**PRÁTICAS TERAPÊUTICAS
NÃO-ALOPÁTICAS
NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE:
Caminhos e Descaminhos**

Estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de
Saúde de Belo Horizonte

Sônia Maria Soares

Tese apresentada ao Departamento de Prática de
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de
Doutor.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria Jacyra de Campos Nogueira

São Paulo

2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

S676p Soares, Sônia Maria

Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde- caminhos e descaminhos: estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ Sônia Maria Soares.

São Paulo, 2000.

189p. ilustr.

Tese. (Doutorado). Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP.

1. .Medicina alternativa 2. Saúde holística 3. Antropologia cultural 4. Serviços de saúde 5. Saúde pública I. Título

NLM: WB 890

CDU: 615.8

39588 | 2000 doc

*No pensamento, clareza.
No sentimento, interioridade.
Na vontade, domínio de si.
Se eu assim me esforço,
Eu posso esperar
Guiar-me pelo melhor
Sobre os sendeiros da vida,
Perante os corações humanos
No círculo dos deveres.
Já que a clareza
Traz da luz da alma
E a interioridade
Conserva o calor espiritual
O domínio de si
Fortifica a força vital
E todo o conjunto,
Com a confiança em Deus,
Nos assegura uma marcha justa
Pelos caminhos da vida.*

(Oração escrita por R.Steiner para desenvolvermos o amor conquistado pelo pensar puro livre.)

Dedicatória

Aos meus pais, pessoas singulares na minha existência, pilares fundamentais nessa minha jornada solitária de trabalho e autoconhecimento, compensada certamente com o carinho e respeito de ambos .

Aos colaboradores desse estudo que emprestaram a sua subjetividade na construção desse texto etnográfico que na condição de profissionais da área da saúde estão comprometidos em desvelar a essência do humano enquanto cuidadores dos “outros” e de si próprios.

A todos aqueles que acreditam na transformação da ciência e lutam pela integração das diferentes racionalidades terapêuticas.

Agradecimentos

Segundo o *I Ching*, oráculo chinês milenar, o trovão e o vento são a imagem da duração. Dois elementos da natureza em movimento, que se influenciam reciprocamente, indicando que nada é imóvel no acontecer dos fatos, e que o movimento natural das coisas tem a sua própria duração. Por isso foram muitas as estações da natureza...as chuvas de São Paulo, o inverno e o verão cinzento de San Francisco...o recolhimento em Belo Horizonte para a criação e (re)criação desse texto etnográfico. E foram muitas as estações...as estações de mim, do momento da criação ao da concepção desse estudo, num jogo contínuo entre razão, emoção e sensibilidade. Nas estações das águas, a terra foi fertilizada para o plantio...as primeiras sementes foram quando discuti com o Prof. Leonardo Fígoli as idéias iniciais desse estudo. Nessa jornada o tempo não é de chegada, mas sim de uma pausa...para vivenciar esse “rito de passagem” que não teria sido possível sem a solidariedade e a cooperação de uma rede de pessoas que habitam na “tribo da sensibilidade” e reconhecem o significado e o sentido dessa experiência.

Por isso sou infinitamente grata a todos meus familiares, especialmente aos meus pais e à Alessandra e Cláudio, que ajudaram a transformar as minhas palavras criando uma linguagem simbólica das tradições aqui estudadas. Agradeço ainda :

- À Profa. Dra. Maria Jacyra de Campos Nogueira pela orientação e pela confiança no meu caminhar à distância.
- À Faculdade de Saúde Pública, especialmente a todos funcionários da Pós-graduação pelo apoio recebido ao longo do curso.
- À Fundação Kellogg e ao Programa de Desenvolvimento da Enfermagem /E.E.UFMG, representados respectivamente, pelo Prof. Dr. Marcos Kisil e pela

Profª. Dra. Roseni Rosângela de Sena pela concessão da Bolsa Sandwich e por todo apoio recebido durante a minha permanência em 1997/1998 na School of Nursing, University of California, San Francisco.

- À Dra. Patricia Benner, pelos ensinamentos durante a Bolsa Sandwich na School of Nursing da University of California, San Francisco.
- À Secretaria Municipal de Saúde, especialmente a todos os integrantes do Programa de Práticas Não-Alopáticas pela confiança que confiaram no meu trabalho e abriram todos os espaços institucionais para concretização do mesmo.
- À Escola de Enfermagem da UFMG, particularmente, às colegas do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG pela oportunidade de afastamento.
- À Aidê Ferreira Ferraz, que com a sua singularidade de ser humano compreendeu o meu processo e colocou-se do meu lado com gestos de solidariedade, amizade compartilhando diferentes momentos dessa jornada e contribuindo com muitos insights criativos.
- Às amigas Édila, Lúcia, Guilhermina e pela amizade e solidariedade contínua e incondicional em fases tão difíceis dessa jornada, foi muito bom contar mais uma vez com vocês.
- Ao Eugênio pelo encontro amoroso somado ao seu carinho e compreensão.
- Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram nessa rede de apoio e de vínculos, aqueles que acreditaram no meu sonho e continuam sonhando junto comigo, que Deus abençoe a todos.

SUMÁRIO

Resumo **Abstract**

INTRODUÇÃO 1

De Volta ao Começo: a minha aproximação com as práticas terapêuticas não-alopáticas

CAPÍTULO I 12

A DIMENSÃO CULTURAL DAS PRÁTICAS NÃO-ALOPÁTICAS: DAS ORIGENS À IMPLANTAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

1.1 Práticas terapêuticas não-alopáticas: da concepção alternativa à
concepção integrativa..... 13

1.2 Práticas não- alopáticas como sistemas socioculturais..... 17

1.3 A inserção das práticas terapêuticas não-alopáticas em serviços públicos
de saúde..... 20

CAPÍTULO II 29

A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2. 1 Escolhendo o referencial teórico-metodológico..... 29

2. 2 Iniciando a jornada etnográfica: do “centro” para a “periferia”..... 34

2. 3 Construindo o texto etnográfico..... 42

CAPÍTULO III 45

O CENÁRIO CULTURAL

3.1. O Programa de Práticas Não- Alopáticas da Secretaria Municipal da
Saúde de Belo Horizonte..... 45

3.2. O Barreiro: um distrito que viu Belo Horizonte nascer !..... 64

3.3. O Centro de Saúde Vitória Régia..... 68

CAPÍTULO IV.....	74
-------------------------	-----------

COMPREENDENDO AS PRÁTICAS NÃO – ALOPÁTICAS NO CONTEXTO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.

4.1Apresentando o grupo cultural.....	74
4.2.Da medicinacontemporânea ocidental à medicina não- alopática.....	81
4.2.1- O Rito de Passagem.....	81
4.2.2- A busca da formação em práticas terapêuticas não-alopáticas.....	94
4.3 As práticas terapêuticas não-alopáticas como uma cultura emergente.....	102
4.3.1 – A inserção dos profissionais não-alopatas nos centros de saúde.....	102
4.3.2. - A dimensão organizativa do serviço: um enfoque necessário para a inserção das práticas não-alopáticas nos centros de saúde	111

CAPÍTULO V.....	145
------------------------	------------

A REALIDADE DAS PRÁTICAS TERAPEUTICAS NÃO-ALOPÁTICAS NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

CAPÍTULOVI

.....	157
-------	-----

REFLETINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA ETNOGRÁFICA

REFERÊNCIAS	166
--------------------------	------------

ANEXOS.....	183
--------------------	------------

RESUMO

Soares S.M.; **Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos** - estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. São Paulo; 2000.[Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Este estudo busca compreender a cultura das práticas não-alopáticas no serviço público de saúde tendo como objeto o Programa de Práticas Não-Alopáticas implantado, em 1994, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-SMSA/BH. Este Programa é a institucionalização de uma proposta inovadora, que nasceu num momento de mudanças políticas na área da saúde decorrentes da operacionalização do SUS, com o objetivo de garantir à população acesso gratuito ao atendimento de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica. Trata-se de um estudo de caso etnográfico fundamentado na antropologia interpretativa, tendo como foco central o conceito de cultura de Geertz, a noção de *habitus* e o conceito de campo proposto por Bourdieu. O trabalho de campo foi realizado através de observação participante, entrevistas e análise de documentos. Emergiram como análise temática os seguintes esquemas conceituais: **“da medicina contemporânea ocidental à medicina não-alopática”**, **“as práticas terapêuticas não-alopáticas como uma cultura emergente no serviço público”**, **“a realidade das práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde”**. Os profissionais não-alopatas descrevem os dilemas e conflitos latentes vivenciados durante o rito de passagem da prática médica ocidental ao seu engajamento na medicina não-alopática. O Programa pelo seu caráter inovador colocou o desafio da criação de instrumentos que viabilizassem as práticas não-alopáticas no modelo assistencial do SUS dentre eles a garantia dos medicamentos não-alopáticos para o usuário, mas ainda não se constituiu enquanto política no âmbito da SMSA/BH. As práticas não-alopáticas, principalmente a medicina antroposófica, ainda são pouco conhecidas da população, sendo referida como um tratamento *“novo”* e *“diferenciado”*. Este estudo oferece subsídios para a organização e integração mais efetiva das práticas não-alopáticas nos serviços de saúde públicos, desmistificando preconceitos a respeito dessas práticas e instigando outros profissionais para o desenvolvimento de outros estudos.

Descritores: Saúde holística, medicina alternativa, serviço público de saúde, antropologia cultural, medicina tradicional chinesa, antroposofia.

ABSTRACT

Soares S.M.; Therapeutic no-allopathic practices in the public health service: ethnographic case-study developed in the Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. São Paulo; 2000. [Doctorate Thesis - Faculty of Public Health of University of São Paulo]

This study seeks to understand the culture of no-allopathic practices in the public health service tends as object the Programa de Práticas Não-Alopáticas implanted, in 1994, by the Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-SMSA/BH. This Program is the institutionalization of an innovative proposal, that was created in a moment of political changes in the area of the current of the implementation of Brazilian health policy named -SUS -, with the objective of guaranteeing to the population free access to the attendance of homeopathy, acupuncture and anthroposophical medicine. It is a ethnography case study based in the interpretative anthropology, tends as central focus the concept of culture of Geertz, the notion of *habitus* and the field concept proposed by Bourdieu. The fieldwork was accomplished through participant observation, interviews and analysis of documentos. Emerged as thematic analysis the following conceptual outlines: **" from the western contemporary medicine to the medicine no-allopathic ", " the therapeutic practices no- no-allopathic as an emergent culture in the public " service, " the reality of the therapeutic practices no-allopathic in the public health service "**. The no-allopathic professionals describe the dilemmas and conflicts latent being during the passage ritual of the western doctor practice to its involve in the medicine no-allopathic. The Program for its innovative character placed the challenge of the creation of instruments that made possible the practices no-allopathic in the assistencial model of the SUS between they guaranteed it of the medications no-allopathic for the user, but it was not still constituted while politics in the ambit of SMSA/BH. The no-allopathic practices, mainly the anthroposophical medicine, is still not very well-known of the population, being referred as a new " treatment " and " differentiated ". This study offers subsidies for the organization and more effective integration of the no-allopathic practices in the public services of health, dismissing prejudices regarding those practices and instigating other professionals for the development of another studies.

Key words: Holistic health, alternative medicine, public service of health, cultural anthropology, traditional chinese medicine, anthroposophical medicine.

Introdução

DE VOLTA AO COMEÇO:

a minha aproximação com as práticas terapêuticas não-alopáticas.

*Nossas escolhas nos levam a experiências que nos
fazem compreender que não somos as criaturas
pequenas que parecemos ser. Somos expressões
interdimensionais da vida espelhos do espírito.*
(De Urm. R. Bach).

