagem intelectual que constituiu compartimentações falíveis e da fecundidade de um paradigma onde a complementaridade e a experimentação múltipla de saberes substitui o julgamento das “outras ciências” (ibidem, p. 225), muitas delas acusadas de pseudociências.

Mendonça (no prelo), recomenda que saíamos “do imaginário social de controle da natureza e busquemos o autocontrole por meio do cultivo da nossa Integralidade: por uma ciência sensível, arte reflexiva, ética/política criativas, filosofia/metafísica engajadas, tudo ao mesmo tempo agora”, afinal precisamos reinventar nossas práticas a todo momento pois tudo está em movimento.

Diz o ditado que mover-se para trás nem sempre é retroceder. De “RE” (ou de ré), olhamos para trás e vemos que a ciência por si só, sem dúvidas, é uma arte. Arte de manipular a natureza, de criar engenhos e tecnologias que melhoram a vida das pessoas. Arte de observar e reproduzir. Arte de conhecer: com olhar sensível, coletivo e criativo. Redescobrir essa ciência em nossas ações em saúde, seja na assistência, na formação ou na gestão, é o passo necessário à reconciliação entre arte e ciência.

2 O TAI CHI NO CONTEXTO DAS PICS

A partir da discussão anterior, que tratou da contextualização e resgate histórico da ciência e da arte, abordadas nesta dissertação, iniciarei neste capítulo a apresentação do período em que nasce um movimento coletivo de contestação e mobilização social que se mostra ser uma das primeiras tentativas coletiva no ocidente de reconciliação entre arte e ciência nas práticas de saúde.

O movimento da contracultura inaugurou, com sua forma de pensamento libertária, o desejo de uma abordagem em saúde mais integral e natural, ascendendo no ocidente o interesse pelas medicinas orientais, tradicionais e populares. Nesse momento, as medicinas alternativas tornam-se, como o próprio nome diz, uma alternativa à medicina científica ocidental que se mostra rígida, fria e por vezes ineficaz.

A abordagem holística, inerente às medicinas alternativas, estabelece “pontes sobre toda espécie de fronteira e de reducionismo” (WEIL, 1987, p.07). Sobre essas pontes que reagrupam e integram saberes e culturas, constroem-se diálogos entre sociedade civil, profissionais de saúde e acadêmicos, culminando na construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS).

A PNPICS origina-se, portanto, a partir de práticas sociais em saúde que já vinham acontecendo em todo o território nacional e das recomendações da OMS, pois no cenário internacional o tema das PICS já era estava em pauta. Também contribuíram para sua formulação, as diretrizes deixadas pelo movimento da Reforma Sanitária e relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, assim como os estudos em Racionalidades Médicas.

Dentre as medicinas e práticas contempladas na PNPICS, a opção por utilizar o Tai Chi como prática-observatório da possibilidade de reconciliação entre arte e ciência justifica-se na própria essência e nos princípios filosóficos da prática. Veremos, ao final deste capítulo, que no Tai Chi os opostos e as dualidades não se excluem, tampouco se dissolvem. A dança yinyang, que forma do diagrama do Tai Chi, é a representação gráfica que corrobora no entendimento desse conceito, tão abstrato para a maioria dos ocidentais, que entendem as dualidades sempre como polarizações.

Yinyang faz-se, portanto, a metáfora da reconciliação entre arte e ciência e do próprio fato de as práticas integrativas em saúde existirem, no SUS, com as práticas convencionais em saúde. E, mesmo que seja uma metáfora utópica, ela é viva no horizonte desta pesquisa.

2.1 Contracultura e holismo

Mito, filosofia, ciência. O mito é um dos explicadores.
 O mais antigo, donde os outros saíram.
 Mas não é uma forma superada.
 Um mito não se supera.
 A Física de Ptolomeu ou a Química de Lavoisier podem
 ser superadas.
 O Mito de Édipo não pode.
 Ele é o que foi, e assim será, para sempre.
 Como todo mito, é uma leitura absoluta das essências.

Metamorfose, uma viagem pelo imaginário grego

Paulo Leminski

As potencialidades das práticas integrativas em saúde são diversas. A pluralidade e diversidade nas práticas medicinais acompanham a trajetória humana desde os tempos remotos, de que temos conhecimento. Plantas Medicinais, Ayurveda, Medicina Chinesa e Indígena são alguns exemplos de práticas milenares que perduram até os dias atuais. No ocidente são popularmente conhecidas como Medicinas Alternativas e foram resgatadas e reintegradas à nossa cultura em um contexto sócio-político que teve impacto em vários campos e através de muitas vertentes.

Um importante marco histórico que contextualiza o resgate dessas práticas foi o movimento da contracultura, iniciado mundialmente nos anos 60 e que tomou força no Brasil principalmente através dos movimentos de resistência à Ditadura Militar. Nesse período de questionamentos, afloram ideias, música, arte, e um olhar “salutogênico” e não apenas “antipatogênico” sobre as questões de saúde, motivado pela abordagem holística:

Consideramos a contracultura um desses momentos em que o holismo se fez necessário, tendo sua recuperação se manifestado em diversos movimentos sociais: no movimento ecológico-ambientalista, aparece como reinserção do homem na ordem da natureza; no movimento feminista, como processo de revalorização do feminino através de parâmetros não ditados pelo masculino; e na saúde, pela busca de formas alternativas de terapias, fundamentadas em valores e concepções holístico-integrativas (SOUZA e LUZ, 2009, p.401).

A contracultura pode também ser descrita como um conjunto de movimentos da juventude dos anos 60, na qual faziam parte os *New Ages*, *Hippies*, amantes do rock e adeptos do orientalismo, entre outros (PEREIRA, 1984). Alguns desses movimentos propunham a liberdade, o amor e a paz como princípios bases das relações e transformações sociais. Os valores centrais da cultura foram postos em xeque e a proposta de novas formas de viver e de

se relacionar eram anunciadas através de mais diversas manifestações culturais. Num período de crescente industrialização, urbanização e aumento das desigualdades sociais e da pobreza no mundo, eles convidam a sociedade a repensar a igualdade de direitos, as formas de trabalho e consumo, a relação entre humanos e natureza e humanos entre si. Praticam Yoga e meditação, fazem festivais de arte e, com muitas cores e flores, resistem ao sistema baseado na frieza das máquinas e no cinza da poluição.

Essa movimentação social dos anos 60 e 70 impulsiona outro olhar sobre a saúde face às intervenções tecnicizadas, artificializadas e mercantilizadas, associadas à medicalização social²⁹. Acentuou-se nesse período uma abertura ativa à proposta de promoção da saúde e à busca por práticas integrativas tanto na terapêutica quanto na preservação da saúde, quando então se consagrou a expressão “qualidade de vida” (LUZ, 2007). Ações de combate ao individualismo, utilitarismo, competitividade e isolamento social, são refletidas nas buscas por cuidado em saúde. Nesse momento, há uma integração da visão Oriental em alguns processos de saúde com uma maior incorporação de práticas que eram já conhecidas no Brasil, como práticas indianas, meditações e medicina chinesa, bem como a valorização da Homeopatia e da Fitoterapia.

Buscou-se incorporar à sociedade formas de cuidado naturais, que valorizassem a integralidade do ser e que não intervissem com medicamentos industrializados, equipamentos médicos ou serviços hospitalares. Essas características são encontradas em medicinas com paradigmas vitalistas (LUZ, 2007) que incorporam o holismo e o espiritualismo em suas abordagens e intervenções.

A centralização do cuidado na doença, modelo hegemônico fundamentado pela medicina científica (normalidade-patologia), não mais sustentou as necessidades de uma sociedade que sempre foi sincrética e de cultura plural. O movimento social da contracultura abriu espaço ao modelo vitalista (vitalidade-energia), compatível com ideários do período, caracteristicamente contra hegemônico no âmbito biológico, social e ecológico. Nele, a

²⁹ Gaudenzi e Ortega (2012, p.02) dizem que o termo ‘medicalização’ é “descritivo para indicar algo que se tornou médico” e de que surgiu no final da década de 60 para “se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina”. O termo compõe principalmente as obras de Ivan Illich, e posteriormente foi amplamente utilizado pela vanguarda da Saúde Coletiva, dentre as quais destacamos a obra *Saúde e Sociedade* (1976) de Maria Cecília F. Donnangelo e Luiz Pereira. Nela os autores destacam que já no século XVIII a medicina se redefine como prática social “através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar. Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida. Essa **medicalização** e a especificidade de suas relações com a estrutura econômica e político-ideológica pode ser identificada através da emergência de novos conceitos referentes à saúde e à prática médica bem como de novas formas de controle da medicina pela sociedade e de novos usos da medicina no controle e organização social” (ibidem, p. 47, grifo meu).

subjetividade é valorizada e a atenção é redirecionada para a saúde e para a harmonização da pessoa com seu meio ambiente. Desta forma, a revalorização dos modos de cuidado populares, a integração de visões de mundo exógenas e a recriação de práticas “marginais” como manifesto de resistência política, engendram um novo cenário de oferta e demanda de cuidados e práticas no campo da saúde.

Este novo cenário que se forma no campo da saúde, somado a Declaração de Alma Ata³⁰ de 1978 que diz que a política de saúde deve ser feita com a participação comunitária, apresentam para a gestão pública em saúde o desafio de abrir espaço ao saber popular e interdisciplinar no campo das políticas públicas. Este mesmo cenário inaugura a lógica promocionista, que “apresentou-se, para o pensamento científico, o desafio da busca da amplitude, valorizando a compreensão da interação entre as partes na direção da unidade e da totalidade” (CZERESNIA, 1999, p. 5). O conceito de promoção da saúde começou a ser discutido em Alma Ata, quando um novo paradigma em saúde é proposto, repercutindo no redirecionamento das práticas de saúde face ao paradigma da doença e ao paradigma preventivista.

Desta movimentação social, política e cultural se projetou a Reforma Sanitária Brasileira, movimento composto por representantes de segmentos populares, estudantes, acadêmicos, pesquisadores, profissionais de saúde, entidades comunitárias e sindicais que defenderam a democratização da saúde, fazendo nascer, a partir da sociedade, novas propostas para a área da saúde, incorporadas logo mais tarde na Constituição da República de 1988.

A Reforma Sanitária Brasileira teve seu marco referencial na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), onde quase cinco mil pessoas indicaram uma profunda mudança conceitual sobre saúde:

Ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencendo chamar a Reforma Sanitária (CNS, 1986, p. 02).

Neste trecho do relatório final³¹ da 8ª da CNS, a Reforma Sanitária se consolida como uma proposta ampliada de transformação para a saúde dos brasileiros e inspira a constituição

³⁰ A cidade de Alma Ata (na República do Cazaquistão, antiga URSS), sediou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978.

³¹ Este relatório deliberou também a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (CNS, 1986, p.02).

das leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), culminando na criação do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

A partir da década de 90, com a criação do SUS, a descentralização favoreceu a diversidade de práticas em saúde, o que para o Brasil foi um progresso uma vez que o país é caracteristicamente multicultural e tem suas heranças de cura e cuidado numa miscigenação de práticas e conhecimentos, desde os indígenas até os conhecimentos oriundos dos povos africanos e demais imigrantes.

Marcado pelas diferenças sociais e econômicas herdadas do longo processo colonizador, escravocrata e extrativista, com a Constituição Cidadã de 88 e a criação do SUS nosso país se abriu para a construção de um modelo em saúde mais abrangente, democrático e sincrético.

2.2 Racionalidades Médicas e PICS: gênese e *práxis*

As práticas integrativas somam forças às propostas da Atenção Primária em Saúde e da Estratégia Saúde da Família, que objetivam a integralidade e baseiam-se nos determinantes e condicionantes da saúde de uma população, no trabalho interdisciplinar e na construção de vínculo entre profissionais e comunidade.

Corroborando também com os princípios e diretrizes do SUS, principalmente com a Integralidade, Regionalização e Participação Social, as práticas integrativas, que já eram realizadas em diversos municípios brasileiros, foram sendo progressivamente integradas ao SUS, ganhando também reconhecimento acadêmico através do interesse dos profissionais em especializar-se e em pesquisar essas práticas tão diversas e de cosmogêneses tão diferentes.

Corroborando a este processo e ao crescente interesse social por medicinas alternativas à medicina convencional³², em 1994 surge na academia, mais especificamente no Instituto de Medicina Social da UERJ e liderado pela Prof^a Dr^a Madel Therezinha Luz³³, o grupo de pesquisa CNPq “Racionalidades Médicas” (RM), que durante 17 anos realizou pesquisas teóricas e empíricas no campo da Medicina Ocidental Contemporânea, Medicina Homeopática, Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Medicina Ayurveda (indiana). Em

³² A medicina convencional é a praticada hegemonicamente no ocidente e é denominada “Biomedicina” conforme a classificação das Racionalidades Médicas.

³³ A Prof^a Madel Therezinha Luz é professora titular aposentada do IMS-UERJ. É Filósofa (UFRJ), mestra em Sociologia (Universidade Católica de Louvain – Bélgica), doutora em Ciências Políticas (USP) e autora de dez livros publicados em várias edições.

1998 o eixo temático das práticas corporais em saúde foi incluso na terceira fase do projeto (LUZ, 2012).

Define-se Racionalidade Médica a partir de um conceito weberiano de tipo ideal como sendo “todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões” (LUZ, 2012, p.19), quais sejam:

1. Morfologia Humana – Anatomia
2. Dinâmica Vital – Fisiologia
3. Doutrina Médica
4. Sistema diagnóstico
5. Sistema terapêutico

Posteriormente foi incorporada uma sexta dimensão, a Cosmologia, ou seja, a visão de mundo, os traços transculturais de natureza epistemológica, identificados nas diferentes racionalidades (ibidem).

Destacamos aqui a importância das pesquisas em RM para o campo da saúde, uma vez que analisa e descreve os traços fundamentais das dimensões propostas, comparando as diferentes racionalidades e contribuindo para a construção de um paradigma integrativo em saúde.

Ademais, tais pesquisas evidenciam as comensurabilidades dos paradigmas vitalistas e holistas presentes nas racionalidades Ayurveda, MTC, Homeopatia, e mais recentemente na Medicina Antroposófica, formando “uma unidade tanto perceptiva quanto operativa [...] nas racionalidades médicas que partilham o paradigma do fluir da vida, onipresente nos seres vivos, que reproduz, segundo sua cosmologia, o movimento do cosmo” (LUZ, 2014, p. 75), onde o sujeito humano é visto como uma totalidade pluridimensional e a busca do equilíbrio vital é prioritária na intervenção diagnóstica e terapêutica.

Grande foi a mobilização que o grupo RM gerou, e gera, tanto em pesquisas teóricas quanto empíricas e sua contribuição epistêmica para a construção do campo das práticas integrativas, sua legitimação científica e consolidação no SUS.

A própria construção da Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS (PNPICS) efetivou-se a partir dessas contribuições, somada às vozes dos movimentos sociais e às recomendações das Conferências Nacionais de Saúde e da OMS³⁴. Foram identificadas

³⁴ A OMS criou na década de 70 o Programa de Medicina Tradicional, que incentiva os países-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado de medicinas tradicionais,

também nesse processo as experiências que já vinham acontecendo “na rede pública de muitos municípios e estados” (BRASIL, 2006, p. 04) e a crescente legitimação das PICS na sociedade civil. Assim, o Ministério da Saúde do Brasil decide em 2003 iniciar trabalhos multicêntricos para a construção de uma Política Nacional que recomendasse a implantação de ações e serviços no SUS, bem como criasse diretrizes para a inserção, gestão e avaliação das PICS no SUS.

Após esse passo e, visando “garantir a integralidade na atenção à saúde” (ibidem, p. 04), a Coordenação Geral do processo de formulação da PNPICS cria subgrupos de pesquisas que contempla agências públicas, organizações da sociedade civil, além da “realização de fóruns de abrangência nacional com ampla participação da sociedade civil organizada e reuniões técnicas para sistematização do plano de ação” (ibidem, p. 07).

Em 2004, decorrente da necessidade de se conhecer as experiências que já estavam acontecendo dentro do SUS, o Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica, realizou uma pesquisa nacional de diagnóstico das PICS em âmbito nacional e constatou a estruturação de algumas práticas em 232 municípios e 26 estados.

Decorrente das ações descritas é criada em 2006 a PNPICS³⁵, seguindo a cronologia abaixo, conforme descrita no livro da PNPICS (BRASIL, 2006, p.11):

- 1985 – Convênio entre Inamps, Fiocruz, UERJ e Instituto Hahnemaniano do Brasil para a institucionalização da Homeopatia na rede pública de saúde;
- 1986 – 8ª CNS;
- 1988– as resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – Ciplan – nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo e em técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;
- 1995 – a instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não-Convencionais, por meio da Portaria Nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;

complementares e alternativas (MT/MCA) em seus sistemas de saúde, e estímulo para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (PNPICS, 2006, p. 11).

³⁵ Mesmo ano de criação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

- 1996 – a 10ª CNS que aprova em seu relatório final a incorporação ao SUS de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura, homeopatia, terapias alternativas e práticas populares;
- 1999 – a inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria GM N° 1230 de outubro de 1999);
- 2000 – 11ª CNS recomenda incorporar na atenção básica, PSF e PACS práticas não convencionais de terapêuticas, como acupuntura e homeopatia;
- 2003 – a constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – MNPC – no SUS;
- 2003 – o relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;
- 2003 – o relatório final da 12ª CNS delibera a efetiva inclusão da MNPC no SUS;
- 2004 - a MNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;
- 2006 – Criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

No Brasil, a publicação da PNPICS foi um marco importante, conforme cita Galhardi (et al, 2011, p.218) “pois as práticas complementares possuem saberes e técnicas voltadas para a promoção da saúde, com lógica integrativa que combina as práticas com qualidade, segurança e efetividade”. Ademais, foi “um passo para a expansão da pluralidade na saúde brasileira” (BARROS et al, 2007, p. 01), considerando a noção de pluralismo como o “princípio de que cidadãos socialmente iguais, em direitos e deveres, podem ser diferentes, em percepções e necessidades” (ibidem).

Com a Política, inicia-se um processo de fortalecimento do exercício da cidadania na saúde, por permitir, ainda que muito restritamente, que o usuário do SUS escolha a forma que irá promover sua saúde ou realizar sua terapêutica. Czeresnia, (1999, p.5) alude que “essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos”. Importante destacar que segundo o Relatório

de Gestão 2006/2010 das PICS no SUS³⁶, muitos são os desafios na ampliação do acesso às PICS, sendo o mais importante a desigualdade na oferta de serviços em PICS entre os estados e municípios brasileiros.

A PNPICS pode significar, portanto, a valorização, por parte do Estado, da multiplicidade de práticas em saúde e a redemocratização do acesso e escolha da terapêutica, ou significar a delimitação de uma fronteira: a concessão de um espaço, limitado. Um simulacro de legitimação e direito oferecidos pelo Estado, uma vez que a oferta das PICS no SUS é em grande escala inferior à da medicina convencional.

Todavia, vale destacar as ações do Departamento de Atenção Básica do MS, através da Coordenadoria das PICS, para ampliar o escopo de práticas ofertadas pela Política. Em 2017, a portaria 145/2017 incluiu no rol de procedimentos do SUS a arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático e reiki. Já a Portaria 849/2017 amplia a PNPICS incluindo novas práticas na Política, sendo elas: terapia comunitária integrativa, dança circular, biodança, yoga, arteterapia, ayurveda, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki e shantala, práticas estas que já eram realizadas na atenção básica e por equipes da saúde da família mas que agora estão legitimadas pelo Ministério da Saúde e podem ser incorporadas ao sistema informatizado.

Basta saber, e o tempo dirá, se essas ações, a níveis “teóricos” e macroinstitucionais, surtirão reflexos no nível microinstitucional, ou seja, nas Unidades e Centros de Saúde do SUS, uma vez que existem inúmeros desafios ainda a serem enfrentados, como a cultura biomédica hegemônica, os escassos recursos para capacitação e pesquisa, a baixa contratação de profissionais na área de práticas integrativas, seja por OSS ou por concursos públicos, e o pequeno número de profissionais com formação na área que já trabalham no SUS, considerando que são, em grande parte, esses profissionais que realizam as PICS.