O meu despertar para os saberes das práticas terapêuticas não-alopáticas, aqui entendidas, como aquelas que constituem racionalidades médicas e terapêuticas complementares ou alternativas, decorreu de experiências culturais da infância e da vida profissional.

Na minha infância fui acometida por uma dermatose inflamatória que me obrigou a me submeter a tratamentos com a utilização de corticóides por um longo tempo. Esta medicação tinha apenas efeito paliativo, não melhorava a minha saúde além de produzir efeitos colaterais sérios, o que levou minha família a recorrer a outros tratamentos.

Assim, por influência familiar, em especial de minha avó, eu era tratada, tanto pelos métodos da medicina oficial, ou seja, o sistema médico hegemônico ocidental reconhecido como científico e tecnologicamente avançado, quanto pelos métodos da medicina popular¹, com seu caráter mágico-religioso, como muitos brasileiros o fazem até hoje. Esta experiência ia desde o uso de plantas medicinais,

¹ Medicina popular é a soma de conhecimentos teóricos e práticos explicáveis ou não utilizados para diagnóstico, prevenção e tratamento de transtornos físicos, mentais e sociais baseados exclusivamente na experiência e na observação transmitidos verbalmente ou por escrito de uma geração à outra (OMS 1978).

com rituais de coleta e preparo de receitas caseiras, banhos, até à procura de benzedadeiras.

Esta situação gerava conflitos em minha mãe, pois, enquanto ela procurava pela medicina oficial buscando os melhores especialistas para cuidar de mim, minha avó resistia, sob alegação de que as injeções traziam-me sofrimento e muitos efeitos adversos.

Minha trajetória, assim como a de outras pessoas que são expostas a situações dessa natureza, foi uma típica peregrinação pelas instâncias da medicina oficial e de outras práticas não-alopáticas com vistas à cura, que ora está representada pelos profissionais de saúde, ora por outros agentes informais.

Hoje, acredito que estas experiências ficaram latentes nos meus registros afetivos e de memória e contribuíram significativamente para que eu cultivasse o interesse pelas práticas terapêuticas que não estavam inseridas formalmente no sistema de saúde oficial.

Apenas na década de 70, durante a minha formação profissional, como enfermeira, que eu, atraída pelo contexto cultural da época, que difundia idéias dos movimentos de contracultura, comecei a participar dos grupos de estudos de filosofias orientais e psicologia transpessoal, coordenados pelo Prof. Pierre Weil, na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Estes grupos, organizados por iniciativa de docentes e de alunos no meio acadêmico, tinham como objetivo abrir as portas para uma abordagem holística do conhecimento dentro do espaço acadêmico, porém totalmente desvinculados do saber estruturado na grade curricular. Foi a primeira vez que ouvi falar de *holismo*², *taoísmo*³, concepções filosóficas que influenciaram profundamente as minhas idéias sobre saúde e doença, levando-me a pensar que estes estudos poderiam ser futuramente integrados a minha prática profissional.

Mas o fato é que, após a conclusão do curso, eu fui exercer a minha prática profissional em instituições hospitalares e, mais tarde, na área de ensino, como docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,

² *Holismo*, termo que vem do grego *holos*, que significa “todo”, inteiro referindo-se a uma visão da realidade como um todo em suas relações com suas partes. Vide cap. 1

³ *Taoísmo*, base filosófica da medicina oriental que apoiasse nos princípios energéticos opostos *yin* e *yang*. (WEN 1989).

onde a formação dos profissionais está fundamentada quase que exclusivamente pelo paradigma cartesiano-newtoniano. Diante dessas circunstâncias, mesmo impregnada pela concepção das práticas terapêuticas taoístas, onde a saúde e enfermidade são entendidas como fenômenos energéticos (CAPRA 1982, 1988; GERBER 1993; WILBER e col. 1994) percebi que este terreno não era propício para a integração formal de outras abordagens terapêuticas no ensino, deixando latentes para mim as idéias dessa integração.

Com meu ingresso no curso de mestrado, tive a oportunidade de retomar meus estudos já direcionados para as práticas terapêuticas não-alopáticas. A dissertação teve como temática: “A intervenção de agentes voluntários de saúde na periferia urbana da cidade do Rio de Janeiro” treinados pelo Programa de Saúde Comunitária de um hospital de grande porte enfocando como uma das vertentes dessa intervenção a prática da medicina popular (SOARES 1987). Os agentes de saúde, guiados pelo conhecimento tradicional e pela sabedoria popular, eram responsáveis pela difusão de tratamentos à base de ervas medicinais e, ao contrário do que eu pensava, a pesquisa mostrou um entrelaçamento das práticas terapêuticas da medicina oficial com as da medicina popular no sistema de saúde que, neste contexto, ora apareciam como alternativas, ora como complementares.

A partir da conclusão do mestrado, o meu interesse em relação às práticas terapêuticas não-alopáticas foi sendo aprofundado por cursos que realizei, como os de acupuntura e fitoterapia, fora do espaço acadêmico, e também pelo meu envolvimento em programas de saúde comunitária que já vinham paulatinamente incorporando essas práticas na assistência a saúde. Optei pelo desenvolvimento da minha formação nessa área, mesmo sabendo que estas práticas não desfrutavam de credibilidade por parte de muitos profissionais de saúde. Primeiro, porque eu acreditava nas propostas de intervenção terapêutica dessas práticas e, segundo, porque eu idealizava atuar junto à população que não tinha acesso a esses tratamentos. Inquietava-me ver que muitas dessas práticas ainda não estavam disponíveis no serviço público de saúde e nem eram incluídas nos planos de saúde, ficando restritas a uma clientela específica e sendo cada vez mais elitizadas. Tomando isso como um desafio, comecei a investigar este campo, porém sem muita

clareza e definição do objeto de conhecimento, apenas delimitando-o ao sistema público de saúde, já que era este o *locus* da minha experiência profissional.

Estudo realizado por mim, sobre a prática educativa do enfermeiro em nove centros de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, mostrou que 18% dos profissionais entrevistados reforçavam a utilização de práticas terapêuticas não-alopáticas, tais como; fitoterapia, técnicas de massagens e relaxamento, que a clientela já vinha empregando nos seus tratamentos (SOARES 1990). Outro estudo foi decorrente da minha atuação como enfermeira e docente no Programa de Educação Sistematizada para o Autocuidado do Cliente Diabético, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, confirmando que mais de 70% dos diabéticos usava práticas terapêuticas como a fitoterapia e a homeopatia em complementação do tratamento médico convencional (SOARES 1993).

A recorrência dos contatos com estas experiências contribuiu para que eu comesse a rever os referenciais da minha prática profissional, mudando algumas atitudes e condutas frente ao cliente e à profissão, bem como retomando os conceitos taoístas de saúde e enfermidade que eu havia aprendido.

Prossegui, a partir daí, desenvolvendo observações em serviços públicos e privados de saúde, ora como enfermeira, ora como cliente, experimentando outras formas de ir apreendendo essa realidade, os seus significados, pressupostos teóricos e ao mesmo tempo ir me comunicando com esse sistema terapêutico que colocava estas práticas num campo de múltiplos discursos.

Esta trajetória possibilitou-me obter alguns dados empíricos sobre a utilização das práticas terapêuticas não-alopáticas por profissionais de saúde, revelando-me um campo com fronteiras pouco delimitadas e com interfaces nas áreas ética, política, sócio-cultural e econômica.

Tudo isso contribuiu para que eu buscasse um aprofundamento a respeito da forma como essas práticas estavam sendo utilizadas no âmbito dos serviços públicos de saúde, pois, a meu ver, esta realidade que se descortinava parecia ser reveladora de algo novo no espaço destes serviços, algo que precisava ser desvelado.

Neste período eu tomei conhecimento de que a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte estava estruturando um programa de implantação de

práticas não-alopáticas na rede básica. Esta proposta tinha ênfase em práticas terapêuticas como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, já reconhecidas como especialidades médicas, e a medicina antroposófica que se encontra em processo de reconhecimento.

Diante do exposto, pude ir delimitando o meu objeto de estudo e pleiteei ingressar em um Programa de Doutorado em uma das unidades da Universidade de São Paulo. O projeto de pesquisa propunha estudar a incorporação das práticas terapêuticas não-alopáticas nos serviços públicos de saúde em Belo Horizonte. Esse projeto recebeu considerações e críticas pelos integrantes da comissão de seleção do doutorado da referida instituição, que discordaram da terminologia que eu estava adotando, alegando que a mesma não coadunava com a visão de ciência do meio acadêmico, como por exemplo, “Universidade Holística Internacional”⁴, e que muitas das questões que eu levantava sobre as práticas não-alopáticas não estavam ainda comprovadas cientificamente, discurso que eu já conhecia. Este fato serviu para instigar-me ainda mais: Como buscar a cientificidade dessas práticas dentro de uma visão hermética de ciência, no âmbito da universidade, espaço legítimo para o embate de idéias, e busca da universalidade do conhecimento? Outros fatos respaldavam minhas inquietações, para além deste primeiro obstáculo, servindo-me de estímulo para estudar uma realidade tão complexa como a das práticas terapêuticas não-alopáticas no contexto do serviço público de saúde.

No âmbito nacional e internacional estudos sócio-antropológicos sobre as práticas terapêuticas não-alopáticas já vêm sendo realizados desde a década de 80 inseridos em diferentes linhas de pesquisas (BOLTANSKI 1984; LAPLANTINE e RABEYRON 1989; LAPLANTINE 1993).

No Brasil, o tema vem sendo abordado desde a década de 80, com alguns artigos publicados e dissertações de mestrado. Na área de enfermagem, os primeiros artigos foram escritos por NOGUEIRA (1983, 1985), STEAGALL-GOMES e col. (1985) enfocando as possibilidades de utilização dessas práticas por enfermeiros brasileiros. Posteriormente surgiram outros trabalhos, dentre os quais os

⁴ A Universidade Holística Internacional – UNIPAZ é uma organização não-governamental, sem vinculações políticas, nem religiosas. O objetivo da UNIPAZ é contribuir para a causa da paz mundial, através da formação de uma nova consciência holística e da construção de pontes que transcendam as fronteiras culturais, econômicas, raciais e religiosas (UNIPAZ 1997).

desenvolvidos por LUZ (1987, 1993), sobre as racionalidades médicas e terapêuticas alternativas, em especial sobre a homeopatia, nos quais foram apontados alguns problemas relativos a universalização dessas terapias, destacando-se: a capacitação de recursos humanos que tem ocorrido fora do processo acadêmico universitário de ensino e pesquisa, falta de um perfil adequado de produtores de meios terapêuticos para essas práticas e a marginalização destas práticas dentro do sistema de saúde oficial, que ainda são acusadas de não-científicas. BARBOSA (1994) investigou a utilização de terapias não-alopáticas por enfermeiras brasileiras, concluindo que grande parte das enfermeiras já utilizava estas terapias. Outra pesquisa também realizada com enfermeiros foi desenvolvida por ALVIM (1994), onde são analisadas as perspectivas de incorporação ao ensino de enfermagem de conteúdos relativos às práticas de saúde não-alopáticas. As conclusões desse estudo apontaram que muitos enfermeiros docentes eram favoráveis à sua incorporação ao ensino de enfermagem, apesar de reconhecerem que existem muitas dificuldades para a viabilidade desse processo, dentre elas o baixo contingente de enfermeiros treinados para assumir o ensino dessas terapias. Mais recentemente destacam-se as pesquisas: de GIANSELLA (1997) sobre a inserção da homeopatia no ensino de graduação, na assistência e na pesquisa nas faculdades de medicina do Estado de São Paulo; de NETO (1999) que apresentou os resultados do atendimento homeopático em uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo e ainda CARNEIRO (1999) que descreveu as crenças, valores de profissionais frente à utilização da Medicina Agradável e da Bioenergia no processo de saúde-enfermidade.

Trabalhos científicos realizados por profissionais de saúde, em todo o mundo, evidenciaram que, cada vez mais, as práticas terapêuticas não-alopáticas estão sendo incorporadas à prática profissional, seja no ensino, na pesquisa ou na extensão: (MARTINS E SILVA 1990; BURKE 1993; EISENBERG e col. 1993; BURNS e col. 1994; FAWCETT e col. 1994; SPIGELBLATT e col. 1994; HUBBLE e col. 1995; RICHARDSON e col. 1995; ARCARI e col. 1996; HOWELL 1994; HUGHES 1997; PECK 1997; RAUCKHORST 1997. Instituições de ensino superior tem seguido esta tendência: é o caso de The Center for Research on Complementary and Alternative Therapies in Aging na Universidade de Stanford, na Califórnia, do Rosenthal Center

for Alternative / Complementary Medicine – Columbia University, do The Center of Human Caring of School of Nursing na Colorado University.

Este cenário no mundo acadêmico nacional e internacional respaldava minhas inquietações, levando-me à percepção de que as questões que eu levantara encontravam ressonância. Minha experiência não era única e, mais do que nunca, eu me sentia estimulada a prosseguir. Apresentei meu projeto de pesquisa à Faculdade de Saúde Pública da USP, que contava com um Centro de Estudos de Medicina Tradicional e Terapias Alternativas em Saúde Pública – CEMTASP⁵, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Jacyra de Campos Nogueira, que acolheu minhas idéias. Estas tinham como “pano de fundo” o espaço que as práticas de saúde não-alopáticas ganhavam, no âmbito do serviço público de saúde, não só no Brasil, mas também na Europa e América do Norte, onde a medicina oficial é, incontestavelmente, hegemônica e legal, coexistindo com as práticas alternativas. Outras questões estão implícitas no emprego das práticas não-alopáticas pelos profissionais de saúde em torno das quais fundam-se e organizam-se essas práticas: as relações de poder entre aqueles que acreditam apenas na racionalidade médica ocidental e oficial de um lado e os que depositam sua credibilidade nas práticas terapêuticas não-alopáticas de outro. Isto parece favorecer à formação de resistência e oposição de muitos profissionais de saúde ortodoxos em relação à aceitação dessas práticas no sistema público de saúde, alegando que elas não são científicas, por não serem passíveis de terem sua eficácia comprovada por testes “cientificamente” reconhecidos. Além disso, ressalta-se o desconhecimento da escassa legislação sobre o exercício dessas práticas, que tem seu exercício permitido por alguns órgãos de fiscalização, como é o caso dos Conselhos de Fisioterapia, Enfermagem, Biomedicina e vetada por outros, como ocorre com os de Psicologia e Medicina. Este último recentemente proibiu aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica como, por exemplo, aquelas relacionadas à medicina ortomolecular, através da Resolução n. 1499/98, do Conselho Federal de Medicina, criando uma polêmica social, em todo o país, entre os médicos adeptos e os

⁵ O CEMTASP constituiu-se como sociedade civil e funcionava junto ao Departamento de Prática de Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP, como órgão de apoio ao ensino, à pesquisa e a prestação de serviços à comunidade.

adversários das práticas não-alopáticas, sob alegação de que a medicina oficial não poderia admitir a volta da era hipocrática e dos milagres.⁶

Minha perplexidade aumentava com a observação de que estas práticas terapêuticas, até então acusadas de não-científicas, começam a ser inseridas nesses serviços, onde sempre se legitimou a racionalidade médica científica respaldada no paradigma newtoniano-cartesiano, que se contrapõe ao caráter holístico e vitalista que fundamentam as terapias não-alopáticas. Além destas situações ligadas à prática assistencial, desafiava-me observar a assimilação, pelos profissionais, do conhecimento teórico em que estas práticas se embasam, distinto e mesmo oponente do adotado pelo modelo cartesiano e biomédico. A incorporação de diferentes concepções de homem, saúde, enfermidade, cura, a adoção de códigos e rituais simbólicos, compartilhados por um grupo cultural, no caso, médicos homeopatas, antroposóficos e acupunturistas que exercem sua prática nos serviços públicos de saúde. Ao trilhar este caminho eles operam de modo distinto da medicina oficial, apontando simultaneamente, para mim, que o percurso metodológico a ser adotado na investigação, deveria possibilitar a visão do fenômeno sob o prisma do olhar antropológico, de abordagem etnográfica. Isto porque, a meu ver, este fenômeno configurava-se como de natureza cultural, visto que neste estudo as práticas terapêuticas não-alopáticas são entendidas como uma cultura emergente nos serviços públicos de saúde.

No campo da saúde pública, onde atualmente ocorre a implantação de novos modelos assistenciais que respondam às necessidades de saúde da população, com a abrangência que as mesmas merecem ser enfocadas, o fenômeno do emprego das práticas de saúde não-alopáticas não pode ser mais ignorado. Ao abordá-lo LAPLANTINE e RABEYRON (1989:7) afirmam que... *“não estamos de forma alguma diante de um fenômeno marginal e residual, porém verdadeiramente moderno e em crescente desenvolvimento tal como atesta o sucesso destas práticas nas mais avançadas sociedades...”*.

A utilização das práticas terapêuticas não-alopáticas por profissionais de saúde nos serviços públicos, tem se dado no confronto latente entre concepções de

⁶ Entrevista do Presidente do Conselho Regional de Medicina, Dr. Pedro Paulo Roque Monteleone publicada no Jornal do Conselho Federal de Medicina, em outubro/ 98.

ciência e de visões de mundo, expressos nas dualidades: naturalismo/tecnologização, cientificidade/não-cientificidade, universalidade/diversidade, legitimidade/ilegitimidade, paradigma holístico/paradigma cartesiano-mecanicista, cujas evidências empíricas necessitam ser investigadas sob outros prismas para vir a compor um corpo científico respaldado em outro paradigma.

O presente estudo sobre as práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde desvelou uma realidade implícita e explícita de um conjunto de aspectos que dão suporte a essas práticas, e foi norteado pelas seguintes questões:

- Quais práticas terapêuticas não-alopáticas estão sendo adotadas no serviço público de saúde?
- Como se caracteriza o grupo cultural que adota as práticas terapêuticas não-alopáticas?
- Quais os pressupostos teórico-filosóficos que estão orientando a inserção das práticas terapêuticas não-alopáticas, considerando as crenças e os valores do grupo cultural?
- Qual o significado e as possibilidades da inserção das práticas terapêuticas não-alopáticas no contexto tecnológico e cultural do serviço público de saúde?

Considerando estas questões conduzi o estudo a partir dos seguintes objetivos:

- Descrever o cenário cultural de inserção das práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde.
- Compreender como vem ocorrendo a inserção das práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde e como os profissionais de saúde a organizam e interpretam, considerando suas crenças, valores e significados.

Frente a um fenômeno que se inscreve numa problemática contemporânea, o sistema da saúde de muitos países já demonstrara sensibilidade para a adoção destas práticas de saúde, dedicando-se à criação de órgãos governamentais que se incumbiram da fiscalização das mesmas e outros para o desenvolvimento de pesquisas.

No Brasil estima-se, segundo a Confederação Nacional de Acupuntura e Terapias Afins – CONAT, que já existem mais de 35 milhões de pessoas que estão recorrendo a práticas terapêuticas não-alopáticas para tratar seus problemas de saúde, quase sempre através de instituições privadas, considerando que ainda são muito poucos, no âmbito dos serviços públicos, os espaços destinados a abordagens holísticas e modelos integrais de saúde.

No nosso país esta ainda é uma área que carece de muitos estudos e muitos problemas ainda não foram suficientemente discutidos. Assim, acredito que este estudo poderá contribuir para a organização e integração mais efetiva das práticas não-alopáticas nos serviços de saúde públicos ou privados, desmistificando preconceitos a respeito dessas práticas e instigando outros profissionais à pesquisa. Considero ainda a perspectiva da criação de outras opções terapêuticas que resgatem modelos de saúde culturalmente sensíveis e humanizados, onde a intuição, a compaixão, a solidariedade tenham espaço reservado na nossa prática de cuidadores.

Capítulo 1

A DIMENSÃO CULTURAL DAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NÃO-ALOPÁTICAS: de suas origens à implantação no serviço público de saúde.

☺ *encontro humano será um novo sacramento.*
(*R. Steiner*)

1.1 Práticas terapêuticas não-alopáticas: da concepção alternativa à concepção integrativa

Ao longo dos anos, diferentes terminologias, classificações e tipologias têm sido empregadas referindo-se às práticas aqui estudadas, o que demonstra, a confusão reinante no campo da saúde sobre as mesmas. Revisitando a literatura, encontrei mais de 15 (quinze) denominações registradas, tanto em periódicos nacionais como internacionais, o que ilustra a dificuldade conceitual e justifica a necessidade de esclarecimento das denominações que foram aqui adotadas, situando os pontos divergentes e suas conotações, fazendo recortes e buscando os campos semânticos que elas instauram.

Além dessa dificuldade, ressalta-se ainda o grande contingente de práticas que não estão inseridas na medicina oficial e por isso são agrupadas no leque da medicina não-oficial. Isto foi demonstrado no relatório elaborado pela OMS (1983) sobre a situação da medicina tradicional em diferentes países identificou mais de cem práticas terapêuticas, denominando-as *não-ortodoxas*. Ainda, a British Medical Association, em 1993, no levantamento feito na Inglaterra sobre medicina alternativa, listou mais de 116 diferentes tipos de práticas terapêuticas e diagnósticas usadas pelos profissionais de saúde e terapeutas.

Em países como a França, Estados Unidos, Inglaterra e Austrália, estas práticas foram designadas, respectivamente, *medicina doce* (UTZERI 1985), *medicinas brandas*, *medicinas paralelas* (LAPLANTINE e RABEYRON 1989; TRAVERSO 1993), *medicinas alternativas* (LAW 1981; MURRAY e SHEPHERD, 1988; WARDWELL 1994; GEVITZ 1995; VERHOEF e SUTHERLAND 1995;

GEDDES e HENRY 1997; HUGHES 1997; LAUNSO 2000) *terapias complementares* (GATES 1994; WAFER 1994; SANDERSON 1994; BUCKLE 1994; RAUCKHORST 1997) *terapias naturais* (McCABE 1994), *terapias alternativas* (MCGINNIS 1990; LORENZI 1999) *medicina complementar* (FURNHAM e FOREY 1994; MICOZZI 1996; KASS-ANNESE 1997; VICENT e FURNHAM 1997) *new medicine* (GORDON 1997) *medicina não-convencional* (EISENBERG e col. 1993), *medicina integrativa* (QUINN 1997).

No Brasil, *práticas terapêuticas alternativas* (NOGUEIRA 1983; LANDMAN 1989; PAULO 1989; LUZ 1993), *medicinas paralelas* (PEREIRA 1993); *práticas alternativas* (PIRES 1987), (BIOCCHINI e col. 1987), *terapias alternativas* (BARBOSA 1994) (LUZ 1993); *não-biomédicas* (BARROS 1998).

Cada um desses termos acumula sentidos implícitos ou explícitos, significados, representações pressupondo um status social e uma determinada concepção dessas práticas em relação à prática médica culturalmente dominante e as outras práticas de cuidado de saúde (GEVITZ 1995).