Tanto a legitimação de práticas integrativas quanto a sua institucionalização nos serviços de saúde ocorre não apenas a partir de sua eficácia empírica, de sua aceitação pela sociedade ou de sua tradição original. Tesser (2012) diz que no caso da Acupuntura, já muito difundida no ocidente, a proliferação de estudos científicos sobre seus mecanismos de ação e de ensaios clínicos, contribuiu para sua oficialização como especialidade médica no Brasil em 1995 e facilitou sua incorporação progressiva pelas instituições.

³⁶ Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf. Acesso em 22 de março, 2016.

Mas para que isso de fato ocorresse, foi preciso incorporar a Acupuntura aos moldes e métodos da ciência positiva, como que convertendo-a ou aculturando-a de suas origens e isso se deu, parte com a desconexão parcial de suas bases cosmológicas e teóricas, parte com seu descolamento do restante das práticas de Medicina Tradicional Chinesa (ibidem). Chiesa (2016, p.233) aponta que algumas práticas e epistemologias alternativas aos modelos dominantes, “conseguem ser incorporadas (ou enquadradas) pela ciência hegemônica e ganham certa visibilidade às custas de boas doses de domesticação”. Algumas dessas práticas passaram por um processo de “purificação” para serem reconhecidas pela medicina hegemônica, abandonando muitas vezes a metafísica subjacente a elas.

O Tai Chi parece seguir essa mesma trajetória. Em uma rápida pesquisa na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) encontramos 1.629³⁷ estudos com o descritor “Tai Chi” sendo que, destes, 1.112 são de bases de dados internacionais e exploram basicamente os efeitos da prática associados a uma ou mais patologias, melhora de parâmetros hematológicos e da resposta inflamatória³⁸.

Se a eficácia biomédica desta prática for uma prerrogativa para sua permanência, financiamento e subsistência no SUS, não faltarão “evidências científicas”. Entretanto, os aspectos epistêmicos que norteiam a questão da cientificidade das PICS devem considerar suas cosmologias, seus princípios fundamentais e suas ciências, que em grande parte diferenciam-se da ciência ocidental contemporânea em natureza epistêmica e cosmológica.

Importa destacar o risco iminente de comoditização, ocidentalização e cientifização das PICS, tendências fortes do modelo capitalista/neoliberal vigentes, bem como da cilada da concepção positiva da saúde, i.e., do “imaginário de ‘saúde perfeita’ através do consumo” (CAMARGO JR, 2007, p. 69), pois as PICS não escapam ao Complexo Médico Industrial da Saúde.

³⁷ Acesso em 04 de abril, 2016.

³⁸ Um recente estudo publicado pela *Biological Psychiatry Journal* ganhou destaque na edição de 18 de novembro de 2015 do jornal *New York Times*. Ele evidencia que a associação da terapia cognitiva com a prática do Tai Chi apresenta resultados muito satisfatórios para pessoas que possuem insônia, revertendo quadros inflamatórios que contribuem para o acontecimento de doenças vasculares, depressão e câncer. Disponível em (http://mobile.nytimes.com/blogs/well/2015/11/18/tai-chi-vs-psychotherapy-for-better-sleep-and-more/?smid=pl-share&_r=0&referer=). Acesso em 16 novembro de 2016.

2.3 Integrando os nomes

“Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (PICS) é a terminologia atualmente utilizada no Brasil para se referir às abordagens terapêuticas e de cuidado não convencionais³⁹ em saúde. Segundo a Política Nacional (PNPICS), essas abordagens se caracterizam por estimular mecanismos naturais de prevenção, promoção e recuperação da saúde “por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2014, p.13).

Muitas são as terminologias utilizadas para referir-se às práticas integrativas, termo escolhido e cunhado nesta pesquisa. Nem sempre essas terminologias são sinônimas, entretanto é muito comum as vermos sendo usadas como tal: alternativas, integrativas, complementares, tradicionais, populares, naturais, não-convencionais.

Há uma trama linguística aqui, e muitos “nós” atados. Sugiro como justificativa para esse fato o reduzido número de estudos sobre essa trama, bem como a indefinição e transição terminológica com que elas passaram e passam, pelo menos desde os últimos 20 anos⁴⁰.

Um desses “nós” se refere à utilização dos termos ‘medicina’ e ‘práticas’, como por exemplo, medicina integrativa e práticas integrativas. A ‘medicina’ está relacionada aos sistemas médicos complexos⁴¹ e as ‘práticas’ aos recursos terapêuticos, que são os instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos (BRASIL, 2014). Assim, as ‘medicinas’ são grupos que comportam diferentes práticas de cuidado e terapêuticas. As PICS aqui no Brasil constituem-se, parte por diferentes práticas que pertencem a diferentes sistemas médicos, parte por práticas “autônomas”, não convencionais (ou não biomédicas), que não pertencem a nenhum sistema médico complexo, como é o caso do Reiki, Danças Circulares e Florais.

‘Medicina alternativa’ é o nome mais antigo e mais difundido no Brasil. Por comportar diversas práticas de cura e cuidado, de prevenção e promoção da saúde, a medicina alternativa

³⁹ Quando se fala em medicina convencional, a referência é ao sistema predominante, oficial, ou seja, à medicina hegemônica, o sistema médico científico ou da Racionalidade Medicina Ocidental Contemporânea. Esta Racionalidade Médica apresenta-se como sinônimo da Racionalidade Biomédica, entretanto é preciso não a confundir com a categoria profissional da Biomedicina.

⁴⁰ Por essa razão destaco novamente a importância do grupo de pesquisa Racionalidades Médicas e sua contribuição aos estudos em PICS. É baseado nessa categoria que discorro e dialogo com outros autores na tentativa de desatar alguns desses “nós” terminológicos.

⁴¹ Conforme a categoria Racionalidades Médicas, os sistemas médicos complexos são as abordagens do campo das PICS que possuem teorias próprias sobre o processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica (LUZ, 2003).

se dá mais como uma categoria do que como uma prática por si só. As práticas alternativas em saúde podem ser caracterizadas pelo uso de medicinas não alopáticas, não ensinadas nas escolas médicas e da saúde e consideradas, raras exceções, medicinas sem “comprovação científica”. Contudo, para Serrano (1987), a definição de Medicina Alternativa é bem mais ampliada:

São alternativas as práticas que se batem por uma medicina democrática, pedagógica, comprometida com o povo e não com o capital. São alternativas as práticas que se transformam em canais de educação emancipadora. A medicina precisa ajudar a melhorar as vidas, a mudar mentalidades. A maior alternativa para a medicina moderna é a de ajudar na construção de uma sociedade justa. (SERRANO, 1987, p.98)

Assim, a Medicina Alternativa comporta práticas em saúde que se apresentam como alternativas tanto às práticas que compõem o modelo hegemônico em saúde quanto ao próprio modelo que rege a sociedade.

Outra categoria é a ‘Medicina Popular’. Como o próprio nome sugere, são as medicinas que utilizam o conhecimento popular e ancestral sobre as ervas, as raízes e rezas para a cura e o cuidado. São práticas sociais, nascidas no seio da cultura, das relações humanas e da natureza, em um contexto principalmente rural, onde parteiras, ervateiros, raizeiros, benzedeiros e curandeiros trabalhavam dentro de um modelo comunitário essencialmente baseado em trocas (OLIVEIRA, 1985).

Com o advento da industrialização, a medicina popular migra para a cidade junto com os camponeses e camponesas que agora trabalharão em fábricas. Na cidade, esta medicina será progressivamente rechaçada e criminalizada, associada ao charlatanismo, curandeirismo e à prática por pessoas ignorantes e sem formação. Esses saberes, assim como a própria cultura de um povo, passarão por diversas tentativas de apagamento, mas resistente, continuarão vivos, principalmente nas comunidades mais carentes das cidades (íbidem).

Muitas pessoas ainda utilizam esses saberes, seja combinando-os à medicina convencional, seja por falta de acesso a serviços essenciais de saúde, ou por opção, face à crenças e escolhas particulares, geralmente relacionadas ao desgosto do uso de medicamentos e aversão ao sistema médico convencional. São os chás, as simpatias, os alimentos, as ervas e os rituais religiosos aplicados em situações de disfunções físicas, mentais e espirituais.

O saber ancestral sobre as plantas medicinais é hoje também incorporado a alguns cursos superiores como a Naturologia e a Farmácia e foi também apropriado por parte da indústria farmacêutica e do marketing “fitoterápico” dos produtos naturais.

Também como um movimento social e de militância, adeptos dos saberes e práticas populares lutam por uma nova medicina que se construa junta e coletivamente com a cultura, que incorpore valores como a solidariedade, valorização da ecologia e utilização de recursos da própria cultura.

Já a ‘Medicina Tradicional’, conforme definição da OMS, é a “soma de todos os conhecimentos, capacidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências próprias de diferentes culturas, sendo explicáveis ou não, utilizadas para manter a saúde, prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais” (OMS, 2013, p.12). Essa definição não faz referência aos conhecimentos indígenas, como em outras definições adotadas pela própria OMS.

‘Medicina Integrativa’ (MI) é o conceito mais recente no debate das Medicinas Alternativas (OTANI e BARROS, 2011) e as definições para esse conceito são ainda bastante heterogêneas e não consensuais, fato não visto como um problema, uma vez que este é um campo que visa romper com a determinação encerrada da tradição positivista, além de estar aberto em construção, criação, expansão, transformação e, como o próprio nome diz, integração. Integra, inclusive, todas as demais nomenclaturas; não por menos, esse foi o termo escolhido para ser usado nesta pesquisa.

Integração entre práticas convencionais e não convencionais, esta é uma das conceituações utilizadas para MI. Para Barros (2008), seu significado e missão enfoca mais a saúde que a doença e tratamento, olha o paciente como um todo (mente, espírito, corpo) e inclui essas dimensões no plano terapêutico, que atenta para fatores como dieta, atividade física, sono e natureza das relações. Ela restaura, assim, valores erodidos pelas forças sociais e econômicas da modernidade (ibidem).

O autor ainda discorre sobre o processo de adaptação política do termo Medicina Integrativa, derivada do termo Medicina Alternativa, para que esta pudesse se inserir de modo mais igualitário à medicina hegemônica. Ele mostra que estudos sobre práticas populares em saúde começaram a ser realizados por antropólogos nas décadas de 30 e 40, com a observação e a descrição das diferentes práticas de cuidado e cura. Entre os anos 50 e 70 a nomenclatura ‘Medicina Alternativa’ representou as formas de cuidado de um paradigma contra hegemônico em meio a uma sociedade de crescentes processos de industrialização e artificialização, saltando aos olhos de alguns acadêmicos que as inseriram em poucas escolas de formações médicas. Tal condição, aliada aos valores de competitividade e disputa por mercado, disparou grande resistência nas esferas mais ortodoxas da medicina. Nos anos 80 pensou-se em transformá-la em medicina complementar, como estratégia de inserção num

campo excludente e, apesar de questionável, essa estratégia possibilitou a aproximação de práticas tradicionais com as práticas convencionais em saúde.

Nesse contexto é que surge o termo ‘Medicina Complementar’, seguindo, conforme sugere Barros (2008), uma transição epistemológica numa estrutura bourdieusiana do “socialmente possível”, onde modelos, *a priori* antagônicos, coexistem, são conjugados e se complementam numa dialética que supera a oposição, com a função de superar e relação “ou-um-ou-outro” do modelo alternativo, atendendo para a relação somática “e-um-e-outro” (ibidem).

Entretanto, a “pedagogia para a complementaridade” (BARROS, 2008), parece ter sido subtraída à lógica que se entende por “exames complementares”, ou seja, a lógica da hierarquia, tão consolidada no campo da saúde. A presunção de interdisciplinaridade que o termo complementar almejou, tendeu a interpretações mais correspondentes aos interesses das classes que rejeitam a incorporação de outros paradigmas ao nível de iguais. As práticas integrativas, nessa perspectiva de complementar, reificam a relação “um ordinário - outro auxiliar” com as práticas hegemônicas.

A terminologia padrão mais recente da OMS é ‘MTC’ (Medicina Tradicional e Complementar) conforme o Manual “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023” (OMS, 2013). Foi em 2002, no documento intitulado “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, que essa instituição fez o primeiro convite oficial para que as nações implantassem políticas nacionais de estímulo à utilização dessas medicinas, bem como a realização de pesquisas e controle de qualidade.

Concomitante e transversal a todo esse processo, Barros (2008) alude também sobre os interesses econômicos e simbólicos associados às práticas integrativas e sobre os incentivos e investimentos dados por esse mercado em pesquisas e formação nesta área emergente, principalmente a partir dos anos 2000, período não só de recomendação das práticas pela OMS como também da consolidação de diversos centros internacionais de estudos na área⁴².

Este é um “mercado” considerado emergente em alguns países visto o crescente gasto individual com o consumo de práticas integrativas e produtos naturais. Uma pesquisa nacional realizada em 2012 nos EUA mostrou que a soma total desses gastos chega a US\$ 30,2 bilhões por ano⁴³. Promissoras, as práticas integrativas, bem como o conceito de promoção da saúde a

⁴² Como o norte americano *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH) e a britânica *British Holistic Medical Association*.

⁴³ Informação disponível em <https://nccih.nih.gov/research/results/spotlight/americans-spend-billions>. Acesso em 24 de novembro, 2016.

ela associado, passam pelo mesmo processo que a *ciência integrativa* passou, qual seja, a sua apropriação pelo capital através de um mercado que segue a lógica industrial e individual de consumo para gerar lucro a uma pequena parcela da população, rotulando-as com os “*ecoslogans*” da moda, que nos transmitem uma permissividade de que não estamos prejudicando nem a nós mesmos, nem ao ambiente. É preciso estar atento e forte!

Nesse movimento de resistência e atenção, a prática do Tai Chi apresentou-se como uma forma de resistência ao próprio sistema que rege a sociedade. A lentidão dos movimentos vai na contramão da cidade que corre. A simplicidade é a única exigência para se praticar, não há nada a comprar, levar ou usar. E o mais especial, durante a prática é permitido errar, parar, dançar, silenciar e estar com a mente quieta.

2.4 Tai Chi – de arte milenar chinesa à prática integrativa no SUS

Um verdadeiro guerreiro é invencível porque não está em luta com coisa alguma.

A vitória significa derrotar a mente na luta que acolhemos dentro de nós.

A arte da paz: ensinamentos do fundador do aikido
Ueshiba

O antigo pensamento chinês⁴⁴ tem por bases conceitos que relacionam natureza, seres humanos, cosmos e energia⁴⁵. Esses conceitos são constituintes dos três pilares do pensamento chinês: o Taoísmo⁴⁶, o Confucionismo⁴⁷ e o Budismo⁴⁸.

⁴⁴ Esse antigo pensamento muito se distanciou da atual conjuntura da China, que é um dos maiores polos econômico do mundo (atrás apenas dos EUA) ocupando a primeira posição dos países com maior produção industrial (informação disponível em: chinatoday.com.cn. Acesso em 25 de novembro, 2016). Destaco essa distância pois atualmente a vida industrial modificou a relação entre os seres humanos e também com o trabalho e com a natureza, predominando nestas sociedades hábitos relacionados a vida industrial como a dedicação (quase que exclusiva) ao trabalho, a pressa, o estresse, a poluição, e os demais valores associados ao capitalismo como competitividade, individualismo, produtividade, consumismo e outros.

⁴⁵ Apesar de muita curiosidade e interesse pelo pensamento e pela cultura chinesa, não será possível abordar aqui aspectos mais estruturais e históricos dessa sociedade tão antiga e com uma cosmovisão tão diferente da nossa, predominantemente europeia.

⁴⁶ Originalmente chamado de *Daoismo*, essa corrente filosófica e religiosa é uma das mais antigas na China, originada a partir do Tao Te King (ou *Tao Te Ching*), livro que contém os ensinamentos de Lao Tsé (também conhecido como *Lao-Tzu* e outros nomes) e data de aproximadamente 350 e 250 a.C. O Taoísmo se desenvolveu durante os séculos através de muitas escolas e correntes de pensamento e hoje ainda é uma das filosofias mais praticadas em toda a China (TZU, 1995).

Algumas noções cosmológicas constituem a essência desse pensamento e das práticas culturais, sociais, políticas e médicas da China. A primeira delas é a noção de Tao (*Dao*). Literalmente traduzido por “Caminho”, exprime o conceito filosófico do absoluto, do fluxo, princípio e essência de todas as coisas, sendo o fluir da água sua principal metáfora. Todavia, conforme diz o próprio Lao Tsé no primeiro provérbio do Tao Te King, não é possível descrever algo que está para além da linguagem: “O Tao que pode ser dito não é o Tao verdadeiro”, ou em outra tradução “Um nome que pode ser pronunciado não é o Nome eterno” (TZU, 1995, p.121).

O Tao não comporta a ideia de um criador externo à natureza, como na concepção do deus cristão. Ele é intrínseco à natureza, não o seu senhor, e é associado ao maternal e não ao paternal, conforme provérbio 25: “Existe algo obscuro, mas completo, antes da existência de céu e terra; tranquilo e calmo, que existe sozinho sem alteração, movendo-se sem correr riscos. Poderia ser a mãe de tudo. Não sei o seu nome, e chamo-o de Tao” (TZU apud WATTS, 1975, p. 71). O Tao nada faz, ele é a ordem natural das coisas, mas que não segue uma lei; o Tao é anárquico.

Ao contrário da necessidade moderna de tudo ser lógico, nominável e racionalizável, para Lao Tse essas ações limitam a percepção e o entendimento. A noção de *wuji* (ou wu-chi) simboliza o vazio extremo e a unidade através da forma circular, contrariando também nosso ditado popular ocidental que diz “cabeça vazia oficina do diabo”. O vazio aqui é criativo. Tudo vem do vazio primordial:

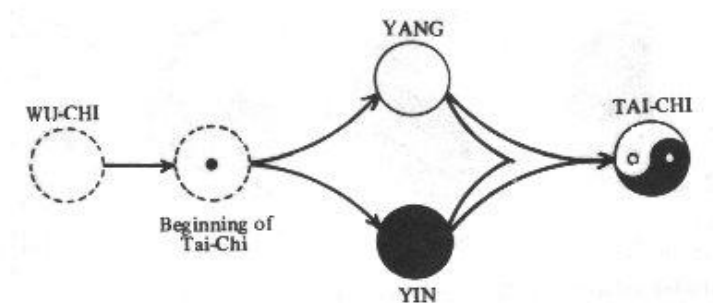
Trinta raios se unem no eixo da roda; é a abertura central que a torna útil. A argila é modelada e transformada em vaso; é seu espaço interior que o torna útil. Janelas e portas são abertas no quarto; são as aberturas que o tornam útil. Logo, o proveito surge do que existe; a utilidade, do que não existe (Provérbio 11 – Tao Te King).

Nessa lógica de que a partir do espaço vazio se criam possibilidades e movimento, podemos compreender a gênese de outros dois conceitos mais conhecidos no Ocidente: o yinyang (*yīn-yáng*) e o Tai Chi (*taiji*), que se formam a partir de wu-chi (*wuji*).

⁴⁷ Confúcio é um dos mais importantes pensadores chineses, influenciando a constituição política, cultural e educacional da história da China. A ele é dada a autoria das mais importantes obras históricas chinesas: os “Quatro Livros” e os “Cinco Cânones” (dentre eles o *I Ching*) (chinatoday.com.cn. Acesso em 25 de novembro, 2016).

⁴⁸ O Budismo continua sendo uma das religiões mais praticadas na China atualmente (chinatoday.com.cn. Acesso em 25 de novembro, 2016).

Figura 5 – Constituição do TAI CHI



Fonte: GOOGLE, 2016.

A referência antiga mais provável sobre yinyang⁴⁹ é a contida no I Ching (*Yijing*) – o Livro das Mutações – cuja data sofre variações de acordo com a referência. Neste clássico, yinyang representa as duas fases de um movimento cíclico, duas faces de uma montanha, o dia e a noite, o céu e a terra, o sol e a lua, vida e morte, e a alternância desses estágios pelo movimento cíclico, afinal neste oráculo o que está em evidência são as mutações, as transformações da vida e da natureza.