Inicialmente, termos com conotação negativa, “*medical quackery*”, “*unproven*” (não-comprovada), associavam-se às práticas de charlatanismo que foram usados desde o séc.XVII pelos médicos ocidentais referindo-se as práticas terapêuticas usadas sem comprovação científica da eficácia e da segurança no uso das mesmas denegrindo sua imagem e crenças. A terminologia “*não-oficial*”, “*não-ortodoxa*” conota a condição de marginalidade e a não aceitação destas no campo da saúde, sob acusação de que elas eram não-científicas, com padrões de crenças e valores diferentes da medicina ocidental (O’CONNOR 1995).

Outra denominação surgiu na França com o emprego do termo “*medicina branda*” em oposição à medicina oficial que ficou qualificada como “*medicina dura*”.

A terminologia *medicina alternativa*, muito usada nos anos 70 até o início dos anos 90, principalmente nos Estados Unidos, apareceu para descrever este fenômeno social de uma forma moralmente neutra, sem necessariamente dizer o que era certo ou errado em termos das práticas adotadas como “alternativas”. A medicina alternativa foi definida pela Harvard Medical School como todas as práticas com o propósito de intervenção clínica, promoção de saúde ou prevenção de doenças, que não são largamente praticadas em hospitais e não são ensinadas em currículos de

escolas médicas (EISENBERG e col. 1993; MICOZZI 1996). Este termo vem sendo aos poucos substituído por *medicina holística* ou *integral*.

O adjetivo *holístico* tem se infiltrado em diferentes áreas do conhecimento influenciando nossas atitudes, comportamentos, expectativas, tornando-se muito familiar no meio das medicinas “alternativas” referindo-se a uma abordagem filosófica do cuidado de saúde apoiada no holismo. Este termo foi empregado inicialmente pelo filósofo sul-africano Ian Christian Smuts, em 1926, em sua obra *Holism and Evolution*; oriundo do termo grego *holos* (todo), como uma tendência subjacente no universo de unidade entre as partes e o todo da matéria, da vida e da mente que se influenciam e se determinam reciprocamente. Concebido como um princípio absoluto, o holismo se contrapõe ao materialismo resistindo à idéia de que o ser humano pode ser comparado a uma máquina.

É esta idéia de totalidade que o holismo aponta para a compreensão do ser humano, que se torna dominante para as práticas terapêuticas não-alopáticas (LEDERMANN 1986; ALSTER 1989; BRANDÃO e CREMA 1991). Atualmente, o termo *holístico* tem sido usado de forma indiscriminada e errônea referindo-se sem distinção a diferentes abordagens terapêuticas que não tem o holismo como pressuposto (OLESEN K. 1989).

A designação *complementar* conota o caráter de complementaridade e de suporte que muitas destas práticas assumiram em relação à medicina oficial, como já ocorre em alguns centros médicos mais usada na Inglaterra, Estados Unidos e Europa (GATES 1994).

Na tentativa de definir melhor esse campo tão heterogêneo e fragmentado, examinei as diferentes classificações dessas práticas propostas na literatura (OMS 1983; LAPLANTINE e RABEYRON 1989; National Institutes of Health-Office of Alternative Medicine - NIH-OAM, 1992; VINCENT e FURNHAM 1997) buscando os traços que identificam suas particularidades.

Quanto a sua origem, essas práticas adotadas pelos profissionais de saúde e terapeutas com finalidade diagnóstica e terapêutica na promoção e no tratamento das enfermidades originam-se de conhecimentos e práticas antigas, populares, indígenas ou em sistemas médicos antigos, como é o caso da medicina ayurvédica e da medicina tradicional chinesa, que são denominadas *tradicionais*. Segundo a OMS

(1978), entende-se por medicina tradicional aquela em que os conhecimentos teóricos e práticos fundamentam-se na experiência e na observação e são transmitidos de uma geração à outra.

As práticas terapêuticas não-alopáticas podem, ainda, ser oriundas do próprio sistema médico ocidental, porém seguindo outro tipo de racionalidade, como é o caso, da medicina homeopática e da medicina antroposófica, que são consideradas *não-tradicionais* (OMS 1983).

Outra classificação delinea quatro eixos sistematizando as práticas terapêuticas quanto: a legitimidade social [legais ou ilegais], a dimensão tradicional [medicinas antigas ou modernas], o *corpus* teórico [medicinas populares ou eruditas], a funcionalidade médica [diagnósticas e/ou terapêuticas] (LAPLANTINE e RABEYRON 1989).

A proposta do National Institutes of Health-Office of Alternative Medicine (NIH-OAM), nos Estados Unidos estabelece sete campos de práticas complementares e alternativas: *intervenções corpo/mente* que incluem psicoterapia, meditação, técnicas de visualização, dançaterapia, hipnose, biofeedback, ioga, musicaterapia, orações e técnicas de cura mental; *aplicações bioeletromagnéticas em medicina*; *métodos manuais de cura* com massagem, quiroprática, osteopatia, cranio-sacral; *medicina herbária*; *tratamentos farmacológicos e biológicos*; *dieta e nutrição* da qual faz parte a medicina ortomolecular *sistemas alternativos de prática médica* constituído pela medicina tradicional oriental, acupuntura, medicina ayurvédica, medicina homeopática, medicina antroposófica e medicina natural (NIH 1992). Neste estudo, adotei a classificação do NIH-OAM, que insere as práticas não-alopáticas que foram implantadas na rede pública de Belo Horizonte no campo dos *sistemas alternativos de prática médica*.

Assim, diante de tal diversidade, percebi que seria difícil encontrar uma denominação para as práticas terapêuticas que fosse isenta de preconceitos. Para essa escolha foram necessários adotar alguns critérios e por isso evitei designá-las *complementares* ou *integrativas*, considerando que alguns profissionais de saúde não aceitam a condição de complementaridade dessas práticas no campo da saúde.

Diante do exposto, nesse estudo, optei pela mesma terminologia usada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – **práticas não-alopáticas** –

entendendo que este é o termo que melhor exprime a condição dessas práticas no serviço público. Utilizei ainda, como sinônimos, práticas terapêuticas não-alopáticas e medicinas não-alopáticas. Entretanto, reconheço que a denominação práticas não-alopáticas comporta diferentes modelos terapêuticos podendo ser aqui entendidas como racionalidades médicas, conforme propõe LUZ (1993). Para essa autora uma racionalidade médica pode ser compreendida a partir de uma cosmologia que suporte os elementos de uma doutrina médica, uma morfologia, uma fisiologia ou dinâmica vital, um sistema de diagnóstico e um sistema terapêutico. O termo será empregado, neste estudo, referindo-se às racionalidades médicas “alternativas” (LUZ 1993): medicina tradicional chinesa, medicina homeopática e medicina antroposófica.

1.2 Práticas terapêuticas não-alopáticas como sistemas socioculturais

Tomando o sistema de saúde hegemônico dominado pela medicina ocidental e os sistemas das práticas terapêuticas não-alopáticas como sistemas socioculturais, busquei compreender o objeto deste estudo a partir de um referencial calcado no olhar antropológico, tendo como foco central o conceito de cultura.

Na antropologia, o conceito de cultura é sustentado por diferentes teorias que permitem abordá-la, tanto como um sistema adaptativo quanto como um sistema simbólico (LARAIA 1994). A concepção da cultura como um sistema adaptativo foi difundida pelos antropólogos neo-evolucionistas, que acreditavam que as culturas são sistemas de padrões de comportamento socialmente transmitidos. Entendida como um sistema simbólico a cultura busca interpretações. Essa concepção hermenêutica está apoiada nos pressupostos da antropologia interpretativa, que vê a cultura como um sistema simbólico privilegiando as interpretações dentro de um contexto de crenças e práticas sociais (GEERTZ 1989).

Nesta perspectiva, a cultura é definida como “*um sistema de símbolos e significados, que compreende categorias ou unidades e regras sobre relações e modo de comportamento*” (GEERTZ 1989: 20) que condiciona a visão de mundo do ser humano. Sendo a cultura legível através de uma ação simbólica, desvelá-la é, portanto, estudar um código de símbolos partilhados pelos membros dessa cultura buscando o seu significado. É ultrapassar os limites da simples descrição, como

propõe Geertz em seu ensaio intitulado “*Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balineses*”, onde o autor critica a forma de fazer antropologia considerando apenas a ótica do antropólogo. A partir dessa crítica Geertz inaugura uma nova forma de ver a cultura, privilegiando a interpretação.

Neste sentido, interpretar a cultura na qual uma sociedade vive, significa torná-la compreensível, tomando as representações como sistemas simbólicos, onde crenças, valores, são partilhados por seus membros, num processo de intersubjetividade, através de códigos que estão explícitos e implícitos e que precisam ser desvelados. É ainda, descobrir as estruturas conceituais complexas, que estão superpostas ou amarradas umas as outras que escapam num simples olhar. É na interação com o outro que se apreende a cultura e não a observando passivamente. Assim, Geertz não está interessado na compreensão da cultura na sua totalidade, mas na sua particularidade. Trata-se de buscar a compreensão dos fenômenos culturais como “símbolos interpretáveis” e não como demonstrativos de códigos e leis (JÚNIOR 1993).

Resumindo para Geertz a cultura é texto e contexto, ou seja, algo dentro do qual os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos podem ser descritos de forma inteligível, isto é, com densidade.

O sistema interpretativo do processo saúde-doença em grupos sociais visa a compreensão das causas das doenças e tipos de tratamento, a partir do desenvolvimento de um vasto conhecimento acumulado, conectando crenças, técnicas, papéis, normas, rituais, valores, ideologias denominado sistema terapêutico ou sistema médico (KLEINMAN 1980) (FOSTER e ANDERSON 1981). Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura sendo influenciados por ela e vice-versa. Deve ser entendido como um sistema sociocultural formado pelo conjunto organizado de tecnologias (matéria médica) e pelas pessoas que o praticam (médicos, curandeiros, terapeutas). Cada sistema terapêutico, como parte integrante da cultura, tem uma lógica própria com múltiplas funções e a sua compreensão depende das categorias construídas a partir de uma determinada visão de mundo.

Dentre as suas funções os sistemas de saúde devem estar embasados em teorias para explicar as causas das doenças, a racionalidade do tratamento, sancionar e suportar normas de conduta moral e social e proporcionar racionalidade na conservação de algumas práticas terapêuticas (FOSTER 1978).

A medicina alopática, também chamada biomedicina ocidental, é um sistema sociocultural da sociedade humana fundado em uma estrutura cultural de valores das sociedades européias e americanas, e em premissas, problemáticas explícitas e implícitas pensada através de interação social de comunicações e depois ordenadas a partir de uma divisão social de trabalho dentro de cenários institucionais (HAHN e KLEINMAN 1983). A biomedicina tem sido uma instituição global, que não é apenas o *locus* da prática, mas também o da produção do conhecimento e da inovação tecnológica. Emprega as mesmas tecnologias terapêuticas em diferentes partes do mundo, sendo plural e universal hoje a medicina predominante na sociedade ocidental (KLEINMAN 1995). As explicações tanto da saúde como da doença na medicina ocidental estão, portanto, vinculadas a um universo simbólico compatível com visão da ciência clássica.

Baseado neste aporte teórico busquei compreender as práticas terapêuticas não-alopáticas como sistemas socioculturais. Recorri ainda a autores que entendem a cultura como uma instância produtora de poder simbólico, dentre eles optei por introduzir em alguns momentos desse estudo a noção de *habitus* e o conceito de campo introduzidos por BOURDIEU (1983, 1990).

A compreensão da cultura imersa no poder simbólico pareceu-me apropriada para ampliar a interpretação do fenômeno aqui estudado, considerando que a cultura das práticas não-alopáticas está inserida no espaço onde a medicina oficial é historicamente hegemônica.

BOURDIEU (1990) reinterpreta a noção de *habitus* a parti da idéia escolástica, definindo-o como: “sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações que podem ser objetivamente ‘regulamentadas’ e ‘reguladas’ sem que por isso sejam o produto de obediência de regras, objetivamente adaptadas a um fim, sem que se tenha necessidade da projeção consciente deste fim ou do domínio das operações para

atingi-lo, mas sendo, ao mesmo tempo, coletivamente orquestradas sem serem o produto da ação organizadora de um maestro”.

O habitus tende, portanto, a conformar e a orientar a ação, mas na medida em que é o produto das relações sociais ele tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações objetivas que o engendraram. A sustentação do habitus é através de esquemas generativos que por um lado antecedem e orientam a ação e por outro, estão na origem de outros esquemas que presidem a apreensão do mundo enquanto conhecimento.

O conceito de campo introduzido por BOURDIEU(1983) será discutido no cap. 5.

1.3 A inserção das práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde

A inserção é entendida através de experiências de práticas terapêuticas que estão institucionalizadas em serviços de saúde em diferentes países, como um sistema terapêutico alternativo, complementar ou integrativo junto à medicina oficial.

O discurso sobre a inserção de práticas terapêuticas não-alopáticas nos serviços públicos de saúde não é novo. Desde 1978 a Organização Mundial de Saúde – OMS – incluiu, como uma das suas recomendações, a incorporação de agentes da medicina tradicional ao sistema de saúde de muitos países, em especial ao daqueles que apresentavam precárias condições socioeconômicas e onde esta medicina constituía a única fonte de atenção à saúde (BANNERMAN 1982).

Ainda em 1983, a OMS, com a finalidade de conhecer as práticas de saúde não-alopáticas mais difundidas nos países ocidentais e orientais, visando implementar estratégias para atingir a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, realizou um estudo sobre os sistemas de saúde não-ortodoxos, também denominados tradicionais ou não-oficiais, mostrando a organização e incorporação dessas práticas em contextos culturais bem diversos (BANNERMAN 1982). Este estudo mostrou o crescimento da medicina tradicional asiática no ocidente, consequência do grande número de imigrantes orientais que passaram a residir em diferentes países da Europa e Estados Unidos. Juntamente com os imigrantes vieram profissionais de sua

própria origem étnica, para garantir o tratamento das doenças dessa população preservando suas tradições culturais. Com isso ocorreu a expansão de outros sistemas terapêuticos no ocidente como a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica. Tanto é que, hoje, a acupuntura é tida como uma das práticas terapêuticas mais difundidas na Europa e em países como o Brasil, onde já existem aproximadamente 25000 (vinte e cinco mil) acupunturistas, segundo dados de 1996 da Associação Brasileira de Acupuntura. No Brasil, ela foi introduzida por imigrantes japoneses, há 100 (cem) anos, mas até hoje enfrenta uma situação jurídica e eticamente complexa, já que a maioria destes profissionais atuantes não são habilitados na área de saúde.

No momento, a acupuntura já é aceita em muitos países europeus e incorporada ao sistema oficial de saúde, apesar de ainda existirem discussões sobre a necessidade de a vincular à prática médica, como uma especialidade, conforme estabelece a Resolução nº 1455 do Conselho Federal de Medicina (1995). A acupuntura tornou-se mais popular no Ocidente após aprofundamento e complementaridade de novas teorias. Hoje está implantada na rede pública de saúde em algumas localidades no Brasil. Em nosso País, a luta pela regulamentação do exercício da acupuntura arrasta-se desde 1984, enfrentando hoje o “*lobby*” dos médicos acupunturistas no Senado, que coloca em desvantagem a situação dos profissionais não-médicos.

A integração da medicina tradicional chinesa com a medicina ocidental é, atualmente, uma das maiores preocupações políticas da China na área do desenvolvimento de saúde. Neste sentido, grandes esforços têm sido feitos para a integração destes dois sistemas terapêuticos; inclusive vêm aumentando os intercâmbios de profissionais de saúde ocidentais que tem freqüentado cursos de medicina tradicional na China e outros países orientais. Estes estágios de curta duração passaram a fazer parte da programação dos cursos de formação através de convênios firmados com escolas de medicina na China, como o Beijing College of Acupuncture, da Universidade de Pequim e o American College of Traditional Chinese Medicine, em São Francisco, nos Estados Unidos.

Além da expansão da medicina tradicional chinesa, a OMS estudou a situação de outras práticas terapêuticas, como a medicina antroposófica, que é

praticada exclusivamente por médicos credenciados pelo sistema de seguridade social, em mais de 30 (trinta) países, principalmente na Suíça, na Áustria e na Alemanha. No Brasil a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica tem sido responsável pela expansão dessa medicina e pela formação de diferentes profissionais para atuar na área.

Na sociedade européia, a inserção de práticas não-alopáticas como a acupuntura, osteopatia e homeopatia já está mais consolidada e organizada, e muitas dessas práticas já existem lado a lado com a medicina alopática nos serviços de saúde regulamentadas por lei com uma situação ética e política mais definida. O que foi facilitado certamente em 1993 com a liberação de recursos do Council of Europe Science and Technology (COST) para o desenvolvimento de pesquisas na área (BUCKLE 1994).

Na Alemanha e de outros países da Europa, o *heilpraktiker* ou naturopata, categoria de terapeutas não-médicos e sem formação acadêmica encontra-se legalmente inserido no sistema de saúde atuando com práticas terapêuticas não-alopáticas. A formação desses terapeutas fica a cargo da Associação dos Praticantes de Cura que organiza cursos incluindo conteúdos como a acupuntura, quiroprática, homeopatia, fitoterapia, psicoterapia e iridologia (BANNERMAN 1983).

Segundo LAPLANTINE e RABEYRON (1989), LAPLANTINE (1991), pesquisas realizadas na França, em 1985, apontaram que um em cada dois franceses recorre ao que ele denomina de “medicinas paralelas”, sendo que 49% desta população usam a homeopatia e a acupuntura. Este fenômeno tomou tal proporção, nesse país, que em 1985, o Ministério de Assuntos Sociais constituiu várias comissões para estudar algumas formas de medicinas brandas, como a homeopatia, para posteriormente oficializá-las no sistema de saúde (UTZERI 1985).

Na Inglaterra, segundo a estimativa do Institute for Complementary Medicine, o crescimento anual de tratamentos com as terapias não-alopáticas tem sido de 15% (quinze) ao ano sendo que em 1986 de 37 (trinta e sete) milhões de pacientes atendidos pelo British National Health Service, 7 (sete) milhões receberam tratamentos com essas terapias. O Reino Unido que criou o Research Council for Complementary Medicine, órgão de representação junto ao governo, já existem

várias escolas de enfermagem, como o Royal College of Nursing, que incorporaram no currículo o ensino das práticas não-alopáticas. Neste país são relatadas também experiências hospitalares do emprego de massagem e aromaterapia realizadas principalmente por enfermeiras. Na área de ensino o Institute for Complementary Medicine, ministra cursos e presta informações sobre essas terapias aos médicos e ao público (MacCORMACK 1991).

Estudos realizados no Canadá também confirmam um aumento da demanda pela quiroprática, a hipnose e a acupuntura que são as mais procuradas pela população (VERHOEF e SUTHERLAND 1995).

Nos Estados Unidos já existem várias experiências sobre a inserção de práticas terapêuticas não-alopáticas no ensino da área de saúde e no sistema de saúde. Dentre estas, eu ressaltaria aquelas que eu acompanhei durante a minha bolsa Sandwhich no Programa de Special Studies na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia em San Francisco¹ no período de março de 1997 a abril de 1998. No ensino, a Universidade da Califórnia, em São Francisco – UCSF criou o Institute of Healing Arts & Sciences que mantém programações extracurriculares semanais para a comunidade universitária e demais interessados, ministrando cursos, vivências e workshops sobre as práticas não-alopáticas. Como atividade curricular a Escola de Enfermagem da UCSF criou disciplina sobre xamanismo, que foi ministrada por um xamã e uma enfermeira com formação na área.

Na área hospitalar observei as experiências do Mount Zion Hospital e a do Marin General Hospital, ambos na Califórnia. O primeiro desenvolve práticas de meditação, massagem e acupuntura no Programa de Controle do Câncer de Mama. O segundo criou o “The Humanities Program for Healing and Wellness” aplicando técnicas de visualização criativa, massagem terapêutica e arteterapia, a pacientes internos e externos ao hospital no tratamento de doenças crônicas, pré e pós-operatórios, bem como estados de depressão.

O toque terapêutico (*healing touch*) desenvolvido por Dolores Krieger, enfermeira da Universidade de New York, nos Estados Unidos, constituindo-se numa versão moderna da antiga técnica de imposição das mãos, desde 1972 vem

¹ A Bolsa Sandwhich foi desenvolvida no período de março de 1997 a abril de 1998, sob a orientação da Profas. Juliene Lipson e Patricia Benner.

sendo ensinado em mais de oitenta universidades americanas e em mais de setenta países de todo mundo, principalmente, nas escolas de enfermagem (KRIEGER 1993).

Além disso, nos Estados Unidos ressaltam-se os estudos realizados, em 1990, por pesquisadores da Escola de Medicina da Universidade de Harvard com 1539 adultos que indicam o crescimento da busca pelos americanos das práticas não-alopáticas (EISENBERG e col. 1993). Estes estudos mostraram que um em cada três pacientes, na faixa etária de 25 a 49 anos, faz uso de pelo menos uma prática não-alopática, e que 83% desse grupo também busca tratamento com as mesmas queixas na medicina oficial. Estes pesquisadores concluíram ainda que neste mesmo ano os americanos fizeram mais de 425 milhões de visitas aos praticantes da medicina não-alopática, o que representa mais do que todas as visitas feitas aos médicos “*primary care*” nos Estados Unidos. Estes dados levaram o National Institutes of Health (NIH) a criar, em 1992, o Office of Alternative Medicine (OAM)², que tinha como competência realizar uma avaliação da situação em que se encontravam as práticas não-alopáticas no país incrementando a pesquisa nessa área.

Diante do exposto, observa-se que, em muitos países, a demanda e o campo de ação das práticas não-alopáticas é expressivo e coexiste com o sistema oficial de saúde, sendo que, em muitos dos países mencionados, essas práticas já estão incorporadas aos serviços de saúde, tanto no sistema público como no privado, permitindo à população acesso para um ou outro sistema terapêutico.

No Brasil, foi a partir da década de 80 que os órgãos oficiais incluíram na sua pauta a discussão da incorporação das práticas não-alopáticas nos serviços públicos de saúde. Assim, para entender esse processo, é imprescindível fazer algumas considerações acerca dos princípios que, a partir dessa década, nortearam as reformas no setor saúde.

Em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no bojo da abertura política, o discurso da luta pela redemocratização da sociedade e ampliação dos direitos sociais e políticos da população ganhou maior impulso e a saúde passou a ser discutida como um direito universal e como dever do Estado. Assim, em 1988, a Constituição Brasileira promulgada assegurou, dentre os

² O OAM é uma das oito agências do Depto de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos.

princípios fundamentais da República, a saúde como direito social, afirmando ser este direito de todos e dever do Estado. Isto trouxe uma ampliação do conceito de saúde, que, além de representar assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva, passava a ser o resultado de políticas públicas do Governo registrando um dos direitos fundamentais da pessoa humana. Esta nova forma de compreensão da saúde contribuiu substancialmente para a mudança das relações dos usuários com o serviço de saúde criando mecanismos que dão garantia da participação destes no sistema de saúde.