No pensamento chinês os opostos não se excluem, mas são interdependentes e se definem mutuamente. O movimento de yinyang resulta da “interação de seus aspectos contraditórios internos no contexto da totalidade” (BARSTED, 2003, p.44). Yin nasce de yang e yang nasce de yin. Para tornar essa dialética mais inteligível, basta percebermos que, no diagrama do Tai Chi (conforme Figura 4), a interação de yinyang figura-se na imagem de dois peixes, e seus olhos, um ponto branco no peixe preto e um ponto preto no peixe branco, são as sementes:

A referência constante a estes pares de termos complementares indica que *yīn-yáng* constituem aspectos de uma unidade e não duas coisas opostas. Mais do que qualidades fixas, são atributos dinâmicos em relação. [...] A própria representação gráfica do símbolo do *tàijí* simboliza a relação complementar entre o escuro e o claro, frio e o calor, descanso e estímulo, passividade e atividade, conclusão e início, noite e dia, água e fogo, terra e céu etc. Do vazio primordial *wújī* unidade primordial *tàijí*, que se divide em *yīn-yáng* [...] *Tàijí* é a extremidade sublime que representa o *dào* [tao] em sua totalidade como unidade. *Dào* é muito conhecido no ocidente, mas sua compreensão exige um conhecimento profundo da cultura chinesa. *Dào* expressa, independentemente, caminho e razão e graças ao daoísmo, sua abrangência é tão ampla que o ideograma chega a tomar um sentido metafísico de um princípio essencial que deu origem à vida e rege o cosmo. (SANTOS, 2013, p.54).

⁴⁹ A opção por utilizar os termos ‘Yin’ e ‘Yang’ juntos segue a cosmovisão chinesa do ideograma proposta por Huang (1979). Nela não há separação, apesar de haver dualidade. Há equilíbrio no movimento harmônico das energias opostas, que são unas.

Há uma tendência de classificar o que é yin e o que é yang. Entretanto, esse reducionismo desloca o sentido original de alternância e congela o movimento intrínseco à simbologia do diagrama (HUANG, 1979). O que pode acontecer naturalmente é uma dominância de yin ou de yang, como por exemplo, no céu a predominância é yang, na terra é yin, no masculino é yang, feminino é yin, porém, “se nos identificarmos apenas com um dos lados da dualidade, rompemos o equilíbrio” (ibidem, p.29). Este equilíbrio é Tai Chi, a “dança” dos opostos.

‘Tai Chi’ é comumente traduzido como “cumeeira suprema”, pois ‘chi’ (*ji*) refere-se ao extremo de qualquer coisa e à parte mais alta de um telhado (cumeeira), e ‘tai’ significa supremo, absoluto. Tai Chi aparece pela primeira vez na parte Xici⁵⁰ no I Ching, conforme tradução de Legge⁵¹ (DESPEUX, 1981): “Há nas mutações o *Taiji*, que gera os dois princípios primeiros (yin e yang); os dois princípios primeiros geram as quatro imagens; as quatro imagens, os oito triagramas” (LEGGÉ apud DESPEUX, 1981, p.37). As quatro imagens referem-se aos quatro princípios secundários (céu, lua, sol e terra), donde se formam oito triagramas que combinados produzem os 64 hexagramas do oráculo.

Sua referência no Tao Te King está no provérbio 42, que diz: “O Tao produz o Um. O Um produz o Dois. O Dois produz o Três. O Três produz os dez mil seres” (TZU, 1995, p.121, grifo meu). O Um é o Tai Chi, o Dois o yinyang, o Três refere-se ao trinômio céu/homem/terra, sendo fruto dessa interação a totalidade das criaturas ou a multiplicidade de todas as coisas, metaforizada nos dez mil seres.

Para Despeux (1981), poucas referências são feitas ao Tai Chi nos textos anteriores à era cristã, encontrado uma única vez no *Zhuangzi*, obra taoísta do século IV a.C.: “O Tao está além do *Taiji*, mas não é mais alto, está aquém das seis extremidades do universo, mas não é mais profundo” (DESPEUX, 1981, p.38). A partir da dinastia Song (960-1206) a noção do Tai Chi será desenvolvida e representada pictoricamente de diversas formas, relacionada também nesse período aos estudos alquímicos taoístas, onde os alquimistas “se esforçam por inverter o processo para retornar à unidade, ao *Taiji* (ibidem, p.49).

No microcosmo, o Tai Chi se dá pela circulação do sopro vital (*qi*) através da “dança yinyang”, conectando os seres com o céu e com a terra. Esse sopro, força vital que todos os seres apreendem do Tao é fonte de vida e precisa ser cultivada. Tal entendimento, associado à práticas de harmonização (*he*) dos seres com o cosmos e com a sociedade, já era desenvolvido

⁵⁰ O Grande Apêndice do I Ching.

⁵¹ James Legge (1815 – 1897) traduziu a única versão completa do clássico chinês diretamente para o inglês.

na China desde 206 a.C. (dinastia Hàn). Nesse período, a Medicina Clássica Chinesa (MCC) vai se desenvolver concomitante ao paradigma clássico chinês, que aplica conceitos de preservação e acúmulo de *qi*, busca da percepção e sintonia com *wu* e harmonia (*he*) com o Tao (*dao*), para a manutenção e recuperação da saúde e longevidade.

Neste mesmo paradigma se desenvolveram as artes marciais⁵² chinesas ou artes guerreiras chinesas (*Wǔshù*). Sabe-se que a história da China contemplou diversas guerras internas e externas e com isso desenvolveu, desde tempos muitos remotos, habilidades guerreiras e marciais, principalmente as de autodefesa (DESPEUX, 1981).

Diante disso, as correntes taoístas desenvolveram um sistema de técnicas de autodefesa fortemente relacionadas ao desenvolvimento espiritual e interpessoal chamada de Tai Chi Chuan (*taiji quan*). Da escola esotérica vem a origem lendária do Tai Chi Chuan, qual seja: Num dia em que o eremita Zhang Sanfeng estava à janela de sua pequena casa de palha, o grito de um pássaro lhe chamou a atenção. Debruçou-se e viu um pardal assustado descer de uma árvore onde, ao pé, achava-se uma cobra. Elas duelaram e a cobra venceu, pois combatia com agilidade e flexibilidade. Sanfeng⁵³ então compreendeu a supremacia da agilidade sobre a rigidez, observou a importância da alternância de yinyang e outras concepções que formam a base do Tai Chi Chuan (DESPEUX, 1981).

O Chuan⁵⁴ incorporado ao Tai Chi representa o combate, ou em outras traduções, o ‘boxe ou luta de mãos vazias, mãos livres, desarmadas’. Os dois combatentes representam yin e yang, e quando colocados frente a frente, ao contrário de enfrentar-se com suas forças, formam uma unidade com elas através da complementaridade e da harmonização: aí está a invencibilidade. Nesta técnica, respiração, expansão, recolhimento, flexibilização e calma configuram a prática conhecida como ‘a dança dos deuses’, ‘dança do guerreiro taoista’, ‘arte de longa vida’ e ‘meditação em movimento’. A forma diversifica-se conforme a escola⁵⁵, mas em geral os princípios são os mesmos:

⁵² A palavra ‘marcial’ deriva de ‘Marte’, o deus da guerra no panteão romano.

⁵³ Conforme diz a tradição taoísta, San-Feng Chang teria nascido em 1247 na China e criado as treze posturas fundamentais do Tai Chi ao observar a luta entre um pássaro e uma cobra e seus movimentos de ataque e defesa.

⁵⁴ Huang (1979) considera ‘chuan’ a ‘forma’. Segundo o autor o Tai Chi chuan se diferencia da prática do Tai Chi justamente neste aspecto, pois o Tai Chi é livre de forma. Neste último o que se pretende é fluir com o Tao, se permitindo alternar com *yinyang* através do movimento corporal. Ele ainda diz: “T’ai chi é uma arte: não para ser ensinada, mas para ser experimentada” (HUANG, 1978, p.49).

⁵⁵ Diferentes escolas desenvolveram o Tai Chi chuan, tais como as escolas Chen, Yang, Wu, Guo Weidhen e Sun Lutang, todas elas criadas a partir do século XVII.

- Ser vazio e ágil
- Encolher ligeiramente o peito e esticar as costas
- Afrouxar a cintura
- Distinguir o cheio do vazio
- Baixar os ombros e deixar cair os cotovelos
- Empregar o pensamento criador e não a força muscular
- Ligar o alto e o baixo
- Unir o interior e o exterior
- Ligar os movimentos sem interrupção
- Buscar a calma no movimento

A aplicação desses princípios para a conservação da energia proporcionou aos chineses o desenvolvimento de uma arte tradicional cujos benefícios relacionavam-se à longevidade, à saúde e ao bem-estar pessoal e social. Desta forma, mais recentemente com a criação da Medicina Tradicional Chinesa, o Tai Chi foi incorporado a esse sistema médico, que se tornou hegemônico na China a partir da Revolução Comunista de 1949. Contam historiadores que Mao teria incentivado a realização da prática como esporte e para a conservação da saúde.

Com o advento da Revolução, os componentes históricos e culturais do paradigma clássico chinês, bem como da Medicina Clássica Chinesa, foram modificados somado às transformações sócio-políticas que aconteciam na China. O processo de modernização do país, que ocorreu principalmente na dinastia Qīng (1644-1912) também trouxe a essa cultura os valores da ciência e da medicina ocidental, influenciando na transformação do paradigma ‘clássico’ para o paradigma ‘tradicional’ na medicina chinesa.

Progressivamente a prática do Tai Chi difundiu-se por toda a China, sendo praticada maciçamente em parques e praças. Recebeu o apelido de “ioga chinesa” e foi difundida pelo mundo concomitante à difusão das medicinas alternativas.

No Brasil, a arte chega com os primeiros imigrantes a partir do século XIX e depois no século XX com a imigração de chineses que fugiam do regime comunista. Apesar de poucas referências teóricas sobre a difusão da prática no Brasil, sabe-se que ela ganhou mais adeptos a partir da década de 60 com a emersão de outras práticas corpo-mente orientais e com a popularização da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). No SUS, práticas corporais chinesas como *Qi Gong* e *Liang Gong* começaram a ser executadas no território por alguns grupos que se reuniam nas Unidades e Centros de Saúde.

O Tai Chi e as demais práticas corpo-mente chinesas legitimam-se oficialmente no SUS com a publicação da PNPICS em 2006, que as contempla como práticas corporais da MTC. Nesta aplicação, o Tai Chi “deixa” o ‘chuan’, ou seja, deixa os aspectos marciais e a disciplina das formas, reconfigurando-se em uma prática que cai no gosto da população mais idosa e na preferência daqueles que buscam uma atividade que os proporcione bem-estar e conexão.

O Tai Chi torna-se, assim, o protagonista desta narrativa; o personagem emblemático da reconciliação homem-natureza e arte-ciência, a partir da dualidade, pois Tai Chi preside a união dos opostos yinyang. Ele representa o rompimento de dualismos da forma como compreendemos, quando integra interior e exterior, movimento e repouso, eu e o outro. Essa concepção influenciou a escolha desta prática para tratar do tema da reconciliação nesta pesquisa.

Chiesa (2016) aponta que as “epistemologias alternativas ao modelo hegemônico procuraram estabelecer uma outra leitura possível do mundo, um outro modo de perceber e se relacionar com essas dualidades, integrando-as de uma maneira a compor uma só totalidade” (ibidem, p.17). Neste sentido, totalidade diverge do entendimento de soma das partes:

Que a vida seja uma espécie de mecanismo é algo com que devo concordar. Mas tratar-se-ia do mecanismo das partes artificialmente isoláveis no todo do universo ou do mecanismo do todo real? O todo real poderia muito bem ser, dizíamos, uma continuidade indivisível: os sistemas que nele recortamos não seriam então partes suas propriamente ditas; seriam vistas parciais do todo. E, com essas vistas parciais colocadas lado a lado, você não obterá nem mesmo um começo de recomposição do conjunto, assim como não reproduzirá a materialidade de um objeto multiplicando suas fotografias sob mil aspectos diversos (BERGSON, 2006, p.08).

Para Bergson (2006), a unidade última da ciência e da metafísica encontra-se na intuição, através da transposição de mais metafísica na ciência e mais ciência na metafísica. Esta intuição é referida como um método para encontrar os verdadeiros problemas e as diferenças de natureza, onde a realidade é captada na formulação de problemas. Para ele, o verdadeiro método de unificação está comparado à convergência das cores a um mesmo ponto, quando se tornam branco.

Para tanto, a Unidade em que converge aqui a ciência da vida (ciências da saúde) e arte de cuidar, é a Unidade de Saúde. Mais profundamente na ainda: o corpo é um domínio unitário, não podendo suas partes ser abordadas inarticuladamente pois, onde sofre o corpo, sofre também o espírito (CHIESA, 2016).

Desta forma, Tai Chi, considerada uma prática para o autoconhecimento através do movimento e a busca pelo equilíbrio vital, prática promotora e conservadora da saúde,

diferencia-se da prática médica convencional e até mesmo de algumas práticas integrativas por não pretender apenas restabelecer o equilíbrio natural como um método terapêutico, mas, sobretudo, a busca constante pela consciência desse equilíbrio e conservação da energia. Nisso tem-se a porção “arte”.

Essa é a lógica que mais se aproxima do Tai Chi realizado no Centro Municipal de Saúde onde a pesquisa aconteceu:

Não tem uma supervalorização da forma e dos princípios filosóficos. Do filosófico até tem, mas não como uma coisa pra doutrinar, mas de perceber a coisa do vazio dentro de você, aquela coisa da utilidade do corpo estando vazio, mas você sentir na prática o que é isso. Então é menos falado e mais sentido. [Tai Chi é] Mundo de relação (KO, 41 anos).

Em última análise, o interesse científico pela eficácia e pelos efeitos do Tai Chi sugere uma reaproximação entre racionalidades distintas. A comprovação científica da eficiência da prática é tema de diversas pesquisas nacionais e internacionais. Este fato sugere uma redescoberta da relação dos opostos e da perspectiva dialógica entre ciência e arte. Afinal, assim como o Tai Chi, reconciliação também é relação.

3 A DANÇA DOS OPOSTOS

Quando dançamos, sós ou a dois, estamos a seguir um ritmo através do movimento. Nela há sincronicidade, entrega, prazer, alegria e principalmente relação. Nos relacionamos com o corpo, com o espaço, com nosso parceiro, com o som e se houver mais pessoas dançando essa relação se estende para com o grupo. No Tai Chi todas essas relações estão presentes, somada a consciência de que também estamos nos relacionando com o *Tao*.

Os movimentos circulares, de expansão e recolhimento, de ciclo, continuidade, mudança e retorno, caracterizam a prática do Tai Chi cuja essência é a interação e integração dos opostos yin e yang. Nessa dança, yinyang formam uma unidade que contém dentro de si as polaridades: esta é a representação que traduz o conceito de que os opostos podem ser os diferentes e a unidade comportar a diversidade.

Se na dança dou um passo a frente, meu parceiro deve dar um passo atrás. Ele, dando um passo a frente, então sou eu que dou um passo atrás. Se não houver sincronicidade, não há conciliação.

Conforme veremos nesse capítulo, as irreconciliações criam um movimento diferente do movimento que caracteriza a dança dos opostos. O Centro de Saúde, apesar de ofertar o Tai Chi, destaca-se como lócus de privilégios no seio da Zona Sul do Rio de Janeiro; a prática é ofertada para todos, mas não são todos que a podem praticar; a formação biomédica não aborda as práticas integrativas e os profissionais biomédicos não conhecem, tampouco procuram conhecer mais a fundo, as diferentes racionalidades médicas; a gestão se vale da prática quando lhe é oportuno, porém não media a reconciliação interna para a horizontalização dos saberes hegemônicos e contra hegemônicos, reforçando, igualmente, a cultura de desequilíbrio e polarização dos saberes e práticas na saúde, bem como do biopoder.

A dança dos opostos, expressão que dá nome a este estudo, corporifica, portanto, as reconciliações encontradas na pesquisa empírica, metaforizados pela interação yinyang manifesta nos movimentos do Tai Chi. Em campo, apesar de deparar-me com aspectos as desfavorecem, encontrei, contudo, um universo de possibilidades reconciliatórias, e de reconciliações de fato: vivas, orgânicas, originais, viscerais. O parque, a felicidade, a amizade, a sociabilização e a unidade corpo-mente marcaram a existência da prática como um diferencial significativo para a vida de muitas pessoas e para a vida da própria cidade.

3.1 O observatório, as pessoas, os lugares e eu

Conheci Ko⁵⁶ e o Grupo Nós Conscientes em 2014 durante minhas pesquisas sobre meditação. Nunca havia praticado Tai Chi e posso lembrar como se fosse hoje a primeira aula que fiz com Ko no Centro Municipal de Saúde (CMS) de Copacabana. Senti-me muito à vontade para mergulhar na prática, no meu ser, no meu corpo, naquele espaço. Preocupei-me, a princípio, em realizar os movimentos corretamente. Eram movimentos muito diferentes de todos os que eu já havia feito tanto na ioga quanto na dança, mas depois que fomos orientados a “fazer o nosso Tai Chi”, aquilo que entendíamos do movimento, desapeguei da forma e me permiti experimentar mais o espaço, o movimento das mãos e braços como que se carregasse o ar, a energia, não sabia ao certo o que era, sabia apenas que era algo que não conseguia ver com os esses olhos.

Carreguei a energia de dentro para fora de mim e o contrário também. Toquei o céu e a terra. Respirei. Fechei os olhos. Olhei as árvores e o Centro de Saúde. Ouvi os pássaros, os carros, as pessoas conversando. Gritei⁵⁷. Dei boas risadas! Percebi que as pessoas realizavam a prática de formas diversas, mas estavam todas ali, fazendo Tai Chi, gritando, rindo, meditando e se movimentando também. E assim que iniciei o mestrado já sabia que escreveria sobre essa experiência na minha dissertação.

Frequentei ainda algumas vezes o grupo antes de iniciar a pesquisa de campo. Ko sempre mostrou-se muito solícito, apresentando-me o gestor da unidade, onde pude trocar uma conversa e apresentar a proposta inicial da pesquisa e posteriormente a diretora do CMS. Também fui por eles muito bem recebida.

A identificação pessoal com a prática do Tai Chi e o vínculo inicial com as pessoas e o campo poderia representar, para alguns pesquisadores e acadêmicos, um enviesamento prévio em minha pesquisa. Entretanto, assim como no conceito da consciência hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (GAMADER, 2004), entendo que a receptividade à alteridade não pressupõe uma neutralidade, tampouco um anulamento de si, possibilitando uma “destacada apropriação das opiniões prévias e preconceitos pessoais” (ibidem, p.274).

⁵⁶ Elegi como apelidos para as pessoas que participaram da pesquisa nomes de diagramas do *I Ching* que se assemelhassem, de alguma forma, com a personalidade dessas pessoas; Ko é o nome do diagrama 49, descrito como “A Revolução”.

⁵⁷ Ao final das aulas, realizamos uma roda, respiramos profundamente ao passo que erguemos os braços, e então expiramos com um grito, soltando tronco e braços entre as pernas. Esta é uma prática de exteriorização da energia corporal, realizada nas artes marciais chinesas, japonesas e na ioga.

Foi com essa consciência hermenêutica que fiz tanto a revisão bibliográfica quanto a pesquisa de campo e a interpretação e análise dos dados. Minayo (2010) diz que a hermenêutica é a arte da compreensão: de textos, narrativas, discursos, entrevistas, e sobretudo, de si mesmo.

Semelhante a outros exercícios de desenvolvimento da consciência, como por exemplo a meditação, a consciência hermenêutica também trabalha com a relação:

Quando se ouve alguém ou quando se empreendeu uma leitura, não é necessário que se esqueçam todas as opiniões prévias sobre seu conteúdo e todas as opiniões próprias. O que se exige é simplesmente a abertura para a opinião do outro ou para a opinião do texto. Mas essa abertura implica sempre colocar a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias, ou que a gente se ponha em certa relação com elas (GADAMER, 2004, p. 274).

A abertura posta em relação foi o conceito norteador de minha estada em campo. Um exercício de caráter dialético frente a opiniões diversas sobre o objeto em pesquisa, na qual deparei-me em campo.

A observação participante, como método adotado para coleta de dados, possibilitou minha imersão no cotidiano da prática integrativa do CMS, favorecendo uma parcela de compreensão dessa realidade social e de concepções, motivações e significados que as pessoas atribuem a ela (MINAYO, 2010). Essas percepções, fatos, vivências, sensações, encontros, conflitos e paisagens estão registradas em meu diário de campo, como nesse trecho onde descrevo o primeiro dia em campo:

O dia está limpo. Às 07:30h, na Unidade toda reformada, atrás dos vidros está o grupo Nós Conscientes, com oito pessoas (sendo 1 homem) mais o professor praticando Tai Chi. Ao lado está a UPA, pessoas nos observam de lá. Atrás está o batalhão de polícia, policiais também nos observam. O Tai Chi está na contramão do fluxo da cidade: estamos em “câmera lenta”, prestando atenção na respiração, no corpo e em tudo, ou nos detalhes, do que acontece ao nosso redor. O Tai Chi é de cada um, ninguém é orientado a fazer o movimento certo, mas sim a estar atento aos movimentos, ao espaço e à reverberação que a energia tem em nossos corpos (Registro em Diário de Campo, 24/08/2016).

Nesse registro, como em outras passagens do diário, trago componentes estruturais e físicos da observação, mas também aspectos subjetivos meus. Logo, nas entrevistas, método de coleta de dados utilizado em conjunto com a observação participante, busquei compreender a realidade das pessoas que compartilham esse espaço; escutei as vozes sussurradas no âmbito social, as diferentes opiniões, crenças, valores e significados que as pessoas atribuem a si, aos outros, ao mundo, e às práticas que estão inseridas:

Eu quando vim pra cá, eu não vim por nenhuma recomendação médica, eu vim pra ver o que era. Consequentemente, eu não sou uma pessoa que pode dizer: ah, eu melhorei isso, eu melhorei aquilo [...] Tai Chi pra mim não é obrigação, eu faço por prazer (TING, 75anos).

O Centro de Saúde não se configura mais como um local onde as pessoas frequentam apenas quando doentes, para se vacinarem e para realizarem exames diagnósticos ou preventivos. Agora ele é também um lugar frequentado para sentir-se bem, ou como nas palavras de Ting, “por prazer”.

* * *

O CMS João Barros Barreto⁵⁸ teve seu primeiro endereço na Av. Rainha Elizabeth nº 248, Copacabana. No final da década de 30, chamava-se Centro de Saúde nº 5 e oferecia serviços de Pré-natal, Higiene Infantil, Serviço de Olhos, Dentário, de Tuberculose, Lepra e de Carteira de Saúde. Na década de 50, a Unidade passou a funcionar na Rua Tonelero nº 262, Copacabana. Em 1965, passou por reformas em suas instalações e os serviços oferecidos eram: Saúde Escolar, Abreugrafia e Aconselhamento Pré-nupcial.

Passou a chamar-se CMS João Barros Barreto em homenagem ao médico sanitarista que foi Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública no ano de 1915. Em 1999, com a desapropriação do terreno para a construção da estação do Metrô Siqueira Campos, o CMS foi transferido para um abrigo provisório na Praça Serzedelo Correa, retornado às redondezas do metrô em 2004 num prédio de 5 andares construído pelo MetrôRio, ocupando uma área de 1000 m² em terreno doado pelo Estado. No dia 20 de setembro de 2004, a Secretaria Municipal de Saúde inaugurou a nova sede do CMS João Barros Barreto, situada à Rua Tenreiro Aranha s/ nº, ao lado da Estação de metrô Siqueira Campos, onde permanece até os dias atuais.

Configura-se em uma unidade modelo B, composta por profissionais estatutários e celetistas: 01 gerente, 06 médicos, 01 dentista, 06 enfermeiros, 36 agentes comunitários e 05 agentes de vigilância, além de 06 funcionários administrativos.

A porta de entrada dos usuários é pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A área de abrangência corresponde aos bairros de Copacabana, Leme e 05 comunidades: Pavão/Pavãozinho, Ladeira dos Tabajaras, Cabritos, Babilônia e Chapéu Mangueira,

⁵⁸ Informações oferecidas pelo Blog da unidade. Disponível em: <http://smsdc-sf-joaobarrosbarreto.blogspot.com.br/>. Acesso em 04 de abril, 2016.

ocupando uma área territorial de 4,96 Km², com 161.178 habitantes e população residente em comunidades de 10.579 habitantes.

Atualmente, três modalidades de práticas integrativas acontecem lá, sem integração entre si:

- 1) O grupo Nós Conscientes, que desde 2008 praticam *Tai Chi, chi kung*⁵⁹ e *tui na*⁶⁰. As aulas acontecem as segundas, quartas e sextas, das 07:30 h as 08:30 h na Unidade e as quartas e sextas das 09:00 h as 10:00 h no parque da Chacrinha.
- 2) Auriculoterapia, realizado por uma profissional estatutária, massoterapeuta.
- 3) Ioga, oferecido por uma professora voluntária, 2x por semana.

O CMS também conta com a Academia Carioca, grupo de Artesanato e Grupo Alívio. Para este último grupo, são encaminhadas as pessoas com limitações físicas mais incapacitantes para realizar exercícios com a fisioterapeuta e com a terapeuta ocupacional.

Ko (41 anos) me contou que foi iniciativa dele realizar aulas no parque: “O parque da Chacrinha foi um achado, é perto da Unidade mas parece que você saiu do urbano e tá no meio do mato, então já estou aqui há uns três anos”.

A sensação descrita por Ko se repete em outros relatos e no meu diário de campo. O parque é um local privilegiado em meio ao cenário urbano. Esse “braço” do SUS em meio à Mata Atlântica desperta um sentimento de cidadania e pertencimento aos espaços públicos: “É uma conjugação de muitas coisas positivas, por isso que eu considero um oásis em plena Copacabana [...]. Se eu não fizesse o Tai Chi eu talvez não usaria um parque que é do lado da minha casa, então cria esse hábito de usar esse equipamento público” (TUI, 47 anos).

As opções de praticar o Tai Chi tanto no Centro de Saúde quanto no parque revelam a mudança de paradigma que o SUS apresenta para o campo da saúde e para a sociedade em geral. Nesse novo paradigma, a proposta da promoção da saúde, que diz que a saúde das pessoas perpassa ambientes, cidades e relações saudáveis, fica mais evidente e concreta. A utilização de um espaço público que tanto tem a ver com a saúde, mostra-se um exemplo exitoso a ser seguido, apresentando-se como uma proposta ampliada de cuidado frente às ações em saúde que são, majoritariamente, restritas a espaços de caráter hospitalar.

⁵⁹ Chi Kung (*Qi Gong*) é uma prática corporal chinesa não-marcial; um exercício de corrente taoísta para o treinamento/cultivo do chi (*qi*), conduzindo-o de maneira a aumentar, manter ou recuperar a saúde.

⁶⁰ Tui Na é uma forma de massagem da medicina chinesa. No grupo “Nós Conscientes” ela é aplicada como automassagem na estimulação de alguns pontos e superfícies do corpo, trabalhando os mesmos meridianos da acupuntura.

A cênica do parque casa perfeitamente com a prática do Tai Chi. Lá é possível se conectar com a natureza, com o próprio Ser e com o grupo. É possível respirar profundamente o verde e acalmar mente e corpo.

O dia estava parcialmente nublado. Pássaros, micos, borboletas e insetos compartilham o cenário de prática juntamente com as árvores e montanhas que nos circundam. Lá, praticamos em uma quadra de areia e podemos explorar mais o espaço como com movimentos, com caminhadas, grandes rodas e livre expressão (DIÁRIO DE CAMPO, 28/09/2016).

Existe, contudo, uma diferença no perfil de algumas pessoas que praticam no parque daquelas que praticam no CMS. De modo geral (cabem as exceções), a prática no CMS aproxima-se mais de uma proposta terapêutica, relacionada a um estado patológico, necessidade de compensação de alguma limitação física ou de algum distúrbio psíquico ou emocional. No parque, a prática relaciona-se mais ao bem-estar, à promoção da saúde ou à realização de uma atividade de lazer.

Todavia, não há uma relação de indissociabilidade ou disputa entre eles, ao contrário, o grupo Nós Conscientes se reúne toda última quarta-feira do mês no parque para uma aula conjunta entre praticantes do parque e do CMS e depois um café da manhã. Esse momento é muito especial, as pessoas conversam, trocam, tiram fotos e programam outras atividades conjuntas.

Infelizmente esta experiência é uma exceção nas práticas em saúde e na realidade municipal do SUS, pois apesar de observarmos diversos grupos praticando Tai Chi pelas praças e parques da cidade do Rio de Janeiro, apenas duas unidades vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde oferecem o Tai Chi: a de Copacabana e a de Campo Grande⁶¹. Os demais grupos são independentes, vinculados a Secretaria de Esporte e Lazer, a Secretaria de Estado de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida, ou a organizações da sociedade civil.

Com mais esse privilégio, a Zona Sul do Rio de Janeiro se beneficia de um Centro Municipal de Saúde reformado, com vidraças laterais (Figura 6), um jardim de inverno central, e um “leque” de opções tanto no âmbito da saúde quanto de lazer, segurança, limpeza, saneamento público, entre outras vantagens que marcam as desigualdades de uma sociedade de classes.

A pesquisa empírica mostrou que, embora tenham pessoas com renda mensal entre R\$1.500,00 a 2.000,00 mensais participando do grupo (quatro entrevistadas), o perfil

⁶¹ Informações gentilmente fornecidas pela gestão municipal de Práticas Integrativas e Complementares do Rio de Janeiro, em novembro de 2016.

socioeconômico comporta também pessoas com renda entre R\$6.000,00 a 9.000,00 (três pessoas) e R\$10.000,00 a 12.000,00 mensais (duas pessoas), sugerindo que a prática do Tai Chi esteja mais acessível às pessoas de status socioeconômico privilegiado, neste caso, renda e local de residência.

A exclusão social ao acesso a serviços e bens públicos, bem como a injustiça, a violência e a degradação ambiental, configuram a realidade brasileira. Apesar de pequenos avanços em políticas públicas e mobilização social, o país é marcado, ainda, pelos impactos da corrupção e da personalidade assistencialista dos governantes.

Hoje a aula estava mais cheia, 15 mulheres. Pessoas são encaminhadas pela triagem do grupo “Alívio”. Muitas dessas mulheres as vejo pela primeira vez. Às sete e meia da manhã a unidade já está cheia de usuários aguardando os profissionais que chegam a partir das 8h. Nisso a aula de Tai Chi já começou e muitos nos observam. Os vidros da unidade nos separam e nos conectam (DIÁRIO DE CAMPO, 31/10/2015).

Figura 6 - As vidraças (ou “vitrines”) do CMS e o local onde o Tai Chi é realizado⁶²



Fonte: O autor, 2017.

Não apenas as calçadas de Copacabana, a “princesinha do mar” nas palavras de Tom Jobim, mas também seu Centro de Saúde são vitrines que não refletem a realidade da cidade “maravilhosa”. Este reconhecimento foi feito por seis das nove pessoas entrevistadas, que reivindicaram que a prática do Tai Chi fosse extensiva aos demais usuários do SUS:

⁶² As aulas de Tai Chi são realizadas neste espaço externo do CMS. Quando chove, não há um local para realizar a prática, sendo a mesma cancelada. Quando muito calor, a prática é realizada debaixo do forte sol, pois não há uma sala com ar-condicionado e estrutura que a receba, diferente das atividades biomédicas (consultórios, laboratórios, salas de exames, etc) que têm suas estruturas personalizadas para a realização das atividades profissionais.

Desejo que tenha isso [Tai Chi] em todos os lugares e pra todo mundo. Principalmente as pessoas muito carentes, elas não tem nenhum conhecimento, elas não sabem o que é. Você vê, aqui todo mundo entra no posto, olha e vem. Aí entra na aula. Eu não gosto desse negócio, só quem é privilegiado, que mora na zona sul. Todo ser humano precisa (CHIA, 59 anos).

Aqui nós temos o Tai Chi, onde mais? Você conhece outro lugar no SUS? Eu não conheço. Os outros postos ninguém tem isso. Se tiver são dois ou três. Os postos de saúde deveriam fazer propaganda, a secretaria de saúde deveria ter uma postura nesse sentido. Por que não? Custa muito mais barato você ter um instrutor fazendo Tai Chi do que ficar passando medicamento, medicamento (TS'UI, 80 anos).

O Tai Chi deveria ser uma coisa básica pra saúde do ser humano. Se o SUS pudesse entrar nisso, fazer mais aulas e transmitir isso pras pessoas, não teria tanta gente doente (CHIN, 66 anos).

Eu acho que o que tá faltando no nosso sistema de saúde de uma maneira geral é não só o médico se preocupar em prescrever medicação. Deveriam chamar mais atenção pra alimentação, exercício físico, pra que as pessoas tenham uma qualidade de vida muito boa (TING, 75 anos).

Gostaria de pedir que deveria ter em mais lugares, em mais postos de saúde, pra que outras pessoas tivessem a mesma oportunidade que eu tive, que estou tendo, de se exercitar, de ter uma qualidade de vida melhor porque eu já andava desanimada porque já tinha tentado várias atividades e não dava, devido os meus problemas de saúde, ao invés de me ajudar, me causava mais dores, mais transtornos. Então eu gostaria que tivesse em mais postos, em todos os postos se possível (KUAI, 56 anos).

Dados recentes do Ministério da Saúde⁶³ mostram que de 2008 a 2015 houve um aumento de 526% no número de estabelecimentos públicos ofertando PICS, sendo 78% deles na atenção básica, localizados em sua maioria na Região Sudeste do país. Apesar desse monitoramento ser ainda incipiente e inespecífico para o Tai Chi e para outras práticas, somaram-se em 2015, 2.067 equipes em 223 municípios realizando práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa no país.

Há, porém, um longo caminho a ser percorrido na democratização da oferta e acesso de serviços públicos de qualidade para todos e, no que concerne às práticas integrativas, esse desafio está posto desde a ascensão das 'medicinas alternativas', acessíveis apenas às camadas mais privilegiadas da população, àquelas que podiam pagar por elas.

* * *

⁶³ Dados disponíveis no boletim publicado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics.pdf. Acesso em 09 de dezembro, 2016.

Nesta narrativa de pesquisa fiz questão de evitar o uso dos termos ‘usuários’ e ‘sujeitos’. O primeiro porque pode sugerir uma polissemia do termo, inclusive de um utilitarismo do serviço de saúde. O segundo pelo uso corrente em pesquisas quantitativas, referindo-se às pessoas como um “n”, um número, o que me causa certo constrangimento. Ambos por se referirem exclusivamente ao gênero masculino. Optei pelo termo ‘pessoas’, seres portadores de identidades, histórias, valores, crenças e singularidades.

Muitas dessas pessoas se reúnem há mais de quatro anos no CMS para a prática do Tai Chi⁶⁴. Outras passam pelo grupo, voltam quando podem, ou não voltam mais, mas levam consigo o aprendizado e a consciência corporal.

As participantes do grupo são em maior número mulheres, dado que refletiu na predominância do gênero feminino nas entrevistas, que totalizou oito mulheres e um homem. Dessas pessoas, quatro tinham menos de sessenta anos, e cinco pessoas mais de sessenta anos. Este último dado, no entanto, não reflete a realidade dos frequentadores do grupo, que são em sua maioria pessoas com mais de sessenta anos. Das entrevistadas, apenas uma pessoa não residia em Copacabana, mas trabalhava lá.

O grupo foi nominado a partir de uma prática de “horizontalidade”, conforme denominou Ko, que são momentos de reflexão, realizados geralmente ao final da aula, onde são discutidos temas diversos, mas sempre relacionados à consciência de si e do mundo. Num desses momentos, conforme contou-me Ko, foi feita uma espécie de *brainstorming*:

Então a gente meio que pensou em palavras e vamos escrever as palavras, e todo o grupo escrevia e tal, e em algum momento a gente começou a juntar as palavras e via que ficou com uma sonoridade bacana. Na época o grupo estava bastante cheio, em média umas 30 pessoas, aí a gente achou esse ‘Nós Conscientes’ (KO, 41 anos).

O nome escolhido pelo grupo tem muito a ver com proposta do Tai Chi de estabelecer uma relação harmônica consigo e com o mundo na vida cotidiana⁶⁵: “T’ai chi pode ser um modo de permitir que o corpo nos ensine e oriente na resolução de conflitos cotidianos” (HUANG, 1979, p.30). Essa concepção do mestre chinês é análoga a de uma participante do grupo:

⁶⁴ Das nove pessoas entrevistadas, cinco participam do grupo de três a cinco anos e quatro pessoas de um a doze meses.

⁶⁵ Sobre o Tai Chi como proposta estabelecer relações harmônicas na vida cotidiana, estar em um supermercado lotado é uma boa oportunidade para praticar Tai Chi. Esse é um exemplo muito conhecido no grupo Nós Conscientes pois Ko associa com frequência a fila do “Mundial”, (supermercado carioca conhecido pelos baixos preços e pela superlotação) com o exercício de estar integralmente no momento presente, respirando e se relacionando com o estresse inerente a esse ambiente. É um exercício desafiador!

O nome do nosso grupo “Nós conscientes” não é à toa. É busca de um despertar do corpo, de si mesmo, pra tudo, pra onde a gente está, a relação com o espaço, o seu comportamento, a sua atitude, que é uma luta constante, você está sempre cercado, ambientes de trabalho são extremamente competitivos, a gente sempre brinca das pessoas na fila do Mundial, estressados, e como a gente está no meio disso, aí extrapolando a coisa da saúde que é o corpo, esse corpo anatomofisiológico (TUI, 47anos).

O grupo ganhou nome e camisetas. Sua identidade se concretiza progressivamente a partir da mobilização e vínculo que as pessoas criam entre si. Laços de amizade e cuidado foram, sobremaneira observados, também na relação das pessoas com o terapeuta/professor:

O “Ko” não trabalha só o movimento, mas ele tem uma atitude, ele é um professor. Ele tem um lado pedagógico, educativo, que fala das atitudes na vida [...]. “Ko” é muito especial mesmo, a consciência que ele tem da abordagem, de como isso afeta as pessoas positivamente (TUI, 47 anos).

“Você não vê como o nosso instrutor brinca? Ele brinca! Então você sai leve dali” (TS’UI, 80 anos).

“Tenho um bom relacionamento com o professor. Ele não nos cobra aquela coisa máxima, você vai até onde você pode, devido sua faixa etária. Então isso eu acho que é importantíssimo para mim” (TING, 75 anos).

Esse fato evidencia a reconciliação terapeuta / “paciente”, fator da crise da medicina hegemônica, caracterizada pela mercantilização dessa relação, pela supervalorização da doença em detrimento do ser que sofre, e da própria relação de disputa entre diferentes categorias do campo da saúde, acarretando prejuízos aos requerentes do cuidado (LUZ, 2013).

Acrescento como fator de crise na saúde o distanciamento humano gerado pela tecnociência, e por que não dizer, pelas novas tecnologias de informação e comunicação, onde o diálogo, o toque, a escuta e a sensibilidade na relação terapeuta / pessoa, foram substituídos pelo protocolo, alimentação do sistema de dados informatizados, equipamentos biomédicos, e, sobretudo, pelo tempo, que é “escasso” e precisa ser otimizado através de um atendimento rápido e eficaz. Assim, a forma como se dá a relação do terapeuta do Tai Chi com as participantes também aponta para uma reconciliação com a arte de cuidar.

Somado aos aspectos supracitados, o “lado pedagógico” do terapeuta (conforme depoimento supracitado de Tui, 47 anos) aponta para uma apropriação ampliada dos aspectos da saúde, de viés freiriano, desencadeadora dos processos reconciliatórios observados através da prática do Tai Chi, conforme veremos a seguir.

3.2 Sobre a reconciliação da ciência com a arte de cuidar e seus desdobramentos

A arte é livre (ou “as artes”, como diria Platão); expressa o inexprimível e afeta a sensibilidade. O cuidar é ocupar-se com algo/alguém. As ciências, a ciência das doenças e a “hiper-especialização” têm já o seu lugar definido na cultura contemporânea. Feyerabend diz que “o poder da profissão médica sobre todas as fases da vida já supera o poder que, certa vez, era exercido pela Igreja” (FEYERABEND, 2011, p.92). Esse poder, exercido hegemonicamente nas instituições de saúde, centrado na razão, na objetividade e na “parte” doente, divide agora seu espaço de atuação com práticas cuja racionalidade norteadora baseia-se no vitalismo, no holismo e no espiritualismo⁶⁶.

Apesar das disputas históricas entre as medicinas tradicionais e a medicina científica, ambas estão agora disponíveis no mesmo espaço. Não dividem este espaço tampouco o têm igualmente legitimado institucional e culturalmente. Mas partimos da premissa de que ambos estão presentes e convivem, com mais ou menos soberania territorial.