Com a finalidade de assegurar a implantação das propostas emergentes da VIII Conferência foi deflagrado um amplo movimento de reorganização dos serviços de saúde que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira. Destacam-se como princípios finalísticos desse movimento: o direito à saúde, a descentralização, a universalização, a municipalização e a integralidade das ações e a participação social. Estes princípios nortearam as ações dos serviços públicos de saúde que constituíram o Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento público, direção única em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal) e participação da comunidade na condução e controle do sistema, sendo garantida na forma de lei, à iniciativa privada, a liberdade de realizar serviços de assistência à saúde.

Os princípios que orientaram a construção do Sistema Único de Saúde tinham muita aderência com alguns pressupostos teórico-filosóficos das práticas não-alopáticas, por exemplo: a questão da subjetividade, a participação do usuário, a integralidade das ações de saúde; por isso serviram de âncora para a implantação da medicina não-alopática em diferentes serviços públicos de saúde estaduais e municipais. Proporcionando opção enquanto um direito individual as pessoas para escolha do tratamento a que vão se submeter com a garantia de que todos usufruam igualmente de serviços (DALLARI 1988).

Em 1988, Resoluções da CIPLAN n. 04/88; n. 05/88; n.08/ 88 – DOU de 11/03/88 estabeleceu diretrizes para implantação e implementação nos serviços públicos de saúde, da homeopatia, acupuntura, e a fitoterapia demonstrando o reconhecimento oficial das práticas terapêuticas não-alopáticas e, ainda, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (1990), passa a existir uma brecha no sistema

de saúde para a incorporação dessas práticas com a implantação em alguns serviços públicos a homeopatia, a fitoterapia e a acupuntura. Estas resoluções, apesar de inovadoras, restringiam o exercício das práticas não-alopáticas aos profissionais médicos, o que eliminava qualquer possibilidade de outro profissional da área da saúde assumir o exercício destas práticas.

A própria autonomia conferida aos municípios com a proposta da municipalização veio contribuir para a operacionalização do direito à saúde, já que permite uma maior participação do usuário no planejamento e na execução das atividades sanitárias (DALLARI 1988), propondo a integralidade das ações de saúde dentro da noção de globalidade, de compreensão do processo saúde-doença, na busca da superação de dicotomias entre prevenção e cura, saúde pública e assistência médica, atenção ambulatorial e hospitalar, biológica e mental, dentre outras que podem mudar profundamente a natureza e a equidade do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1990). Baseados, portanto, na concepção de integralidade, descrita na Lei Orgânica de Saúde – Lei nº 8080 de 19/09/1990 – vê-se que, no âmbito das práticas terapêuticas não-alopáticas, prevalece também a noção de globalidade do processo saúde-enfermidade, o que parece estar contribuindo para estruturação dos serviços de saúde, com a incorporação de tratamento baseado em tecnologia de baixo custo, como é o caso dos medicamentos homeopáticos que chegam a custar bem menos do que os alopáticos.

A municipalização é hoje, uma realidade em muitas áreas do país, proporcionando a rede básica um espaço estratégico de intervenção (MERHY e ONOCKO 1997) ficando a cargo dos centros de saúde a assistência a problemas de saúde de menor complexidade, inclusive sendo porta de entrada dos usuários das práticas não-alopáticas nos serviços públicos. O Distrito Sanitário, com o processo de mudança social das práticas sanitárias do SUS assumiu uma dimensão política, ideológica e técnica (MENDES 1994, 1998) onde se articulam de um lado as unidades produtoras de serviço e de outro a população. É, portanto, nesse espaço local dos distritos sanitários que vão se dar as mudanças no plano político-operativo e onde vão se organizar os sistemas locais de saúde como espaço político e não apenas geográfico uma estrutura epidemiológica específica e de uma organização técnica que estão na base das relações entre as estruturas e os recursos onde a

realidade social é o resultado da interação de todas essas estruturas. É um espaço político porque é nele que se materializam e se tornam visíveis as transformações de um Sistema Nacional de Saúde. O espaço local é também um espaço técnico-científico de produção, aplicação, difusão e deliberação do saber (MENDES 1994). É neste espaço dos distritos sanitários que as práticas não-alopáticas são incorporadas atendendo algumas das recomendações formuladas na VIII e IX Conferência Nacional de Saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 1992, recomendou a incorporação das práticas terapêuticas não-alopáticas nos serviços públicos de saúde, conforme especifica o seu texto nos artigos:

§ 136 - “Incentivar e proteger o saber popular e incluir as práticas alternativas de saúde na rede pública.”

§ 170 - “Os modelos assistenciais devem desenvolver práticas diferenciadas segundo a realidade local, com garantia de acesso universal, não configurando um sistema simplificado. Deve-se incorporar as práticas alternativas aos serviços de saúde, as tecnologias populares e as ações de promoção de saúde e do prazer coletivo.”

§ 286 - “Inclusão da fitoterapia e outras práticas alternativas nos currículos da área de saúde.”

Depois de transcorridos alguns anos de todas essas recomendações, observa-se que vários programas já estão implantados em diferentes serviços públicos no Brasil, particularmente na Secretaria Municipal de São Paulo, Rio de Janeiro e mais recentemente em Belo Horizonte.

A fitoterapia, por exemplo, está sendo adotada nos centros de saúde de Campinas, através de um programa coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas da Universidade Estadual de Campinas, desde 1994 (LEAL 1994). Este “Projeto Fitoterapia” tem o objetivo de utilizar as plantas medicinais no tratamento das doenças e também desenvolver orientações para o uso adequado do fitoterápico junto à população.

A acupuntura, também, já vem sendo utilizada em centros de tratamento de dor em vários hospitais públicos em São Paulo, cabe destacar as experiências do

Hospital da Beneficência Portuguesa, do Centro de Ortopedia do Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina, um dos primeiros serviços implantados na rede hospitalar no Brasil e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Em Belo Horizonte, destaca-se o Programa de Práticas Não-Alopatas da Secretaria Municipal de Saúde/BH, que já implantou, em dezenove centros de saúde, o atendimento em homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica (FILGUEIRAS e col. 1994). Programa este, alvo do nosso estudo, que será melhor detalhado nos próximos capítulos desse trabalho.

Capítulo 2

A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Quando se quer estudar os homens, é preciso olhar perto de si; mas para estudar o homem, é preciso aprender a dirigir para longe o olhar; para descobrir as propriedades, é preciso primeiro observar as diferenças.

(J. J. Rousseau, Essai sur l'origine des langues, cap. VIII).

3.1 O Referencial Teórico-Metodológico

A opção por uma abordagem qualitativa, elegendo neste campo de múltiplas metodologias e práticas de pesquisa, a etnografia, encontra-se alicerçada em três aspectos: a natureza do objeto a ser investigado, a perspectiva do olhar antropológico sobre o objeto e a ressonância que alguns dos pressupostos que orientam a pesquisa qualitativa têm com o meu pensar, depois de ter ensaiado no mestrado essa mesma modalidade de pesquisa.

Considero que a busca de outras abordagens metodológicas para a elucidação dos fenômenos no campo da saúde amplia a compreensão dos mesmos, que são, às vezes, densos de conteúdos e acabam com interpretações superficiais e restritas à dimensão biológica, prendendo-se às construções teóricas objetivistas e reducionistas ainda muito utilizadas nesta área.

A pesquisa qualitativa é norteada pelo paradigma interpretativo através de toda a rede de premissas ontológicas, epistemológicas e metodológicas. Sendo usada, assim, para descrever como um grupo de pessoas vive e como convivem com o cotidiano; sendo escolhida quando há pouco conhecimento sobre o fenômeno a ser estudado e quando se quer descrevê-lo na sua particularidade, através de uma

perspectiva “*emic*”, ou seja, através da perspectiva dos sujeitos (FIELD e MORSE 1995).

Trata-se de uma modalidade de pesquisa mais criativa motivando o pesquisador a encontrar uma forma própria de a desenvolver, preservando o rigor metodológico e científico. Toda pesquisa qualitativa é guiada por uma série de crenças e sentimentos sobre o mundo e como ele deve ser compreendido e estudado.

A compreensão do mundo social, por isso, deve ser investigada no contexto “natural” onde o fenômeno ocorre, tornando-se fundamentais as circunstâncias particulares de inserção do objeto no contexto. Esta abordagem do fenômeno, na sua forma naturalística, permite conhecer as influências do contexto sobre o mesmo e a particularidade das interpretações, entendendo que a conduta humana não pode ser compreendida fora de um contexto (LUDKE e ANDRÉ citando BOGDAN e BIKLEN 1982; GEERTZ 1989; HAMMERSLEY e ATKISON 1995; EMERSON e SHAW 1995; DENZIN 1997).

Assim, o pesquisador deve estar em contato com o ambiente onde o fenômeno se desenrola, com a finalidade de apreendê-lo em diferentes momentos e situações, o que facilita o acesso aos significados de comportamento de um determinado grupo social (SPRADLEY 1979; GEERTZ 1989; STRAUSS e CORBIN, 1990; DENZIN e LINCOLN 1994; MORSE e FIELD 1995).

A pesquisa é um processo cujo propósito é construir teoria para guiar o conhecimento dentro de uma determinada disciplina. Para isso utiliza dados provenientes de várias fontes, diferentes procedimentos analíticos e interpretativos. Neste processo, as interpretações do fenômeno são construídas tendo o pesquisador como um segundo intérprete do ponto de vista do “nativo”, como diz Geertz, pois quem primeiro interpreta a cultura são os próprios integrantes da mesma, que criam com a elaboração das notas de campo um primeiro texto, movendo desse para o texto da pesquisa. Este texto é depois re-criado como um documento interpretativo trabalhado na tentativa de decifrar o que foi aprendido sobre o fenômeno em estudo (GEERTZ 1983, 1989; DENZIN e LINCOLN 1994; CLIFFORD 1998; SILVA 1998).

Reportando-me ao campo de múltiplas práticas de pesquisa qualitativa, etnografia tem sido um método de pesquisa tradicional dos antropólogos utilizado para descrever uma cultura particular. Considerando portanto a natureza cultural do

fenômeno das práticas terapêuticas não-alopáticas e a sua particularidade no contexto do serviço público de saúde da rede municipal elegi a etnografia, restringindo-me a um estudo de caso, como o método de abordagem metodológica dessa pesquisa. O estudo de caso etnográfico consiste na descrição detalhada de um caso considerando a sua particularidade em um determinado contexto cultural (BLASCO 1995; CRESWELL 1998; GUALDA 1998).

A etnografia é hoje um método que vem sendo utilizado para a interpretação de fenômenos em outras áreas do conhecimento, particularmente, na área de saúde onde os estudos circunscrevem-se (CANESQUI 1994). Na enfermagem, particularmente, o grande impulso de estudos voltados para abordagem antropológica veio a partir dos estudos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER 1985; DOBSON 1991).

A etnografia é uma forma de perguntar e escrever aquilo que as descrições produzem e relatam sobre diferentes modos de vida do autor e de todos aqueles sobre os quais se escrevem tendo como seu objeto o estudo da diversidade cultural.

A antropologia durante décadas preocupou-se mais com o estudo de sociedades diferentes da nossa, tendo como objeto o estudo dos “outros”, das sociedades vistas como “exóticas” (Da MATTA 1987). Os antropólogos acreditavam que estas culturas funcionavam como matrizes dos modos de vida de outros grupos sociais mais estruturados e complexos.