Existem, contudo, fronteiras entre elas, que podem confirmar-se ou diluir-se. Podem ser elas marcas de delimitação dos espaços ou de trânsito. Nesse sentido é que reconciliação só faz sentido aqui se expressar verdadeiramente a diluição, o trânsito, a fusão. Estar no mesmo espaço não significa conciliação. Partindo desse pressuposto, as entrevistas apresentaram reconciliações diversas, para além da arte e da ciência, e também apresentaram aspectos irreconciliáveis.

Discorrerei primeiro sobre as reconciliações, a partir de quatro eixos:

1. Da sociabilização
2. Da felicidade
3. Da liberdade
4. Do corpo-mente

⁶⁶ Embora já mencionados, vale ressaltar que os conceitos de holismo e espiritualismo são elementos intrínsecos ao paradigma vitalista, modelo que atribui às funções orgânicas a uma força vital (energia). Nesse contexto aplica-se a utilização do termo holismo, que dentre suas diferentes abordagens, escolho a que melhor se aplica aqui, qual seja, a correta interpretação da não-dualidade (WEIL, 1987). *Holos* é uma palavra grega que significa “todo”, portanto uma “palavra que se pretende não-dual [...]”. Ou, ainda, o Todo se encontra em todas as suas partes [...]. Assim, estas ‘partes’ como os Universos e os seres são apenas eventos ou sistemas energéticos, compostos da mesma energia e que constituem uma continuidade indissociável do Ser ou *Holocontinuum*” (ibidem, p.94, 140). Para espiritualismo, adoto também a descrição de Weil (1987, p.54), que diz ser uma “doutrina segundo a qual o espírito ou a alma constitui uma realidade substancial distinta da matéria e do corpo”. Desta forma, a aplicabilidade do termo no contexto do modelo vitalista diz respeito a valorização do espírito ou alma na abordagem em saúde.

3.2.1 Da sociabilização

A sociabilização representa um fator de rompimento com valores que permeiam a contemporaneidade: o isolamento social, o individualismo e a solidão. No campo da saúde, ela alude ao fato de que o cuidado de si e o cuidado dos outros são indissociáveis, que o ser humano é um ser relacional e, sobretudo, que a amizade é a manifestação mais sublime do cuidado.

Copacabana abriga não apenas um grande número de idosos e aposentados, como também muitas pessoas que vivem sós em suas quitinetes. Esse perfil mobiliza um movimento de busca por grupos e atividades onde se possam compartilhar momentos de lazer e até mesmo de esporte e saúde. O Nós Conscientes é um desses grupos. Conforme relatos das entrevistas, estar no grupo configura também uma ação de promoção e recuperação da saúde, ou seja, a sociabilização contribui para que as pessoas sintam-se melhores física e psiquicamente:

“Eu fico feliz por ter essa atividade aqui no posto e eu poder interagir junto com o grupo, isso me faz bem” (SHENG, 59 anos).

“O encontro com as pessoas também, a questão da sociabilidade, porque as pessoas acabam se tornando amigas [...] então acaba formando uma rede de pessoas que partilham desse momento tão especial; uma coisa mágica!” (TUI, 47 anos).

[O Tai Chi] influencia na minha saúde por me dar uma obrigação de vir aqui toda segunda, quarta e sexta, pegar minha bicicleta, me deslocar até aqui, me encontrar com as pessoas da minha faixa etária normalmente, trocarmos opiniões a respeito do que está se passando no Brasil e no mundo (TING, 75 anos).

“Eu era também muito acanhada pra conversar. Se fosse há uns anos atrás eu não iria nem estar conversando, eu ia estar aqui gaguejando, não iria estar assim tranquila, conversando, a vontade, por isso eu acho que o Tai Chi é muito bom, muito bom mesmo” (CHIEH, 58 anos).

“Eu estou numa fase difícil, de transição, solidão, um monte de coisa. O Tai Chi, além de você ter contato com as pessoas e não ficar tão isolada, eu realmente comecei a me acalmar” (CHIA, 59 anos).

Há de se destacar também que das nove pessoas entrevistadas, cinco chegaram ao grupo por indicação de amigos. Desta forma, os relatos e os achados demonstram que há reconciliação através da sociabilização e da amizade, e que os agentes dessa reconciliação são os usuários e as usuárias, ou seja, ela ocorre no microplano, nas relações que escapam ao agenciamento da gestão local ou do sistema de saúde, mas que em alguma instância só acontecem porque existe a plataforma onde as reconciliações são possíveis, qual seja, o SUS.

Destaco também o potencial autonomizante que a sociabilização gera entre as pessoas que realizam a prática. Para exemplificar, houve um dia em que o professor não pôde comparecer à Unidade, todavia, as pessoas que compareceram para a aula se mobilizaram para realizar a prática, cada uma conforme lembrava um movimento o introduzia para o grupo e então todos o realizavam. Esse consenso e iniciativa coletiva demonstram maturidade e empoderamento que somente um grupo com laços sociais sólidos é capaz de desenvolver.

Também o encontro entre as pessoas que praticam no CMS com as que praticam no parque, toda última quarta-feira do mês, reafirma essa solidificação das relações entre as pessoas, muitas vezes tão diferentes entre si, mas que encontram no Centro de Saúde acolhimento, vínculo e amizade.

Os vínculos sociais nascem a partir de uma prática em grupo, coletiva. Apesar de o Tai Chi ser uma prática que proporciona uma experiência transpessoal, de autoconhecimento e consciência corporal, ele também compreende experiências interpessoais através dos movimentos em duplas (Figura 7) e das atividades grupais. Nas rodas, há espaço para fala e escuta; as pessoas compartilham histórias, sentimentos, emoções e até mesmo posições políticas.

Atividades dessa natureza reacendem a vida da comunidade, uma vez que nas sociedades contemporâneas as pessoas tendem a isolar-se. A violência, o medo, a intolerância e a desconfiança bloqueiam as relações, gerando infelicidade e desarmonia, o que culminará em processos de adoecimentos físicos e psíquicos.

Nesse sentido, os laços sociais são também laços de cuidado. A reconciliação que se mostra aqui é a das relações, que se reconfiguram, assemelhando-se às formas de cuidado e solidariedade tradicionais, desintegradas pelo cultivo de valores como o egocentrismo, individualismo, competitividade e lucro. Como um espelho, esses valores foram refletidos nas ações em saúde de diversas formas: culpabilizando a pessoa por seus processos de adoecimento, transferindo para o médico/medicamento a solução dos sofrimentos, realizando atendimento individualizado dentro do consultório, centrado na doença e não no ser adoecido, sem levar em conta os aspectos subjetivos e socioculturais da pessoa.

Certo é que as políticas públicas inauguradas com a criação do SUS, norteadas pela integralidade, iniciaram o rompimento do modelo individualista. Contudo, ainda são profundas as raízes de um modelo em saúde hierarquizado, rígido, vertical e centrado na doença. Ao contrário desse cenário, a realidade que emergiu das entrevistas e da observação participante desta pesquisa foi de um cuidado mútuo e solidário, motivado pelos afetos e amizades.

Uma coisa que eu prezo muito é a amizade, e aqui dentro a gente tem várias amizades que são pra vida inteira. Esse [o professor] é um amigo que eu vou levar pra sempre, porque o que ele me ensinou... é aquela coisa, o que é ensinado é uma joia, um tesouro que ninguém tira da gente (FENG, 30anos).

As pessoas demonstraram vínculos entre elas e com o terapeuta/professor, bem como uma preocupação e responsabilização pelo bem comum, inclusive comigo pois, pelo fato de eu estar gestante durante a pesquisa de campo, houve um cuidado especial, mais afetivo, proporcionando-me (e certamente a meu filho) uma sensação de proteção e amor.

FIGURA 7 – *Tui Shou* – A pressão com as mãos⁶⁷



FONTE: DESPEUX, 1981

A própria existência da prática no CMS e no parque cria uma atmosfera estética, curiosa para uns, atrativa para outros. É a atmosfera da arte que gera arte, que gera saúde e alegria, e para ilustrar essa tese, contar-lhes-ei a história de um contador de histórias.

⁶⁷ Nesse movimento o aspecto marcial do Tai Chi é sutilmente incorporado, não com o objetivo do combate, mas sim permitindo a obtenção da coordenação motora, percebendo melhor o outro e o “modo com que nos colocamos em relação ao mundo exterior” (DESPEUX, 1981, p.177).

Abhay Zukosky tem 11 anos, é escritor e contador de histórias. O lugar que ele mais gosta de contar suas histórias é o parque da Chacrinha, onde ele as conta para as pessoas do grupo Nós Conscientes. Ele conheceu primeiro Ko, há um tempo, que lhe convidou para participar das aulas, mas ele não foi. Certo dia, sob a ameaça de ter que mudar de Copacabana, pediu a Ko e ao grupo para contar-lhes uma história, como despedida. Todos aceitaram, Abhay não se mudou e agora é um “Consciente” também! Dessa relação de amizade, nasceu em 2017 o *Histórias pra Caramba*, livro dedicado a seu querido amigo Ko, “que junto com sua maravilhosa turma de Tai Chi do Parque da Chacrinha”, escutou suas histórias (ZUKOSKI, 2017). A dedicatória também se estende a duas alunas do grupo de Tai Chi, sendo uma delas a ilustradora do livro e a outra considerada por Abhay sua “fada madrinha”.

Em sua página numa rede social⁶⁸, conta sua biografia que ele “veio ao mundo com muitos desafios e passou grande parte de sua vida em hospitais, mas sempre conseguiu driblar o desânimo. Era o paciente que os Doutores da Alegria mais gostavam de visitar! Ninguém sabia, mas ali mesmo, entre aquelas paredes brancas e frias estava começando sua trajetória de ávido leitor, escritor e contador de histórias”. A primeira vez que vi Abhay, após uma aula de Tai Chi, acompanhado de sua mãe que é também uma pessoa encantadora e quem conduz a cadeira de rodas do garoto, dei-me conta de que as reconciliações feitas a partir da prática do Tai Chi acontecem num movimento em cadeia; são desdobramentos reconciliatórios insondáveis, disparados a partir de um grupo que se mostra aberto e que acredita que a saúde é feita de encontros e por pessoas dispostas a dar e receber alegria.

3.2.2 Da felicidade

Felicidade é uma emoção positiva, vivida através de sentimentos de prazer, contentamento, alegria, satisfação e bem-estar, associados a fatores diversos, desde sociais e psicológicos até culturais e físicos. Felicidade e saúde são temas imbricados, abordados de Epicteto à Foucault, na arte de viver, e muito caro ao Oriente desde a cultura chinesa até a indiana. No compêndio da saúde coletiva, uma das poucas menções a esta imbricação está na noção de “projetos de felicidade” de Ayres (2009), onde o autor trata dos temas a partir da perspectiva do cuidado em saúde:

⁶⁸ Disponível em: www.facebook.com/ABHAYZUKOSKI/. Acesso em 01 julho, 2017.

A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber? (AYRES, 2009, p.85)

A potência das práticas em saúde no favorecimento tanto desses projetos de felicidade quanto na experiência da felicidade *per se* nos estabelecimentos de saúde, foi observada através da prática do Tai Chi e explicitada nas falas das pessoas entrevistadas:

“Eu tenho paixão por essa aula!” (CHIN, 66 anos).

“O Tai Chi é importante porque quando eu estava fazendo seguidamente me dava mais alegria de viver” (CHIA, 59 anos).

“Tai Chi eu faço por prazer” (TING, 75 anos).

“Você tendo uma boa alimentação e fazendo Tai Chi você vive feliz” (TS’UI, 80 anos).

“É um prazer muito grande, é um êxtase!” (TUI, 47 anos).

“Me sinto feliz fazendo esses exercícios” (SHENG, 59 anos).

Essa felicidade é potencializada ainda mais quando realizada no parque. O contato com o verde, com os animais, com o ar puro, com o silêncio, o barulho das árvores e dos pássaros, tudo isso, somado à prática do Tai Chi, é muito revigorante:

É perceptível a entrega que ocorre no parque. Às vezes Ko pede para fecharmos os olhos, mas eu espio as pessoas e vejo muitas realizando os movimentos de olhos fechados e com uma expressão facial de prazer, conexão e entrega ao lugar e ao momento. Realmente é muito agradável. Gozei de cada momento, pois será minha última prática no parque (REGISTRO EM DIÁRIO DO ÚLTIMO DIA DE CAMPO, 30/11/2016).

Para algumas pessoas, o bem-estar que a prática proporciona compensa o empenho de superar algumas dificuldades como a distância, o trabalho e as atividades domésticas para

estar na aula: “Prazeroso. Gosto muito de estar aqui todos os dias, apesar de ter que fazer um pouquinho mais de esforço, porque eu tenho que chegar mais cedo e compensar no trabalho as horas, mas tudo bem, minha patroa me liberou e eu estou conseguindo” (KUAI, 56 anos). Nesta fala observamos uma exceção. Quem pode fazer Tai Chi às sete e meia ou às nove horas da manhã durante a semana? Este é um privilégio de quem tem um horário flexível no trabalho, de quem não trabalha ou está aposentado e de quem não precisa trabalhar ou, na minoria dos casos, por estar desempregado. Ou seja, a possibilidade de realizar a prática está diretamente relacionada ao trabalho e a condição socioeconômica. Em nossa sociedade impera ainda a cultura de que arte e lazer são para ricos, o pobre tem que trabalhar.

Os próprios trabalhadores do CMS não têm a disponibilidade de deixar o serviço para participar das aulas. Ko tentou realizar uma atividade somente para os trabalhadores, mas eles não compareciam às aulas e a atividade acabou.

Todavia, como vimos, é possível reconciliar as práticas e serviços de saúde com a arte de viver, de contribuir com a construção de projetos de felicidade e tornar o Centro de Saúde um local em que se frequenta para sentir-se bem e feliz.

3.2.3 Da liberdade

O Tai Chi foi pra mim uma benção de Deus, pois são movimentos que eu consigo fazer dentro do meu limite, porque sou uma pessoa limitada dos movimentos, e ele me deixa livre para fazer o que eu posso [...]. Um dos fatores importantes do Tai Chi é a liberdade, liberdade de fazer aquilo que nosso corpo tem condições (KUAI, 56 anos).

“Eu fico muito livre, eu acabo dançando” (TUI, 47 anos).

Você se solta, sai da caixinha. Você se sente mais livre, mais em contato com a natureza [...]. Acho que muda o enfoque da vida, você fica mais solta, o Tai Chi te ajuda muito a você ficar mais solta, aí como ele (o professor) diz, interfere no teu relacionamento com o outro; se você estiver tensa, vai passar essa tensão pra todo mundo (CHIN, 66 anos).

Mesmo quem nunca praticou Tai Chi pode imaginar que a prática proporciona essa liberdade e leveza que as pessoas entrevistadas declaram. A liberdade aqui expressa, reconcilia o ser com sua autonomia e originalidade, rompendo com padrões normativos que limitam a capacidade plena de experimentar o corpo e o espaço, bem como reforça valores como o respeito e a responsabilidade para consigo e com o mundo.

A forma como os profissionais de saúde ordenam e normatizam a conduta de “seus pacientes” pertence a um projeto totalitário que abarca todas as esferas da sociedade, um programa de dominação e progresso onde o esclarecimento é manipulado para fins de desencantamento do mundo, substituindo a imaginação pelo saber e dissolvendo os mitos (Adorno e Horkheimer (1985):

O preço da dominação não é meramente a alienação dos homens com relação aos objetos dominados (p.7); com a coisificação do espírito, as próprias relações dos homens foram enfeitiçadas, inclusive as relações de cada indivíduo consigo mesmo. Ele se reduz a um ponto nodal das reações e funções convencionais que se esperam dele como algo objetivo. O animismo havia dotado a coisa de uma alma, o industrialismo coisifica as almas. O aparelho econômico, antes mesmo do planejamento total, já provê espontaneamente as mercadorias dos valores que decidem sobre o comportamento dos homens (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p.16).

O entendimento, o saber e a razão, são os condutores desse programa que comanda as condutas normativas e padrões sociais ao qual se exige submissão e impõe à humanidade uma dicotomia que coloca o poder de um lado e a obediência de outro, tendo o pensamento que escolher “entre o comando e a obediência (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p.21). Não é diferente o *modus operandis* nas práticas hegemônicas em saúde e na própria formação essa operação já está estabelecida.

A divisão social do trabalho que em culmina a dominação, pode ser claramente observada entre as disciplinas da saúde, p.ex. a seguinte escala hierárquica dentro dos serviços de saúde: médicos, enfermeiros chefes, enfermeiros assistenciais, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes de saúde. Não obstante, as relações de dominação, além de hierarquizarem, inferiorizam os cidadãos como é o caso das mulheres, crianças e escravos (ibidem).

Seu aparelho de condução é, sobretudo, o medo, o que cria um movimento coercitivo de obediência e resignação, restringindo e limitando a experiência sensível do ser, a pluralidade de vivências, bem como favorecendo o empobrecimento do pensamento: “a regressão das massas [...] nada mais é senão a incapacidade de poder ouvir o imediato com os próprios ouvidos, de poder tocar o intocado com as próprias mãos” (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p.19).

A partir do reconhecimento dessas operações, a experiência do Tai Chi se apresenta como uma opção libertária e emancipatória, como demonstram os belos relatos das participantes dessa pesquisa. É possível que haja reconciliação com a natureza a partir de experiências análogas, que permitam a escolha, a livre expressão e o respeito ao tempo de

cada Ser. Se permitir dançar na aula de Tai Chi é um ato reconciliatório, e pude observar diversos momentos em que pessoas se entregaram à prática, com manifestações corporais de contentamento, consciência e liberdade.

Acho que pode ser bom pra muita coisa se tiver entrega, mergulho [...], a gente tá muito no raso, muito na reatividade exagerada, e de repente você sai um pouco desse processo e mergulha. Acho que pode interferir na saúde por aí. Não é nada muito objetivo, pelo menos na minha cabeça (KO, 41 anos).

Canguilhem (2009) contribui com essa reflexão questionando os conceitos de normalidade, saúde e doença. Há a tendência no campo das práticas integrativas de alinhar-se ao extremismo da concepção positiva da saúde e “diabolizar” a doença. O autor destaca, contudo, o entendimento da medicina grega sobre a doença quando lembra que ela “não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura” (CANGUILHEM, 2009, p.10).

Para tanto, é possível rearranjar as combinações entre saúde e doença no interior das ciências e das práticas em saúde, nem centradas na doença, tampouco centradas na saúde, pois “estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (ibidem, p.150). Assim, saúde e doença deixam de ser expressões biológicas polares.

A normatividade que perpassa as ciências, a formação e as práticas em saúde gera, além do temor e do bloqueio, um engessamento das possibilidades; temor que subsidia e fetichiza o diagnóstico, bloqueio que freia liberdade e a autonomia frente a vida, e engessamento que condiciona o comportamento humano. Tais condições puderam ser observadas e liberadas durante o Tai Chi:

Ko faz o movimento e o grupo o segue. Ele para de fazer e pede que continuemos. Quase todas não conseguem continuar, sentem-se constrangidas por não saber realizar o movimento corretamente e ter que realizar um movimento livre. Olham umas para as outras, riem e balbuciam algumas palavras como “não sei!”. Muitas fazem um movimento muito mecânico, mexendo apenas os braços. O professor então interrompe a prática e explica que o movimento dos braços é acompanhado pelo centro do tronco, como se uma linha vertical nos dividisse em duas partes. Esse é o centro. Diz que não importa se estamos fazendo o movimento correto, mais importante é manter um fluxo, movimentos conectados e que acompanham a respiração. Perceber a si e ao todo, “e aí não temos mais tanto tempo pra ficar cuidando da vida dos outros”. Voltamos à prática com outra consciência e olhos fechados. Tudo muda! (DIÁRIO DE CAMPO, 23/11/2016).

Em outro momento realizamos uma prática grupal onde experienciamos sentimentos relacionados ao medo, ao bloqueio, à segurança oferecida pelas pessoas e ao fim da prática conversamos sobre esses sentimentos, compartilhando as experiências:

Fizemos uma prática de caminhar de olhos fechados de um lado ao outro da quadra (parque). Algumas pessoas eram os “guias”. Me senti desequilibrada e uma hora pensei: “será que tem alguém cuidando de mim?”. Quando de repente ouvi: “Pode vir Isabel”. Era uma voz feminina suave e que me transmitia muita segurança. Quando abri os olhos, havia dado uma leve inclinada à direita; pensei que sairia do outro lado da quadra, mas saí na lateral direita. Falamos então sobre o medo, e o liberamos (DIÁRIO DE CAMPO, 30/11/2016).

É possível perceber que práticas como o Tai Chi trabalham a desconstrução da normatividade social aprendida ao longo de nossas vidas, do medo de errar, de fazer diferente, configurando-se como uma prática libertária e libertadora.

3.2.4 Do corpo-mente

O dualismo corpo-mente e a busca por cuidados ou físicos ou psíquicos é a marca do sistema de saúde hiperespecializado que fragmentou a atenção ao ser humano. Contrariando esse fato, a pesquisa empírica evidenciou que a prática do Tai Chi contribuiu para a melhora de diversos tipos de sofrimento, ou seja, que ela proporciona uma melhora integral do ser. Relatos apontam, inclusive, para melhoras surpreendentes, conforme relato abaixo, bem como a diminuição ou suspensão do uso de medicamentos para ansiedade, pressão arterial e glicose: “Aquela senhora que estava conversando contigo, ela não andava, agora ela anda, é fantástico. O Tai Chi realmente te melhora toda a parte física e te dá também uma parte mental, pois você vai fazendo tranquilo, vai respirando, porque a nossa vida é respirar” (TS’UI, 80 anos).

A Li usou muletas, bengala, veio para aula após ter sofrido uma fratura e a modificação da locomoção dela, na mobilidade, na autonomia, independência, foi muito nítida. A gente percebe e escuta as pessoas trazendo esses relatos. Poxa, isso é muito transformador! (TUI, 47 anos).

Essas transformações estão relacionadas ao exercício da percepção integral e integrada do Ser. Exercício também de valorizar o que não é visto, como a energia, o espaço, o fluxo e o centro do corpo.

Eu senti, depois de cinco anos fazendo Tai Chi, que melhorei minha respiração, eu consegui diminuir a quantidade de remédios, me sinto mais centrada, mais

controlada. O Tai Chi trouxe pra mim um equilíbrio, coisa que eu não tinha, sempre fui muito ansiosa e me ajudou a enfrentar os problemas que eu tenho (SHENG, 59 anos).

Não foi feita nenhuma alusão explícita ao espírito ou alma nas entrevistas, e sim ao “interior” e à energia⁶⁹, sugerindo que as pessoas reconciliam energia e matéria, objetividades e subjetividades. Em outras palavras, a prática do Tai Chi demonstrou romper com certos dualismos e conduzir as pessoas a experiências mais integrais. Até mesmo as pessoas que procuram ou são indicadas para o Tai Chi devido alguma disfunção corporal, demonstram que os benefícios da prática extrapolam a disfunção localizada: “Meu braço não abria, ele ficava muito preso. Agora não, eu faço os movimentos, a dor melhorou, tô me sentindo bem melhor, e não só por isso, tudo no corpo melhorou” (CHIEH, 58 anos).

Essa usuária relatou uma fratura no braço há quatro anos, passando por 150 sessões de fisioterapia, com pouco sucesso. Retornou ao CMS com dor e foi encaminhada ao grupo Nós Conscientes pela fisioterapeuta. Há quatro meses praticando, ela disse que além de voltar a levantar completamente o braço fraturado, também está “[...] dormindo melhor, estou tendo mais paciência, mais tranquila. Hoje meu caminhar é melhor e minha posição de estar fazendo as coisas” (CHIEH, 58 anos).

A eficácia da prática, segundo a abordagem biomédica, é inquestionável. No entanto, as bases filosóficas do Tai Chi estão sobre conceitos nativos da cultura chinesa, tão complexos e amplos que não cabem no método científico quantitativo. Ora, se os benefícios da prática não podem ser mensurados com precisão, como fazem com outras práticas integrativas na tentativa de legitimá-las dentro do método científico, seu alcance naturalmente vai além de resultados imediatos: “O Tai Chi mexe muito internamente com a gente. Quem vê fala ‘nossa que ginástica facinha’, mas é impressionante o valor muito profundo e sério que faz a gente se mover por dentro. Você começa a ver a vida um pouco diferente” (CHIA, 59 anos).

⁶⁹ O conceito de energia aqui aplicado compreende que “forças” de diferentes naturezas percorrem os espaços, incluindo os espaços do corpo humano, relacionando-se com a matéria, o que culminará em diversos acontecimentos desde o macro até o microcosmo. Este conceito aproxima-se da aquilo que a física entende por energia mas difere dela uma vez que, aqui, ela também pode relacionar-se à alma ou ao espírito, à consciência, ao “interior” ou a qualquer propriedade imaterial relatada pelas pessoas entrevistadas. Na medicina chinesa é chamada *qi*, entretanto, sua melhor tradução, segundo alguns autores, é por “Sopro Vital” (LUZ, 2012). Este é um tema caro à filosofia e, dentre os filósofos ocidentais que arriscaram-se a discorrer sobre o assunto, Bergson se destaca aqui por assumir, em primeira instância, que não intenta em se aprofundar sobre a natureza do espírito tampouco definir sua essência; para o autor, existe “algo que se estende muito além do corpo no espaço e que perdura ao longo do tempo, algo que impede ou impõe ao corpo movimentos não mais automáticos e previstos, e sim imprevisíveis e livres: esse algo que transborda do corpo por todos os lados e que recirando a si mesmo cria atos é o ‘eu’, é a ‘alma’, é o ‘espírito’ - sendo o espírito precisamente uma força que pode extrair de si mesma maos do que contém, devolver mais do que recebe, dar mais do que tem. É isso o que acreditamos ver. É isso que aparenta” (BERGSON, 2009, p.31).

Tai Chi não pode ser enquadrado como ginástica, atividade terapêutica, prática corporal para promoção da saúde, ou outras categorias constituintes do campo da saúde. Ele pode ser tudo isso ou nada disso, e não pretende dar conta da totalidade da vida. Ficou evidente nas entrevistas que a prática do Tai Chi atua coadjuvante à outras terapêuticas e atividades. As pessoas utilizam o sistema médico convencional, têm seus planos de saúde, realizam outras atividades físicas, frequentam suas religiões e demonstram muita satisfação em ter todas essas opções.

Diante disso, emerge outra reconciliação: entre o convencional e o integrativo. Reconciliação feita pelas pessoas, usuários e usuárias do SUS e pela política de saúde, a PNPICS; mas será que os profissionais de saúde e gestores, formados dentro da lógica biomédica, também efetuam essa reconciliação?

3.3 Os aspectos irreconciliáveis: formação, gestão e cultura

A coexistência ou coabitação de práticas em saúde com diferentes cosmologias e condutas, não representam, por si só, efetiva reconciliação. Em nossa cultura contemporânea, as ações biomédicas não conciliam, tampouco integram ao mesmo grau/nível de suas ações, as práticas em saúde com racionalidades distintas às ditas científicas e atribuem “às outras formas de conhecimento o valor de crença, sendo essas consideradas de frágil assistência para estabelecer as bases de um modo de vida mais saudável” (GERHARDT e RUIZ, 2019, p.258).

A cultura de uma população e de suas instituições ditará o comportamento de enfrentamento dos problemas sociais e de saúde desta população. Ela é mais que costumes e tradições,

é um conjunto de mecanismos, de projetos codificados de regulação, de planos, de regras e de instruções [...]. Ao orientar o comportamento, a cultura determina a saúde, e é somente construindo uma cultura que o homem encontra sua saúde [...]. Toda cultura elabora e define um modo particular de ser humano de ser sadio, de gozar, de sofrer e de morrer. A cultura cria sentidos e significados. (ILLICH, 1975, p.101)

A medicina científica ou biomedicina, hegemônica na cultura ocidental, enfrentou diversas epidemias, a mortalidade infantil, construiu hospitais, criou campanhas e políticas públicas para resolver os problemas de saúde que surgiram e que ameaçaram a sobrevivência

e a capacidade de trabalho dos cidadãos. Entretanto, outros problemas surgiram e surgirão. Problemas estes decorrentes do estilo de vida, condições de alimentação, moradia, trabalho, lazer e das relações entre as pessoas. Novos desafios se colocam, novas tecnologias surgem. Antigas reflexões permanecem.

Permanece a reflexão levantada por Illich ainda na década de 70, quando o autor discutia as ameaças à saúde causadas pela empresa médica, quando “uma estrutura social e política destruidora apresenta como álibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar” (ILLICH, 1975, p.09). Destituídos de autonomia, os “consumidores” dessa empresa, que cria a doença e oferece o remédio, estão condenados tanto a alimentar uma indústria gigantesca de produtos, bens e serviços, quanto à dependência da intervenção técnica e profissional. É a “máscara sanitária de uma sociedade mórbida” (ibidem).

Porém, a consequência dessa dependência foi a contaminação do sistema com a própria doença que ele instituiu. Hoje, os profissionais biomédicos não conseguem mais dar conta da demanda por consultas, a disponibilidade de exames e procedimentos está aquém do solicitado, as filas não diminuem e a sobrecarga de trabalho afeta a saúde dos profissionais de saúde. Quanta contradição!

Não bastasse esse fato, a transferência de um modelo corporativo para a área da saúde exige dos profissionais o cumprimento de metas, produtividade, participação em reuniões, reduzindo a disponibilidade da clínica e do tempo do encontro do cuidado. Quiçá é possível realizar ações de educação e promoção em saúde.

Tais reflexões, associadas ao conceito de medicalização social já visitado, aplicam-se à realidade institucional da saúde, que inclui a formação dos profissionais que nela atuarão. A formação se alinhará então a esse modo de operar as ações em saúde. Um modo positivo, objetivo, rápido e eficaz: protocolado. A burocracia, reinventando seus meios de atuação, desumaniza o humano quando bloqueia sua capacidade de singularizar, de ampliar as possibilidades e de aplicar a diversidade de conhecimentos adquiridos ao longo da existência humana.

Ademais, o protocolo justifica o cultivo da distância, da padronização dos seres dentro dos valores contemporâneos. Quando aplicado para tudo, sem critérios e críticas, ele “emburrece”, burocratiza, engessa e destrói as relações humanas. As pessoas não têm mais tempo umas para as outras. As redes sociais ficam dissolvidas, porque, se fortalecidas, ameaçariam a dominação e a alienação.

A arte empírica de curar quem pode ser curado não interessa mais aos médicos: eles estão engajados numa luta pela salvação da humanidade, querem desembaraçá-la dos entraves da doença e da invalidez, e até da necessidade de morrer. A profissão médica deixou de ser uma verdadeira corporação, composta de artesãos aplicando em benefício de doentes em carne e osso as regras de uma arte empírica. Tornou-se um partido de administradores burocratas que aplicam princípios e métodos científicos a categorias inteiras de casos médicos. (ILLICH, 1975, p.111)

Na fôrma dos valores contemporâneos, os profissionais de saúde saem de suas graduações e especializações sem nem mesmo ter ouvido falar das práticas integrativas e das políticas públicas que as inserem no SUS. Um estudo realizado entre os anos de 2012 e 2013 em 209 instituições públicas de ensino de superior dos cursos de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia, demonstrou que somente 43 deles oferecem disciplinas, em sua maioria optativas, relacionadas ao tema das práticas integrativas⁷⁰. Esse cenário acusa mais uma barreira reconciliatória, além das barreiras socioculturais⁷¹.

Esses fatos ficaram evidentes nas entrevistas com os profissionais com formação na área biomédica, que demonstraram desconhecimento ou pouco esclarecimento sobre os aspectos da promoção e educação em saúde, confundindo-os com prevenção de doenças, bem como das práticas integrativas e da PNPICS. De modo geral, para eles, o Tai Chi compõe um conjunto de atividades denominadas de “grupos de apoio”, em conjunto com a auriculoterapia, com a academia carioca, com o grupo “Alívio”, grupo de tabagismo e outros. Existe, entre esses profissionais, um visível desconhecimento tanto sobre as bases filosóficas do Tai Chi, quanto sobre a experiência da prática; nenhum deles havia praticado Tai Chi. Dois desses profissionais, apesar de relatarem indicar a prática, desconheciam, inclusive, os dias e horários em que a prática acontece.

[...] os grupos de apoio, grupos complementares, ainda estão se reestruturando. Eu particularmente não conheço o Tai Chi, não sei que dias ele funciona, não sei como está a frequência nesse grupo, mas acho que todo apoio pra saúde da família é um grupo que... a gente tem uma população muito grande e tem uma população que precisa de um suporte fora do consultório pra conseguir se estabelecer psicologicamente, em relação ao seu físico também (T'AI, 28 anos).

⁷⁰ *Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina.* Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35140>. Acesso em 15 de dezembro, 2016.

⁷¹ Na contramão dessa tendência e com um plano pedagógico inovador, o curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) incorporou ao seu currículo disciplinas obrigatórias e eletivas em PICS e ampliou as ações com essas práticas no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP - Hospital-escola da Universidade), com a realização de ações em Terapia Expressiva e Arteterapia, “Cuidar de si com arte” e diversos outros projetos de extensão que levam as PICS para a formação médica e para a assistência hospitalar (VIANNA, 2014).

“Nunca fiz. [Então fiz o convite para o profissional participar da prática às segundas, quartas e sextas à 07:30h]. Da noite?” (HENG, 31 anos).

Os profissionais de saúde com formação biomédica também demonstram relacionar o Tai Chi com uma apropriação reducionista, vinculada aos seus “resultados”, fato decorrente da cultura em que estão inseridos e na qual foram formados, cultura essa tida “como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações” (GERHARDT e RUIZ, 2019, p.255). A cultura da saúde ainda não horizontalizou saberes e crenças, apesar de haver evidências suficientes para afirmar que esse processo já iniciou, conforme apresentado no capítulo que trata da construção da PNPICS e do crescente interesse, entre profissionais e usuários da saúde, por abordagens contra-hegemônicas em saúde.

Não houve menção da relação da prática com a democratização da saúde brasileira na esfera do direito à escolha ou da pluralidade de terapêuticas no SUS, por exemplo. A ampliação do sentido da existência da prática foi feita apenas pelos profissionais sem formação biomédica (massoterapeuta e agente comunitária em saúde), fato que ilustra mais uma vez a citação de Illich: “O microscópio científico é também viseira que limita a visão clínica” (ILLICH, 1975, p.111).

“Não tenho formação acadêmica, dessa nossa tradicional [...], aí me permito ‘viajar’ um bocado, ideias pouco usuais” (KO, 41 anos).

O Tai Chi, como o próprio professor ensina, não é uma questão mecânica, ele é mais sentir o movimento. Então, algumas pessoas que nem andavam, que vinham de cadeira de rodas pra assistir a aula, começaram a mexer a perna. Tem uma senhora que anda hoje em dia tortinha, mas ela nem andava. Então a gente vê que funciona, funciona no sentido da pessoa perceber o próprio corpo (FENG, 30 anos).

Este “sentido da pessoa perceber o próprio corpo” demonstra, pelo olhar de uma profissional não biomédica, a reapropriação do corpo, outrora expropriado e dado como objeto de intervenções e cuidados especializados numa sociedade movida pelo *ethos* industrial: “Hoje o homem começa, desde o nascimento, por ser um paciente que, se quer viver corretamente, deverá recorrer a uma infinidade de serviços médicos” (ILLICH, 1975 p.149). Sendo assim, a reapropriação do corpo pela tomada da consciência corporal restitui o sentido de pertencimento e cuidado de si: “[...] o Nós Conscientes é muito legal, saber que a

pessoa é empoderada da própria existência, de que ela não depende de uma outra pessoa pra ser feliz” (FENG, 30 anos).

A “dependência” para ser feliz, cuidada e curada, tem sua origem também no *ethos* industrial, pois “quanto mais as pessoas pensam ter necessidade de serem cuidadas, menos se revoltam contra o crescimento industrial” (ILLICH, 1975 p.129).

Você vê quantos anos [de gestão municipal de práticas integrativas em saúde – 20 anos] e só tem eu de Tai Chi. É sinal que nunca foi valorizada realmente a história, porque se você for na essência da coisa é revolucionário, é a galera que vai questionar essa lógica maluca de produção, de consumo, vai parar pra questionar, aí vai dar ruim pro sistema! (KO, 41 anos).

A monopolização dos conhecimentos referentes à saúde, à doença, aos cuidados e à cura, entre outros, além de destituir os saberes tradicionais de legitimidade social, gerou uma sociedade culturalmente dependente do conhecimento profissional, bem como de demanda aos serviços públicos de saúde que sobrepõem sua capacidade operacional, criando assim outra necessidade de interesse do mercado: de se ter um serviço de saúde privado.

Essa é uma forma que a gente tem de tratar essas pessoas com uma terapia alternativa e desafogar a terapia alopática. [...] a gente ainda está numa etapa em que a procura por consultas tá grande, a demanda livre tá absurda, então o médico, fazer promoção da saúde, a gente ainda não está, o médico ou o enfermeiro que está bastante sobrecarregado, a gente ainda não está conseguindo fazer esse tipo de promoção (T’AI, 28 anos).

A prática do Tai Chi como caminho reconciliatório, tanto na esfera macro das questões socioculturais impostas pelo sistema do capital industrial, quanto das questões micro, nas esferas do autoconhecimento e empoderamento do corpo, opera, entretanto, dentro da lógica e da política pública das práticas integrativas. Estas, pressionadas também pela necessidade de legitimação e conquista de espaço, concorrem, no plano da eficácia, da fragmentação, da mercantilização e da cientificidade, com as demais práticas no campo da saúde, perdendo, contudo, sua amplitude de possibilidades e, pior que isso, conciliando-se com uma estrutura perversa cujas ações visam, primeiro, o lucro.

As práticas integrativas, que antes eram a promessa do antídoto contra a medicalização da vida, estão agora sob a ameaça da biomedicalização. Foram elas capturadas e apropriadas, tal qual foi a ciência, conforme vimos no primeiro capítulo, convertendo-se à lógica biomédica onde a fisiopatologia e fisiologia conduzem os estudos e as aplicações das PICS.

Em recente estudo que analisou 180 artigos sobre as PICS na Atenção Primária (Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia e Práticas Corporais), sendo 49% deles europeus e 59%

quantitativos, ficou evidenciada a atual tendência de se seguir a abordagem clínica biomédica, para analisar prioritariamente o custo/efetividade das PICS, relacionando-as a determinadas patologias: 52% dos artigos foram assim classificados (CONTATORE et al, 2015).

Tal forma de conduta reduz, e até elimina, os aspectos subjetivos dos processos singulares de adoecimento e cuidado, elementos essencialmente presentes nas racionalidades integrativas e que não podem ser evidenciados como nos padrões da medicina baseada em evidências⁷² ou nos métodos das ciências naturais.

Existe, todavia, uma contradição entre o aumento do número de pessoas que utilizam PICS no mundo e a sua baixa institucionalização nos serviços públicos. Contatore (2015) sugere que as pesquisas de validação de eficácia, método predominante de legitimação, não acompanham o crescente interesse na utilização das PICS e que “o crescimento das práticas junto à população segue outros valores para a sua validação enquanto forma de cuidado à saúde, como, por exemplo, valores morais diferentes daqueles adotados pela comunidade científica e seus métodos de legitimação de conhecimento” (CONTATORE *et al*, 2015, p.3267). Faz-se necessário, portanto, a ampliação dos espectros de avaliação das PICS, a definição de seus atributos e a ascensão de um movimento de resistência contra a biomedicalização das práticas.

Com efeito, a análise política e sociológica dos aspectos irreconciliáveis, ainda diminuta na área das PICS, nos leva a crer num desinteresse das forças públicas, das instituições e das gestões locais para o fortalecimento e expansão das PICS, sobretudo quando se trata de uma prática corporal como o Tai Chi, cuja lógica, referente à eficácia⁷³, inexoravelmente não concilia-se com a hegemônica.