Na medida em que o objeto da antropologia foi se tornando mais complexo e o discurso sobre o Homem foi sendo ampliado, a autoridade do antropólogo também foi questionada. Os antropólogos, enquanto traficantes do exótico, eram questionados até que ponto estavam autorizados a representar o “outro”, gerando neste campo uma problemática epistemológica acerca da representação cultural (MARCUS e FISCHER 1986; GEERTZ 1994). Nesta perspectiva, o produto final da etnografia, ou seja, o texto etnográfico, aqui entendido, como escrita e estilo, é discutível (CLIFFORD 1998).

A antropologia contemporânea, com a crise de representação do seu objeto de estudo na década de 60, colocou em discussão os paradigmas clássicos propostos por Durkheim, Malinowski e inaugurou novas tendências em relação ao seu objeto, preocupando-se com a cultura na perspectiva interpretativa representada

pelos antropólogos americanos Geertz e Clifford. Ao apontar um novo caminho sobre o fazer etnográfico CLIFFORD (1998) defende o trabalho de campo como um espaço de pesquisa interativa intensa e remete-nos a natureza literária da etnografia.

Dessa forma, a antropologia tem se voltado, cada vez mais, para o estudo das sociedades complexas, onde coexistem diferentes estilos de vida e também para a compreensão de fenômenos urbanos. Assim, pode-se dizer que fazer antropologia hoje significa estudar a “nós” mesmos (VELHO 1994). Retomando as idéias de Rousseau citado por LÉVI-STRAUSS (1989), que já preconizava bem antes do nascimento da etnologia as idéias de que não é possível estudar o “outro” sem perguntar quem somos nós mesmos. Na experiência etnográfica, por conseguinte, o observador deve colocar-se como seu próprio instrumento de observação. Evidentemente, precisa aprender a se conhecer, a obter um de si-mesmo, que se revela como ao eu que o utiliza, uma avaliação que se tornará parte integrante da observação de outras individualidades.

Nesse estudo, a proposta foi realizar uma etnografia, na perspectiva da antropologia interpretativa. Opção metodológica fundamentada no pressuposto de que as ações humanas estão carregadas de significados sociais, que são intenções, motivações, crenças, valores e, portanto, não podem ser entendidas fora de um contexto. Assim, praticá-la, a partir dessa perspectiva, implicou em “... *estabelecer relações, selecionar informantes, levantar genealogias, mapear campos, realizar uma descrição densa da cultura é ainda levar em consideração o ponto de vista do nativo*” (GEERTZ 1989: 20). Ao mesmo tempo, exigiu reflexões sobre o ofício do antropólogo de buscar pistas, trilhas que nos ajudam a chegar às estruturas de significado de uma cultura para melhor interpretá-la.

A teoria da escrita produzida com a etnografia é também a teoria da interpretação etnográfica do “outro” com base nos meus referenciais. Sob esse prisma, quando interpretamos uma cultura escrevemos teorias e aqueles que escrevem teoria escrevem cultura (DENZIN e LINCOLN 1994; DENZIN 1997).

Nesta perspectiva, a antropologia contemporânea abre o debate em torno da autoridade etnográfica, atribuindo sentido ao texto etnográfico e propondo uma síntese integrada entre a experiência e a teoria. É dessa forma que tem sido conduzida a apresentação de algumas etnografias de cunho interpretativo publicadas nos últimos

anos (WOLF 1992; BALSHEM 1993; CLIFFORD 1998; SILVA 1998). Compartilhando dessa concepção, decidi adotá-la nesse estudo, conforme explicitado no último capítulo.

De acordo com os princípios das abordagens qualitativas, a pesquisa etnográfica realizou-se de forma cíclica, onde cada etapa da coleta de dados foi intercalada com a etapa de análise (SPRADLEY 1980). Neste estudo utilizei como técnicas de coleta de dados as que tradicionalmente já fazem parte do método etnográfico, ou seja, a observação participante, as entrevistas em profundidade e a consulta e análise de documentos. (SPRADLEY 1980; HAMMERSLEY e ATKINSON 1983; EMERSON e col. 1995; KVALE 1996).

Sobre o trabalho de campo ressalta-se o emprego da observação participante de tal modo a “*transformar o exótico em familiar e familiar em exótico*,” considerando que o fenômeno observado pode se tornar familiar, como foi, para mim, o fenômeno das práticas terapêuticas não-alopáticas no contexto do serviço público de saúde (DA MATTA 1987).

O acesso e a entrada no campo são componentes sensíveis e, por isso, devem ser cautelosamente planejados com a finalidade de deixar o antropólogo mais sensível aos sinais que indicam o momento certo de iniciar o trabalho de campo (JANESICK 1994).

A análise dos dados na pesquisa qualitativa tende a seguir um processo indutivo, onde as categorias e temas emergem dos dados e não são previamente estabelecidas. A análise consiste, portanto, da descoberta dessas categorias de significado cultural através de um sistema de codificação e categorização de dados.

3.2 Iniciando a jornada etnográfica: do “centro” para a “periferia”

A jornada etnográfica, nesse estudo, compreende todo o trabalho de campo que foi desenvolvido em três etapas de abril de 98 à agosto de 99 através de diferentes estratégias metodológicas. Essa jornada ocorreu inicialmente no nível central da SMSA/BH e depois nos centros de saúde do DISAB e outro do Distrito Sanitário da Regional Nordeste, o que me levou a denominá-la “do centro para a periferia”.

O estudo contou com seis colaboradores do grupo cultural, todos médicos que atuavam no Programa de Práticas Não-Alopáticas há mais de dois anos. Além de outros colaboradores, como os membros da Coordenação do Programa, os profissionais de saúde de diferentes categorias dos centros de saúde e os usuários. Coloquei-me em diferentes cenários para que eu pudesse observá-los em situações as mais diversas, ora no Centro de Saúde, ora nas reuniões técnicas do DISAB e da Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de apreender como eles constroem os significados da cultura estudada.

A jornada etnográfica ocorreu em um *continuum*, através das seguintes etapas: a primeira: **Identificando o cenário cultural**; a segunda: – **Descrevendo o cenário** e a terceira: – **A inserção no centro de saúde – O encontro com o “outro”**, conforme descrito abaixo.

- **Identificando o cenário cultural**

Essa etapa constou de contatos e acordos com a Coordenação Geral do Programa de Práticas Não-Alopáticas, da identificação dos centros de saúde da rede municipal onde o Programa havia sido implantado levando em consideração o maior número de profissionais de saúde que estavam incorporando as práticas terapêuticas não-alopáticas, a diversidade das mesmas no serviço, a disponibilidade da chefia e demais profissionais em ser colaboradores da pesquisa.

Os primeiros contatos com a Coordenação Geral do Programa de Práticas Não-Alopáticas da Secretaria Municipal de Saúde ocorreram em fevereiro de 1997, depois de obter algumas informações sobre matéria publicada no Jornal Estado de Minas¹.

Os encontros iniciais foram de escuta e troca de informações sobre as diretrizes do Programa e de sondagem das possibilidades para o desenvolvimento do projeto de pesquisa do doutorado. Apesar de sentir muita receptividade desde o início quanto à minha proposta, as primeiras informações que obtive sobre o Programa deixaram-me apreensiva e com muitas dúvidas, pois a realidade que se apresentava parecia complexa, circunscrita apenas aos profissionais médicos, o que me deixou

¹ A matéria intitulada “*Medicina alternativa chega à rede pública*” foi publicada no Estado de Minas em 14 de novembro de 1994, quando o Programa foi criado.

receosa de não ser aceita como pesquisadora. Além disso, eu nunca havia trabalhado com nenhum grupo de especialistas da SMSA/BH, não era funcionária da Secretaria Municipal de Saúde e era grande o número de centros de saúde onde o Programa de Práticas Não-Alopáticas já estava implantado, o que dificultaria o estudo de todos os serviços.

Em março de 1997 interrompi o meu contato com o grupo e adiei o início da pesquisa. Neste período fui complementar meus estudos através de Bolsa Sandwich no Special Studies Program da School of Nursing da Universidade da Califórnia, San Francisco, onde permaneci mais de um ano realizando cursos e estágios de observação em instituições hospitalares americanas que já tinham implantado programas integrando as práticas não-alopáticas nos serviços de saúde.

Os contatos com a Coordenação do Programa só foram retomados em abril de 1998, reafirmando minha intenção no desenvolvimento do trabalho. Nessa fase senti que o Programa já estava mais estruturado, inclusive já tinha sido implantado em dezessete centros de saúde da rede básica e no momento o grupo discutia a utilização da homeopatia no tratamento da Dengue e a pesquisa da que estava sendo desenvolvida nacionalmente pela Comissão de Saúde Pública da Associação Médica Homeopática Brasileira para identificar o atendimento homeopático na rede do serviço público de saúde.

Esse encontro foi muito positivo e logo percebi a prontidão da mesma em colocar à minha disposição todos os documentos que seriam relevantes antes de começar as observações nos centros de saúde. Além disso, recebi cópia do material que foi elaborado para divulgação do Programa e fizemos comentários acerca da terminologia “*Práticas Não-Alopáticas*”. Uma das médicas aproveitou para justificar essa denominação mostrando que o termo “*complementar*” não era adequado porque se trata de “*práticas distintas*”.

Depois de apresentado o meu projeto de pesquisa para a Coordenação Geral de Práticas Não-Alopáticas e para o grupo de profissionais em uma das reuniões mensais, este foi discutido e houve a compreensão inicial por parte de alguns de que eu iria fazer uma avaliação da eficácia do mesmo. Essas questões assim como outras acerca da coleta de dados foram imediatamente discutidas e

elucidadas com a finalidade de aclarar os objetivos da pesquisa e confrontá-los com a expectativa dos profissionais de saúde.

Fui apresentada ao grupo como enfermeira e docente que estava propondo desenvolver a minha tese de doutorado e que atuaria temporariamente no grupo. Desde o início obtive apoio integral para o desenvolvimento do meu trabalho, o que foi claramente explicitado, quando uma das coordenadoras revelou que a minha pesquisa estava chegando como um “presente” para o grupo e ela acreditava que a mesma poderia ajudar a ter mais clareza de todo o processo vivenciado. Este comentário ajudou-me a ir ganhando autoconfiança para iniciar o trabalho, mas mesmo assim não deixei de encará-lo como um desafio. Eu ainda não podia negar a sensação de ser uma estranha ao grupo e, muitas vezes, identifiquei-me com os sentimentos de abandono e ansiedade descritos por Malinowski ao chegar nas ilhas Trobriand, e com as perguntas formuladas por GEERTZ ao chegar na aldeia balinesa – *“O que eu estou fazendo aqui?”* – Como apreender a realidade complexa e fragmentada dos centros de saúde? Por onde começar a pesquisa? Como fazer opções? Diante de tantas dúvidas quanto as encruzilhadas do caminho, decidi discutir e buscar respaldo no grupo da Coordenação na SMSA/BH.

A partir daí, comecei a participar de reuniões mensais da Coordenação Geral com o grupo técnico dos profissionais que atuam no Programa de Práticas Não-Alopáticas na Secretaria Municipal de Saúde. Inicialmente não pensei na inclusão dessas reuniões na minha coleta de dados, entretanto, diante da riqueza de informações que elas apresentavam decidi incluí-las pois ajudariam a complementar as entrevistas, ao mesmo tempo em que constituíram um espaço propício ao conhecimento dos profissionais, destacando as características de linguagem, os valores, as crenças e as relações de força entre as diferentes práticas não-alopáticas.

Depois de realizadas as primeiras entrevistas com a Coordenação Geral do Programa, acertei as primeiras visitas com a Coordenadora de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário do Barreiro – DISAB, onde iniciei posteriormente contato com as gerentes dos Centros de Saúde Vitória Régia, Arco-Íris e Jardim Primavera. É importante ressaltar que todos os nomes dos centros de saúde aqui empregados são fictícios, e foram substituídos para preservar cada um dos serviços. Ainda nesta reunião foi surpreendente a receptividade do grupo, o que trouxe uma sensação de

total acolhimento em relação à minha pessoa e à proposta de pesquisa, o que facilitou muito a minha inserção no grupo.