Na busca por informações adicionais sobre a prática do Tai Chi no município do Rio de Janeiro, estive com a gestão municipal das PICS onde foi compartilhado comigo um pouco da história destas e do atual cenário e contexto de sua inserção. Desse encontro, três aspectos se destacaram: 1) As PICS nunca são prioridades para os gestores locais; 2) O trabalho de capacitação dos profissionais não é sustentável; 3) Os avanços ocorridos nos 10 anos da

⁷² No livro “*Is Evidence-based Psychiatry Ethical?*”, Gupta (2014) faz uma análise histórica e crítica sobre Ética e o uso do método da Medicina Baseada em Evidências (MBE) em Psiquiatria. A autora discorre sobre a teoria e prática desse método e afirma ser ele um conceito complexo: promove um método específico para a formulação do que considera serem as questões clínicas mais importantes no cuidado do paciente; depois de formuladas essas questões, a MBE sugere recursos para referenciar os tipos de pesquisas que podem responder essas questões, provendo critérios que julgam a capacidade dessas pesquisas para darem respostas verdadeiras para essas questões. A MBE sugere também métodos para escolhas clínicas, principalmente no que concerne ao uso específico de testes diagnósticos e prescrições específicas de tratamentos (GUPTA, 2014).

⁷³ Sobre a diferença entre a eficácia no pensamento chinês e no pensamento ocidental, ver *Tratado da Eficácia*, de François Jullien.

política nacional (2006-2016) estão relacionados mais à prevenção e tratamento do que à promoção da saúde, p.ex., as PICS são mais utilizadas para a prevenção e o tratamento do tabagismo, da obesidade e na saúde mental.

Sobre o primeiro aspecto, é evidente a escassez de projetos e planejamentos locais para a implementação e o fortalecimento das PICS, sendo este um dos principais meios de introdução das PICS na APS e na ESF. Quando capacitados, os profissionais não sustentam a prática integrativa porque, com o regime de OSS o *turnover* dos profissionais aumenta, somado ao fato de que a grande demanda assistencial e burocrática inviabiliza a disponibilização de tempo para a realização da prática integrativa. Em relação à utilização das PICS na prevenção e tratamento em detrimento da promoção da saúde, torna-se plausível as análises e estudos apresentados acima, de que as PICS apresentam atualmente forte viés biomédico.

Importante compreender que os aspectos irreconciliáveis apresentados até então, da cultura médico-científica, da formação e da gestão, pertencem ao projeto imperialista do que Wallerstein (2007) chama de “sistema mundo”, composto por valores sociais criados pelos estratos dominantes provenientes do universalismo europeu, descrito pelo autor como um “conjunto de doutrinas e pontos de vista éticos que derivam do contexto europeu e ambicionam ser valores universais globais – aquilo que muitos de seus defensores chamam de lei natural – ou como tal são apresentados” (WALLERSTEIN, 2007, p.60).

Essa leitura macrossociológica, cultural e histórica feita pelo autor explica tanto a pretensa superioridade do saber científico sobre outros saberes, sobretudo os tradicionais e os orientais, quanto explica também a dificuldade que nós, ocidentais/brasileiros/profissionais biomédicos, temos em incluir horizontalmente outras racionalidades em saúde, bem como em compreender suas bases filosóficas e cosmológicas.

No caso do Tai Chi, que consiste em uma prática corporal da cultura chinesa, com concepções acerca do corpo diferentes das nossas, verificam-se que os limites dos profissionais de saúde em compreender e integrar essa prática no sistema são frutos de suas vivências culturais e sociais neste sistema-mundo que “não tolera ideias de paridade cultural” (ibidem, p.65). Tais condicionamentos são a herança de um orientalismo não superado em nossa sociedade. Este orientalismo, ainda que nos remeta a uma posição geográfica do oriente, é mais uma doutrinação política imposta pelo ocidente, uma delimitação cultural de inferioridade e oposição.

Desta forma, condicionados pelo modo de pensar dominante que difunde os valores europeus como valores universais, os profissionais de saúde muitas vezes desprezam ou

subestimam práticas em saúde diferentes, principalmente as tradicionais e orientais, historicamente constituídas como pseudociências ou desprovidas de qualquer ciência.

Esta assertiva está entre as especificidades do sistema-mundo moderno, que, a partir do século XIX, visou o desenvolvimento de uma epistemologia original, reificando as distinções binárias entre universalismo e particularismo, divorciando ciência e filosofia (as duas culturas) e polarizando verdade do bem e do belo.

A partir da década de sessenta, porém, o mundo insurge numa necessidade de transformação dessa epistemologia excludente, sendo neste período que, no Brasil, o Tai Chi é difundido como uma prática mente-corpo que potencializa a saúde e o bem-estar. Entretanto, por ser um “produto” transcultural, ele deixa seu caráter étnico inicial, ganhando novas roupagens e significados.

Embora haja esforços em manter a originalidade dos valores essenciais da prática, naturalmente sua apropriação em um contexto sociocultural distinto não será a mesma do que em seu território autóctone. Pude observar que o aspecto espiritual da prática não foi mencionado nem pelas pessoas do grupo, tampouco pelos profissionais, com exceção da única menção feita sobre saúde e espiritualidade pela ACS:

A pessoa [...] estava em consulta toda semana e não era nada. Não que não era nada, não era nada físico, era uma questão emocional, uma questão mesmo as vezes até da espiritualidade da pessoa. A gente não pode também tirar a espiritualidade de dentro da saúde, eu acho super chato que eles querem tirar [...] (FENG, 30 anos).

Suponho que os valores espirituais estejam, em nossa cultura, mais relacionados à religião, propriamente, e aos deuses/deusas ou ao “Deus” nela cultuado. A experiência espiritual na cultura chinesa, diferente da experiência cristã, está mais relacionada à transcendência/imanência pelo contato com a natureza e com a energia, e mais no plano filosófico do que religioso.

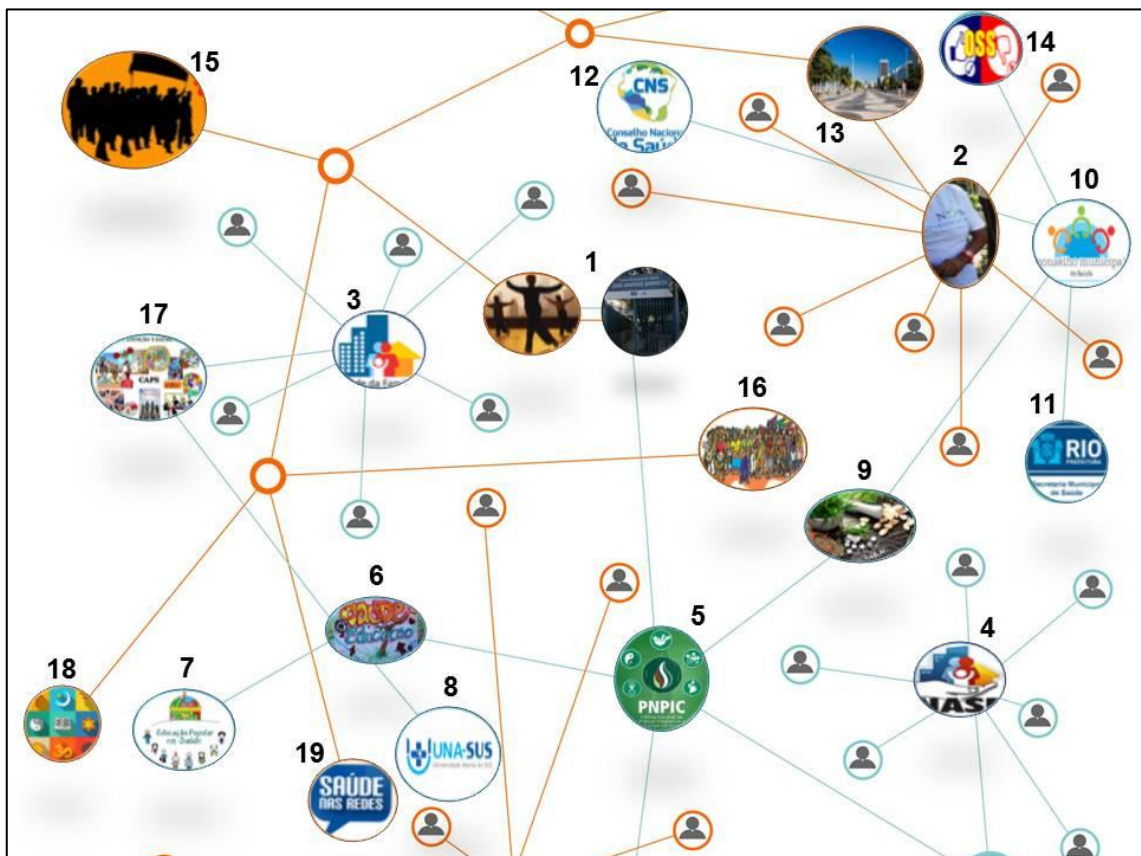
A China, uma das primeiras civilizações da humanidade, desenvolveu durante milênios tradições que hoje são compartilhadas com o mundo. Assim como os saberes ancestrais chineses, diversos outros, de diversas culturas, apresentam múltiplos olhares sobre a natureza humana e sua relação com as existências que a circundam. Sendo assim, apesar dos aspectos irreconciliáveis apresentados, o Tai Chi apresenta-se como um veículo para diálogos interculturais na principal plataforma de democratização na saúde: o SUS.

4 SUS: A PLATAFORMA RECONCILIATÓRIA

O Brasil é um dos poucos países que, seguindo a recomendação da OMS, criou uma política pública para PICS. Segundo a OMS, as PICS nos serviços públicos de saúde contribuem para o alcance da cobertura sanitária universal e compõem sistemas de saúde abrangentes (BRASIL, 2011).

O SUS tem protagonizado o incentivo a alternativas inovadoras e socialmente comprometidas com o desenvolvimento sustentável das comunidades. As políticas de saúde, transversais entre si, criam uma rede de cuidados e atenção à saúde (Figura 8) condizente com os princípios e as diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Figura 8 – A rede do SUS



Fonte: O autor, 2017.

Legenda:

- 01 – Encontro (Tai Chi e CMS)
- 02 – Usuários (as) (Nós Conscientes)
- 03 – ESF
- 04 – NASF
- 05 – PNPICS
- 06 – Educação e Saúde
- 07 – Política Nacional de Educação Popular em Saúde
- 08 – Universidades
- 09 – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
- 10 – CMS
- 11 – SMS (Rio)
- 12 – CNS
- 13 – Bairro (Copacabana)
- 14 – OSS
- 15 – Movimentos Sociais
- 16 – Comunidades Tradicionais
- 17 – Saúde Mental
- 18 – Religião
- 19 – Redes Sociais (Blogs das Unidades e outras redes)

Esta figura ilustra as conexões observadas no contexto desta pesquisa (Tai Chi, pessoas, Grupo Nós Conscientes, CMS, Copacabana, Rio de Janeiro), bem como apresenta integrações e articulações para além do contexto local, visibilizando o entrelaçamento das ações estatais (políticas públicas), coletivas (grupos sociais) e individuais (pessoas).

Esta parte da grande rede que se forma sobre a plataforma do SUS, evidencia a importância sociopolítica deste sistema e, sobretudo, das conexões de apoio e resistência que se tecem ao nível microssocial, entre as pessoas/usuários, profissionais e agentes institucionais ou não, e ao nível macrossocial, entre as políticas em saúde, instituições e movimentos organizados.

As macro e microrredes são dispositivos que integram as ações espontâneas que emergem entre amigos, familiares, vizinhos e também entre pessoas através das redes sociais, com as ações planejadas das gestões em diferentes instâncias, das instituições formativas e educacionais, dos movimentos de representação social e das políticas assistenciais em saúde.

Algumas políticas dialogam mais entre si, pois tem objetivos em comum e similares. No caso das políticas em destaque na Figura 8, esses objetivos visam o fortalecimento da autonomia cidadã, do saber popular, do cuidado solidário e emancipatório, da promoção de práticas em saúde menos medicalizadas e mercantilizadas. Também consideram as ações em saúde como ações políticas, reforçando o perfil da saúde brasileira como protagonista de um movimento na luta pela conquista e manutenção dos direitos sociais, da democracia e da justiça.

Com esses apoios e redes, o Brasil tem caminhado até agora, mesmo que em passos lentos, para a ampliação de seu sistema de saúde na busca de um maior reconhecimento das

PICS, participando de Conferências e Workshops nacionais e internacionais⁷⁴ que discutem a medicina tradicional, termo cunhado pela OMS, disponibilizando recursos financeiros para pesquisa e implantação das PICS, realizando reuniões com diversos setores da sociedade, dialogando com as universidades, associações e conselhos de diversas categorias de profissionais da saúde, movimentos sociais, gestores estaduais e municipais (BRASIL, 2016).

Atualmente, duas frentes protagonizam a ampliação das PICS no SUS; um movimento que segue a corrente internacional que visa a comprovação científica de segurança, eficácia e qualidade das PICS e outra frente que atua para o fortalecimento de práticas e saberes populares que já ocorrem no SUS.

A segunda frente de atuação tem avançado mais que a primeira, uma vez que as práticas mais informadas no e-SUS em 2015 e 2016 foram as da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), seguida pelas práticas que não eram, até então, contempladas na PNPICS (BRASIL, 2016). Considerando que, das práticas da MTC apenas a Acupuntura⁷⁵ só pode ser exercida por médico (ou em algumas resoluções por qualquer profissional de nível superior) observamos que o avanço das PICS no SUS está relacionado mais ao protagonismo popular do que iniciativas “científica” e política. As PICS só estão vivas, e vivificam-se, porque o SUS é a plataforma onde os agentes populares (usuários e profissionais) reconciliam arte e ciência.

Não há, entretanto, um plano de ação nacional que situe as PICS no desenvolvimento de um sistema público de qualidade e para todos. Contudo, há uma forte representação popular nas Conferências Nacionais de Saúde que corroboram com a valorização dos saberes populares e tradicionais, a incorporação desses saberes no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, a capacitação de profissionais e a expansão das PICS em 100% dos serviços de saúde da rede.

⁷⁴ O Brasil foi o único país da América Latina que participou em 2010 do II Workshop Sobre Medicina Tradicional em Shangai na China. Participou também este ano (2016) do encontro dos BRICS na Índia, que teve como destaque em seu relatório o reconhecimento do potencial sinérgico entre sistemas médicos tradicionais e complementares, incluindo Yoga como um sistema moderno de medicina, conforme apropriado aos contextos nacionais, e o objetivo de abordagem holística aos cuidados de saúde e bem-estar (*Comunicado Conjunto do BRICS Estados-Membros sobre a Saúde à margem da 69ª Assembleia Mundial da Saúde*. Disponível em: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/160524-health.html>. Acesso em 20 de dezembro, 2016).

⁷⁵ As lutas por regulamentação e resistência contra embargos políticos no cumprimento das diretrizes da OMS para acupuntura e outras práticas que permanecem sem regulamentação, também se somam à plataforma reconciliatória para o livre exercício de práticas de cuidado em saúde e contra a colonização de saberes tradicionais e milenares. Sobre os trâmites de regulamentação da Acupuntura no Brasil, que já se arrastam por de 30 anos, ver <http://www.febrasabrazil.com.br/single-post/2016/11/16/Acupuntura-uma-hist%C3%B3ria-de-covardia-no-Parlamento-brasileiro>. Acesso em 20 de dezembro, 2016.

Destaco, como exemplo dessa representação, as propostas do relatório final da recente 15ª Conferência Nacional de Saúde de 2015, publicadas em Diário Oficial da União⁷⁶, dentre elas:

– Compôr equipe multiprofissional (com especialistas em arteterapia, farmácia homeopática, medicina antroposófica e musicoterapia), estrutura física, mobiliário, equipamentos e instrumentais para avançar nas Práticas Integrativas em Saúde, envolvendo os outros órgãos, devidamente capacitados, facilitando a otimização da intersetorialidade na saúde.

– Incentivar, ampliar e fomentar pesquisas sobre os benefícios, eficácia e a segurança do uso de plantas medicinais (fitoterápicos), práticas alternativas (homeopatia, acupuntura, massagens, entre outros), medicamentos naturais, cosméticos e alimentos, agregando serviços de atenção farmacêutica, buscando desenvolvimento de inovações tecnológicas com aproveitamento da rica biodiversidade (fauna e flora) que o país possui e incentivando, assim, as equipes de saúde a disseminarem essas práticas, em defesa de uma política de preservação do ambiente e manejo sustentável dos recursos naturais.

Por outro lado, enormes retrocessos no que diz respeito ao financiamento do SUS (EC95/2016) e às parcerias público-privadas (planos de saúde populares, p.ex.) acontecem contemporaneamente aos fenômenos de lutas e resistências populares. Reconciliação e resistência andam juntas nessa conjuntura. As ações de avanços vêm da população; a iniciativa e a luta vêm do povo, de voluntários, dos profissionais que tem formação ou conhecimento em alguma PIC e a aplica no SUS, muitos deles sem formação superior.

Visando fomentar a formação, as estratégias de capacitações hoje em PICS no SUS são principalmente através de plataformas *online* do Ministério da Saúde⁷⁷ e *in loco* por iniciativas, principalmente, das gestões locais, estas últimas com capacitações de baixa carga horária e comunicação simplificada, como é o caso de práticas como massagens, auriculoterapia, *shantala*, *pa tuan chin* e outras⁷⁸.

Desta forma, as PICS se propagaram, nessas 10 anos de Política, pelas brechas da PNPICS, que restringiu as PICS por um lado, ao relacioná-las sobremaneira ao profissional médico (Homeopatia, Antroposofia, Acupuntura, algumas prescrições fitoterápicas, p.ex.), quando já é sabido também que a maioria dos profissionais médicos buscam especializações nas áreas biomédicas e que há relativa escassez desses profissionais na APS.

⁷⁶ DOU nº 85, Seção 1, página 53 a 67, em 05 de maio de 2016.

⁷⁷ Através dos portais AVASUS, Comunidade de Práticas, UNA-SUS e Portal SBE.

⁷⁸ Informações gentilmente fornecidas pela gestão municipal de PICS – Rio de Janeiro.

Esse pode ser um dos motivos que explica o fato de que apenas 938, 14% dos municípios brasileiros, apresentam algum serviço de PICS cadastrado⁷⁹. Outra explicação pode estar no recente monitoramento das PICS ao nível federal, pois os procedimentos foram recentemente incluídos na tabela e no sistema informatizado, o que torna o monitoramento ainda insuficiente, considerando também que diversos municípios brasileiros ainda não possuem sistema informatizado na rede de APS e que as vias de monitoramento não são unificadas⁸⁰.

Em última análise, sem os avanços conquistados no que concerne ao direito à saúde desde a Constituição de 88 até nossos dias, não seria possível o acesso, principalmente da população menos privilegiada, às práticas integrativas, pois elas sempre estiveram disponíveis à camada mais privilegiada e elitizada da população. Tampouco sem os recursos públicos e as políticas de incentivo, não seria possível a realização de pesquisas clínicas, teóricas e empíricas para o fortalecimento das práticas e sua inserção como recurso terapêutico no SUS.

⁷⁹ Conforme “Relatório de Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares” – Junho de 2016. Disponível em: <http://redenacionalpics.wixsite.com/site/single-post/2016/05/31/Relat%C3%B3rio-de-Monitoramento-das-Pr%C3%A1ticas-Integrativas-e-Complementares-%E2%80%93-Junho-de-2016>. Acesso em 18 de dezembro, 2016.

⁸⁰ Atualmente, a inserção das PICS no SUS é feita a partir do levantamento de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), do Sisab/e-SUS, que trazem informações específicas das PICS na Atenção Básica, dos resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, da Pesquisa Nacional em Saúde (PNS), do Cadastro Nacional de PICS e das informações resultantes do apoio institucional.

5 (IN)CONCLUSÕES

Conforme vimos no início deste trabalho, a ciência, antes executada em fusão com a arte, e que tantos benefícios trouxe à humanidade, tornou-se, principalmente a partir do século XIX, um “saber científico-empírico tecnologicamente instrumentalizável” (BARTHOLO JR, 2001, p.46), apropriada para utilização com fins de enriquecimento e poder por uma civilização industrial que, contrariando “valores anteriores de conteúdo sobrenatural e mítico, adota uma cosmovisão antropomórfica, racional, previsível” (ibidem, p.160).

A arte, entretanto, permaneceu no discurso das ciências da saúde; cada categoria com sua porção, sem, contudo, um lugar definido. Digo, sem um lugar para ser ela mesma, afinal a arte é livre e não pode ter um lugar que a limite.

Considerando que arte e ciência eram conciliadas, será que há agora (pelos menos a possibilidade de) reconciliação? Ou ainda: é necessário que haja reconciliação? E afinal, de qual reconciliação estamos falando?

Tais questionamentos emergiram também nas entrevistas, a partir de reflexões sobre o atual modelo de gestão do sistema de saúde e das relações entre as pessoas, baseados na exclusão social, na hierarquização das relações e na concessão de direitos desiguais: “Então conciliar o que? Não sei se tem que conciliar. Não sei se tem que reconciliação dessa forma. Ela não é mais o que foi, é uma outra história. Não sei se a prática integrativa tem que se reconciliar com isso” (Ko, 41 anos).

Para todas essas questões, muitas reflexões. Dentre elas a de que hoje, mais do que nunca, está posta a necessidade de se repensar a atividade científica dentro de um ideal que a vincule a uma correspondência ética com a vida (BARTHOLO JR, 2001).

A industrialização que cindiu ciência e arte é a mesma que acende a emergência de sua reconciliação, no sentido de que é através de seu uso inapropriado que estamos vendo o planeta ser devastado. O “mito da máquina” (ibidem, p.176) que se constitui em paradigma organizacional da sociedade moderna, metamorfoseia-se agora em necessidade de um paradigma reconstrutor.

É necessário recompor os fragmentos. Recompor nossos corpos despedaçados em partes que pertencem cada qual a seus especialistas, ao Estado, à religião. É necessário recompor o conhecimento, revalorizando principalmente os autóctones e locais para que haja desenvolvimento sustentável na construção desse novo paradigma, que mais do que uma ideologia é uma necessidade de sobrevivência, não apenas nossa, humana, mas de toda a biodiversidade da Terra.

A reconciliação prudente está, portanto, numa prática científica que agregue

aquelas disciplinas que contem em si a noção de arte e permitem a percepção da criação artística; do horizonte político que tende a valorizar o âmbito próprio das decisões que não se subordinam à técnica necessariamente; das situações dramáticas da vida das pessoas e da sociedade, onde transparece a busca de sensibilidade e de felicidade, as quais podem encontrar na ciência alguns apoios, mas são feitas sobretudo de horizontes qualitativos e dificilmente sem alguma dose de religiosidade e de credices; dos outros saberes que parecem consolidar, cada vez mais, a pretensão de que podem ser menos sólidos que a ciência, mas não são menos necessários, para dar conta das complicações da vida (DEMO, 1997, p.90 apud BARROS, 2008, p.290).

Esta reconciliação é diferente de contrato interpares, pois ela pretende “enquadrar eticamente as relações de poder assimétricas” (BARTHOLO JR, 2001, p.166). É um “fazer as pazes” de modelos e práticas no campo da saúde, que há décadas vivem num cenário de disputas e conflitos.

Com isso, ela não pretende fazer voltar a uma prática medieval, despojada dos avanços conquistados e tutelada pela religião. O que vemos é um paralelismo histórico entre a ciência e a arte conciliadas e a reconciliação em novas configurações e plataformas.

Diversas e diferentes reconciliações emergiram nessa pesquisa: ciência e arte, corpo e mente, ser humano e natureza, objetividades e subjetividades, saúde e doença, hegemônico e contra hegemônico, e outras. Irreconciliações também, como vimos. Sobre estas questões é que se fez do diagrama do Tai Chi, num círculo que não está fechado, o emblema desta pesquisa.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano

A partir da experiência em Tai Chi numa unidade do SUS foi possível observar e discutir neste trabalho diversos aspectos que nos trouxeram a uma reflexão mais ampliada sobre a reconciliação entre arte e ciência na saúde.

Esta amplitude perpassou os processos epistemológicos de uma ciência ambígua, onde, ao passo que trouxe diversos avanços e benefícios para a humanidade, ao aproximar-se dos interesses do capital e do processo de industrialização, tornou-se copartícipe do paradigma fragmentado e normativo presente também na área da saúde, bem como da devastação das relações humanas e do meio ambiente.

Contudo, através das lentes não apenas das práticas integrativas, mas, sobretudo de uma prática que promove a “dança dos opostos”, o Tai Chi, vislumbramos os dois lados da montanha; os componentes intrínsecos à arte religando-se à ciência, e a ciência, reencantada, aproximando-se da arte.

Considero como componentes intrínsecos a arte e que, reconciliados com a ciência promovem uma prática em saúde integrada:

- O trabalho com o ser integral e sua singularização através da incorporação, no cuidado, de suas origens, cultura, história, bem como sua inserção social e seus aspectos biológicos e genéticos;
- A promoção da criação de vínculos sociais;
- O resgate da autonomia expressiva, do empoderamento de si e das capacidades criativas das pessoas;
- A gestão do cuidado emancipador e libertário;
- A *práxis* em saúde como ação política;
- O estímulo à expressão das subjetividades, emoções e afetos;
- O favorecimento da ressignificação das relações, dentre elas: com o sistema de saúde, com o trabalho, com o outro, com o próprio corpo, com a natureza e com a cidade;
- Sensibilidade nas relações;

- Criatividade nas ações;
- Liberdade e beleza como motivações.

A fusão arte e ciência nas práticas de saúde, do ponto de vista aqui abordado, aponta para a valorização de práticas plurais, dialógicas e inclusivas, utilizadas para a saúde, educação e felicidade: para melhorar a vida das pessoas.

A prática do Tai Chi também se mostrou um observatório das questões irreconciliadas, mas que podem ser tomadas como desafios frente às necessidades de transformações que se apresentam na contemporaneidade. Mostrou-se, sobretudo, como um observatório de resistência aos valores hegemônicos de nossa sociedade, que se refletem no campo e nas relações em saúde.

Para além da importância das PICS e da iminência de seu fortalecimento, esta pesquisa coloca um espelho frente ao campo da saúde coletiva, convidando-a a refletir sobre sua atuação, ou atual ação. A saúde é coletiva porque a vida é coletiva.

É preciso reconciliar a saúde com o coletivo⁸¹!

⁸¹ Agradecimentos à amiga Gabriela Barreto!

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W. **Notas de Literatura I**. [tradução de Jorge de Almeida]. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- ADORNO, T. W; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.
- BARTHOLO JR, R. S. Solidão e Liberdade: notas sobre a contemporaneidade de Wilhelm von Humboldt. In: **Ciência, ética e sustentabilidade**. Marcel Bursztyn (org.). 2. ed. Brasília: UNESCO, 2001.
- BARROS, N. F. de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 3, p.850-860, Set. 2006.
- BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; SIMONI, C. de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3066-3067, Dez. 2007.
- BARROS, N. F. de. **A construção da medicina integrativa**: um desafio para o campo da saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- BARROS, N. F. de; CECATTI, G. TURATO, E. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: Múltiplos Olhares. Campinas: Kompasso, 2005.
- BARROS, N. F. de. **Medicina Complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. 1. ed. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2000.
- BARSTED, D. W. V. L. **WÚ JÍ**: O Vazio Primordial, Cosmologia Daoísta e Medicina Chinesa, 200 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – IMS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- BERGSON, H. **Memória e Vida**. [tradução de Cláudia Berliner]. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- BERGSON, H. **A Energia Espiritual**. [tradução de Rosemary C. Abílio]. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. - (Biblioteca do pensamento moderno).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional De Promoção Da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Informe Novembro: Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMARGO JR, K. R. de. As armadilhas da “concepção positiva da saúde”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. [tradução de Vera Avellar Ribeiro]. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2005. – (Fundamentos do Saber).

CAGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. [tradução de Maria Thereza Redig]. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2009.

CHIESA, G. R. **Além do que se vê: magnetismos, ectoplasmas e paracirurgias**. 243 f. Tese (Doutorado em Sociologia e Antropologia). IFCS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília. **Anais**. Brasília: CNS, 1986.

CONTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015.

DESCARTES, R. **Los principios de la Filosofía**. [traducción: Guillermo Quintas] Barcelona: RBA Coleccionables, 2002.

DESPEUX, C. **Tai Chi Chuan: Arte Marcial, Técnica de Longa Vida**. São Paulo: Círculo do Livro, 1981.

DONNANGELO, M. C; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FEYARABEND, P. **A Ciência em uma sociedade livre**. [tradução de Vera Joscelyne]. São Paulo: Unifesp. 2011.

FEYARABEND, P. **Contra o Método: esboço de uma teoria anárquica da teoria do conhecimento**. [tradução de Octanny S. da Mota e Leonidas Hegenberg]. Rio de Janeiro: F. Alves, 1989.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. [tradução de Roberto Machado]. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. [tradução de Marcio A. da Fonseca e Salma T. Muchail]. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade. 3: o cuidado de si**. [tradução de Maria Thereza da C. Albuquerque]. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

GADAMER, H. **Verdade e Método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. [tradução de Flávio Paulo Meurer]. 6ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2004.

GADAMER, H. **O caráter oculto da saúde**. [tradução de Antônio L. Costa]. Petrópolis: Vozes, 1993.

GALHARDI, W. M. P; BARROS, N. F; LEITE-MOR, A. C. M. B. O conhecimento dos gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e sua influência para a oferta de homeopatia do Sistema Único de Saúde local. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 213-220, 2013.

GAUDENZI, P; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**. v. 16, n. 40, p. 21-34, Mar. 2012.

GUPTA, M. **Is evidence-based psychiatry ethical?** Oxford: Oxford University Press, 2014.

HUANG, A. C. **Expansão e Recolhimento**: A Essência do T'ai Chi. [tradução de George Schlesinger e Mauro Rubinstein]. São Paulo: Summus, 1979.

LAZZARI, F. de. **Pa Tuan Chin**: oito peças do brocado. Ribeirão Preto, SP: Editora e Gráfica São Gabriel Ltda, 2008.

LUZ, M. T. **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC: 2007.

LUZ, M. T. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da homeopatia no Brasil. 2ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

LUZ, M. T. **As Instituições Médicas**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

LUZ, M. T; BARROS, N. F. de. (Org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2012.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. [tradução de Reginaldo Sant'Anna]. 9ª ed. São Paulo: Difusão Editorial, 1984.v.1.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. [tradução de Paulo Neves]. 4ª ed. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

MENDONÇA, A. L. O. **O Ensaio como (Re)Forma**: Manifesto Anti-Paperialista. No prelo.

MENDONÇA, A. L. O. O cuidado com a saúde na era da ciência e da técnica: o que é a saúde afinal? **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 2, p. 783 – 788, Abr/jun 2014.

MENDONÇA, A. L. O; CAMARGO JR, K .R. Complexo médico-industrial financeiro: os lados epistemológicos e axiológico da balança. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 215-238, 2012.

MENDONÇA, A. L. O; CAMARGO JR, K .R. Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, 2016.

MENDONÇA, A. L. O; ARAÚJO, P; VIDEIRA, A. A. P. Primazia da democracia e autonomia da ciência: o pensamento de Feyerabend no contexto dos *science studies*. **Filosofia Unisinos**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 44-61, Jan/abr. 2010.

MERLEAU-PONTY, M. **Elogio da Filosofia**. Lisboa: Guimarães Editora, 1998.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEWTON, I. **Principia: princípios matemáticos de filosofia natural: livro III**. [tradução de André K. T. Assis]. 1.ed. - São Paulo: Folha de São Paulo, 2010. (Coleção Folha: livros que mudaram o mundo; v.9)

NOGUEIRA, M. I; CAMARGO JR, K. R. de. A orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 841-861, Jul/set 2007.

OLIVEIRA, E. R. de. **O que é medicina popular**. São Paulo: Abril Cultural / Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos)

OTANI, M. A. P; BARROS, N. F. de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

OTANI, M. A. P; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

PEREIRA, C. A. M. **O que é contracultura**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PRIGOGINE, I; STENGERS, I. **A Nova Aliança: metamorfose da ciência**. [tradução de Miguel Faria e Maria Joaquina Machado Trincheira]. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 1991.

RODRÍGUEZ, V. G. **O Ensaio como Tese: estética e narrativa na composição do texto científico**. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2012.

SANTOS, G. de O. **Uma interpretação das artes guerreiras chinesas**. Campinas, SP: [s.n.], 2013.

SAYD, J. **Mediar, Mediar, Remediar: aspectos da terapêutica na medicina moderna**. 2ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2011.

SERRANO, A. I. **O que é medicina alternativa**. São Paulo: Brasiliense, 1987 (Coleção Primeiros Passos).

SHAPIN, S. **A Revolução Científica**. [tradução de Ricardo Afonso Roque]. Algés, Portugal: Editora Difel, 1996.

SHAPIN, S. **Nunca Pura**: estudos históricos de ciência como se fora produzida por pessoas com corpos, situadas no tempo, no espaço, na cultura e na sociedade e que se empenharam por credibilidade e autoridade. [tradução de Erick Ramalho]. 1ª Ed. Belo Horizonte - MG: Fino Traço, 2013.

SIEGEL, P; BARROS, N. F. de. Análise Sociológica das Políticas de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1375-1376, Maio, 2012.

SOUZA, E. F. A. A. de; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 2, p. 393-405, Jun, 2009.

TESSER, C. D. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

TZU, L. **Tao Te King**: o livro do Tao e sua virtude: versão integral e comentários. [tradução Marcos Martinho dos Santos]. 2.ed. São Paulo: Attar, 1995.

UESHIBA, M. **A arte da paz**: ensinamentos do fundador do aikido. [tradução Murillo Nunes de Azevedo e compilação de John Stevens]. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

VASONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 2. Ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2004.

VIANNA, D. (org.). **Terapia Expressiva**: A arte do afeto colorindo um hospital. Niterói: Editora da UFF, 2014.

WALLERSTEIN, I. M. **O universalismo europeu**: a retórica do poder. [tradução de Beatriz Medina]. São Paulo: Boitempo, 2007.

WATTS, A. **TAO**: O Curso do Rio. [tradução de Terezinha Santos]. São Paulo: Ed. Pensamento, 1975.

WEIL, P. **Nova linguagem holística**: pontes sobre as fronteiras das ciências físicas, biológicas, humanas e as tradições espirituais. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

ZUKOSKI, A. **Histórias pra Caramba**. Rio de Janeiro: Ottonelli & Santiago, 2017.

I CONGRESSO MUNDIAL DA TRANSDISCIPLINARIDADE. Carta da Transdisciplinaridade. Convento de Arrábida, Portugal, 1994. Comitê de Redação: Lima de Freitas, Edgar Morin e Basarab Nicolescu. In: **Educação e transdisciplinaridade**. Brasília: UNESCO / USP, 2000.

APÊNDICE - Roteiro de entrevistas**Entrevista com usuários do grupo “Nós Conscientes”**

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Renda:

Bairro que reside:

Como você chegou ao grupo?

Diga-me, por favor, como é para você participar do grupo “Nós Conscientes”.

Por favor, conte-me como você percebe a sua prática Tai Chi.

Há quanto tempo você pratica o Tai Chi e com que frequência?

Já praticou alguma atividade corporal antes?

Você faz algum outro tratamento de saúde ou atividade nesta ou em outra Instituição?

Como a prática do Tai Chi influencia em sua saúde e vida?

Há alguma informação que você gostaria de compartilhar sobre sua saúde e a prática de Tai Chi?

Entrevista com terapeuta do grupo “Nós Conscientes”

Nome:

Idade:

Fale sobre sua formação e carreira profissional.

Há quanto tempo orienta a prática de Tai Chi na Unidade?

Além dessa prática, você desenvolve outras atividades nesta ou em outra unidade?

Diga-me, por favor, como você percebe a existência do Tai Chi nesta Unidade de Saúde.

Qual a influência do Tai Chi na saúde das pessoas?

Como o Tai Chi orienta suas práticas profissionais?

Você percebe reconciliações pela prática de Tai Chi?

Você pode contar experiências ou exemplos de reconciliações que vivenciou pela prática do Tai Chi?

Entrevista com profissionais de saúde da Unidade

Nome:

Idade:

Sexo:

Fale sobre sua formação e carreira profissional.

Há quanto tempo trabalha nesta Unidade e que atividades desenvolve?

Diga-me por favor, como você percebe a existência do Tai Chi nesta Unidade de Saúde.

Qual a influência do Tai Chi na saúde das pessoas?

Como você articula a prática de Tai Chi na unidade e as atividades que desenvolve?

Você percebe na prática do Tai Chi a possibilidade de reconciliações?

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CuidAr-te: a prática do Tai Chi no SUS como observatório da reconciliação entre arte e ciência

Pesquisador: ISABEL CRISTINA DE ALMEIDA PRADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56735316.7.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.850.638

Apresentação do Projeto:

A pesquisa visa a discutir "a possibilidade de reconciliação entre arte e ciência através da prática de Tai Chi, sob a perspectiva dos usuários do grupo de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e dos profissionais de uma Unidade de Saúde do SUS". Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com entrevistas de até 15 usuários, mas se propõe também a realizar ampla revisão bibliográfica, assim como a discutir questões que possivelmente vão além das dos participantes das prática de Tai Chi no SUS, tais como a fragmentação no capitalismo de práticas relacionadas à ciência e à saúde, bem como "a plausibilidade de reconciliação entre ciência e arte do cuidado em um período de pós-contracultura". Além disso, há o objetivo de discutir a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Haverá coleta de dados por meio de entrevistas estruturadas e observação participante no Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto – Copacabana – RJ, onde a prática do Tai Chi é oferecida sob a orientação de um terapeuta. Serão entrevistados 15 usuários, o terapeuta, e cinco funcionários da unidade, totalizando 21 pessoas. No projeto extenso, a pesquisadora esclarece como, ao iniciar a pesquisa, na sessão de Tai Chi e com a participação do terapeuta, será feita a apresentação da pesquisa e dos TCLEs.

Critério de Inclusão:

A inclusão é voluntária. O critério é ser praticante ou profissional das Práticas Integrativas e

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.br

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 1.650.638

Complementares, no caso, do Tai Chi. Sendo os entrevistados voluntários, não há critério de exclusão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Discutir “a possibilidade de reconciliação entre arte e ciência através da prática de Tai Chi”; o que será realizado considerando “a perspectiva dos usuários do grupo de Práticas Integrativas e Complementares”, assim como a dos profissionais de uma Unidade de Saúde do SUS.

Objetivo Secundário:

Baseando-se nos resultados levantados na análise específica do oferecimento da prática do Tai Chi, pensar também as demais possibilidades de reconciliação entre arte e ciência, assim como pensar propostas de integração na atenção a saúde através de práticas de cuidado que sejam mais amplas que as da biomedicina em sentido estrito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É indicado o “risco de desconforto”, eventualmente decorrente das “observações, entrevistas e conversas”. Os benefícios indicados não dizem respeito diretamente aos indivíduos entrevistados, mas há proposta de que a pesquisa contribua para o campo da saúde e das práticas integrativas em saúde, sobretudo as que não se limitem a biomedicina em sentido estrito.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os objetivos são indicados com clareza: trata-se de pesquisa qualitativa com o objetivo de realizar entrevistas (por meio de entrevista semiestruturada) com 15 usuários, o terapeuta e cinco funcionários, assim como observação participante. Os procedimentos requeridos para sua realização, envolvendo as entrevistas e a observação participante, assim como a documentação exigida, são apresentados, conforme indicado a seguir. Não há pendências éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLEs estão formulados adequadamente, assim como os roteiros de entrevista semiestruturada; em duas vias: 1. para os que serão entrevistados e 2. para os que estarão sendo observados. Apresenta folha de rosto, orçamento (recursos pessoais, mas sendo indicado que se trata de bolsista da Capes), cronograma, bibliografia e projeto completo. Inclui também o Termo

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.br

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 1.650.638

de anuência da diretora da unidade. Este projeto será submetido ainda ao CEP da Secretaria de Saúde.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Roteiro_de_entrevistas_IsabelCristina_2016.docx	06/06/2016 11:09:38	Victor Augusto Menezes Ribeiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_718357.pdf	03/06/2016 09:26:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Isabel_Prado.docx	03/06/2016 09:23:10	ISABEL CRISTINA DE ALMEIDA PRADO	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	02/06/2016 19:36:43	ISABEL CRISTINA DE ALMEIDA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	02/06/2016 19:31:33	ISABEL CRISTINA DE ALMEIDA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	02/06/2016 19:29:42	ISABEL CRISTINA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOs_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	02/06/2016 19:28:35	ISABEL CRISTINA DE ALMEIDA PRADO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	19/05/2016 16:07:22	ISABEL CRISTINA DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.br

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 1.650.638

RIO DE JANEIRO, 26 de Julho de 2016

Assinado por:
Martinho Braga Batista e Silva
(Coordenador)