Nesta etapa, reuni documentos e relatórios fornecidos que constituíram uma rica fonte de pesquisa e que deram subsídios para compreensão do Programa. Só assim me senti preparada para iniciar o trabalho de campo no Barreiro e nos centros de saúde escolhidos.

- **Descrevendo o cenário cultural**

Atendendo à sugestão da Coordenação escolhi o Distrito Sanitário Barreiro para iniciar o trabalho de campo, considerando que esta foi a primeira Regional que implantou o Programa e concentrando um maior contingente de profissionais. Considerei ainda a minha identidade com a região do Barreiro e receptividade à proposta pela coordenação do Distrito. O contexto foi explorado estabelecendo diálogos informais dentro e fora do centro de saúde, com a finalidade de conhecer um pouco mais o cenário cultural e identificar o foco etnográfico.

Para reconstituir parte deste cenário fiz diversas visitas a bairros da região, recorri a documentos históricos, relatórios e jornais de circulação local, como o Jornal Barreiro, além buscar pistas nas conversas informais com antigos moradores do Barreiro e usuários do serviço de saúde, bem como visitas à Regional do Distrito do Barreiro. A história do Barreiro foi recontada pelos moradores antigos com muita emoção, pois muitos estavam recontando sua própria história, já que quase todos nasceram nas imediações e acompanharam de perto as transformações ocorridas na região.

Posteriormente foram realizadas visitas ao DISAB e aos 3 (três) centros de saúde da região onde o Programa já estava implantado. Além disso foram feitos contatos com gerentes dos serviços, para apresentação do projeto e assinatura do termo de consentimento (Anexo 1) para o desenvolvimento da pesquisa. Concomitante a essas visitas aos serviços de saúde realizava observações e conversas

informais com funcionários e a clientela com a finalidade de identificar alguns colaboradores ² da pesquisa.

Antes de iniciar as visitas nos centros de saúde, foi agendada reunião com o diretor do Distrito Sanitário Barreiro e com a chefia do Serviço de Atenção à Saúde para apresentação do projeto de pesquisa.

Inicialmente eu fui convidada pela gerente do serviço para comparecer à reunião administrativa mensal para expor os objetivos da pesquisa e conhecer o grupo de profissionais que atuavam no mesmo. Eu fui apresentada ao grupo como enfermeira, pesquisadora e docente da Escola de Enfermagem da UFMG interessada em desenvolver pesquisa junto ao Programa de Práticas Não-alopáticas.

Nesta reunião estavam presentes quase todos os funcionários, dentre eles uma médica, que foi minha contemporânea de escola, além da Coordenadora de Atenção à Saúde e o Diretor do DISAB. A partir dessa etapa iniciei o meu contato com os profissionais de saúde que estavam diretamente vinculados ao PPNA.

- **A inserção no centro de saúde – O encontro com o “outro”**

A terceira etapa compreende a fase de observação participante e realização de entrevistas com usuários e médicos não-alopatas. Essa etapa foi desenvolvida em apenas um dos serviços de saúde selecionado na etapa anterior, conforme os critérios já mencionados.

Eu agendava uma reunião para apresentação do projeto e traçava as estratégias de coleta de dados para compreender a dinâmica do mesmo e esquematizar a observação sistematizada fazia ainda conversas informais com usuários e funcionários.

No primeiro centro de saúde que visitei a gerente convidou-me para participar de reunião administrativa mensal do serviço objetivando a minha apresentação para o grupo de profissionais do serviço e também e a exposição do projeto de pesquisa. Nessa fase foi realizada a observação sistematizada do serviço e das ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Essas observações

² Os nomes dos colaboradores têm uma inspiração simbólica nos criadores das diferentes práticas terapêuticas aqui estudadas: do criador da doutrina medicina homeopática Samuel Hahnemann e do animismo Georg Stahl, na antroposofia através da representação dos Arcanjos Micael (força de vontade) e da filosofia taoísta da medicina tradicional chinesa.

contribuíram para que eu conhecesse aos poucos a dinâmica presente neste serviço de saúde e aspectos relativos à incorporação da cultura das práticas não-alopáticas. As entrevistas com os médicos não-alopatas e os outros profissionais eram realizadas concomitantemente (Anexo 2). O registro dessas observações foi feito em um diário de campo elaborado após cada período de observação, já distante da presença dos envolvidos. Para sistematizar melhor estas anotações utilizei o modelo proposto por OLESEN (1991) que as sistematizou em:

- Notas de observação – NO – referem-se a descrição imediata da situação observada.
- Notas teóricas – NT – referem-se as reflexões pessoais acerca da situação observada, levando em consideração o referencial teórico.
- Notas metodológicas – NM – referem-se as reflexões pessoais acerca da situação observada, levando em conta o referencial metodológico.
- Notas pessoais – NP – referem-se aos meus sentimentos frente ao desenrolar das situações observadas.

É importante ressaltar que apesar da etnografia interpretativa não primar pelos métodos rígidos de observação, como faziam os antropólogos funcionalistas, optei por focar a minha observação inicial no atendimento externo à clientela, até ir ganhando a confiança dos profissionais de saúde. Ao adotar essa estratégia realizei primeiramente descrições mais amplas relativas ao contexto do centro de saúde até chegar a descrições mais específicas da cena cultural em estudo, ou seja: a ação dos profissionais não-alopatas de saúde com a clientela e os demais profissionais, rituais, cenário, diálogos com os clientes.

Sendo enfermeira que sempre atuei em serviços públicos de saúde, tudo parecia familiar ao meu olhar, por isso tive que aprender a ver o centro de saúde com um novo olhar descobrindo suas peculiaridades, especialmente em relação aos aspectos diretamente ligados ao PPNA. Para isso segui a orientação de LEININGER (1985), que propõe como etapas de observação desse processo: a observação, observação com alguma participação e finalmente a observação com maior participação. Essa etapa de observação participante foi se dando num *continuum*, intercambiada com as entrevistas com o objetivo de esclarecer dúvidas, complementar e explorar situações obscuras relativas ao processo de inserção às

constituíram-se inicialmente de questões descritivas sobre a trajetória profissional como forma de ir conhecendo cada um dos profissionais, trocando vivências, e captando a sua subjetividade. Depois, num segundo momento, eu abordava questões estruturais até atingir um processo de refinamento com as questões interpretativas, conforme propõe SPRADLEY (1979), STRAUSS e CORBIN (1990) e KVALE (1995). As entrevistas foram gravadas, após consentimento dos colaboradores, com o objetivo de facilitar a manutenção a fidedignidade dos depoimentos no processo de transcrição, a codificação e a análise etnográfica.

Cada entrevista representou, para mim, um significado próprio, um universo amplo de questões a serem interpretadas e, conforme fui compreendendo, pude validar com o entrevistado, buscando maior nível de compreensão, quanto para que desencadeasse reflexão e possibilitasse assim, captar diferentes significados culturais.

O trabalho de campo foi complementado com fotografias que ilustraram o contexto e documentaram o atendimento com as práticas não-alopáticas nos centros de saúde.

A sensação de estranhamento esteve o tempo todo presente, percebia os olhares de desconfiança de alguns funcionários, que ainda não tinham clareza da minha posição ali no serviço.

O acolhimento foi escolhido como o foco inicial das minhas observações por representar a entrada do usuário no serviço e por acreditar que poderia entender melhor os problemas levantados pelos profissionais na reunião. Eu observava as características dos usuários e detinha-me mais nos clientes das práticas não-alopáticas, escutava as queixas que eram muito variadas. Percebi, depois de alguns dias observando o acolhimento, que havia um rodízio entre os profissionais médicos e passei a realizar minhas observações nos dias que a médica homeopata ou a médica antroposófica estavam escaladas. Assim eu pude estabelecer comparações e entender as diferentes abordagens na escuta do usuário.

Chamou-me atenção desde as primeiras observações o vínculo entre alguns clientes muito freqüentes, que são chamados de “*piolhos do posto*”, e os auxiliares de enfermagem na complexa dinâmica do centro de saúde. Muitas vezes percebi que o cliente trazia expectativas de serem preenchidas até suas carências

financeiras neste tipo de atendimento, ou seja, sua doença era a falta de dinheiro, desemprego. Outras vezes o usuário, para ter chance de uma consulta mais rápida com seu médico, comparecia no dia do plantão do mesmo no acolhimento. Eu realizava observações de manhã e à tarde com a finalidade de apreender a realidade do serviço. Depois de algumas semanas de observações informais, iniciei as entrevistas com a gerente, médicos das práticas não-alopáticas e demais profissionais do serviço no Centro de Saúde. Além disso, fiz observação sistematizada do atendimento dos usuários das práticas não-alopáticas no Centro de Saúde Vitória Régia.

Neste mesmo período, a Coordenação de Atenção à Saúde do DISAB iniciou reuniões quinzenais, com a finalidade de criar um fórum de discussão sobre as práticas terapêuticas já implantadas e convidou-me para participar do grupo.

Prossegui o trabalho de campo com entrevistas com usuários do Centro de Saúde Vitória Régia. Depois, fiz visitas aos outros centros de saúde e contato com as gerentes do serviço e me entrevistei com elas, com os médicos homeopatas e antroposóficos e com outros profissionais que atuam nos referidos serviços.

A última etapa da coleta de dados ocorreu em um dos centros de saúde do Distrito Sanitário da Regional Nordeste, localizado há mais de 16 km da região central de Belo Horizonte, considerando que este era o único serviço de atendimento em medicina tradicional chinesa. Nesse local, entrevistei a médica acupunturistas, usuários, observei o atendimento semanal e complementei as entrevistas com profissionais responsáveis pela elaboração do projeto de implantação do Programa, com a finalidade de reconstituir o processo de elaboração do Programa de Práticas Não-Alopáticas.

3.3 Construindo o texto etnográfico

O texto etnográfico é a etapa de re-criação do cenário cultural a partir da ótica do etnógrafo e das representações do grupo cultural, profissionais de outras categorias e usuários. Partindo dessa orientação a análise dos dados foi realizada tomando como referência os seguintes autores: GEERTZ (1989, 1993), JANESICK (1994) e KVALE (1996).

Com a finalidade de garantir o rigor científico e a confiabilidade dos resultados, os colaboradores participaram ativamente da validação das entrevistas, checando os resultados durante toda a fase de coleta de dados, considerando o processo cíclico da pesquisa etnográfica, conforme é recomendado o processo de validação de resultados nas abordagens qualitativas. Além disso, o relatório final será divulgado aos participantes da pesquisa e à comunidade interessada.

Segundo KVALE (1996) a análise dos dados da pesquisa qualitativa não é realizada como uma etapa distinta de todo o processo da pesquisa ela é desenvolvida desde a entrevista e permeia todas as demais etapas. Este autor propõe seis passos que nortearam a análise dos dados desse estudo:

- O primeiro consiste da narrativa do sujeito sobre a sua vivência durante a própria entrevista. Os sujeitos falam espontaneamente sobre a sua experiência e sobre o que fazem em relação ao tema. Nesta etapa, iniciei as entrevistas solicitando que os colaboradores descrevessem espontaneamente suas opções pelas práticas não-alopáticas. Estas entrevistas foram lidas e relidas com a finalidade de buscar orientação para as próximas entrevistas e de conhecer as primeiras interpretações dos sobre as suas opções profissionais;
- O segundo é o momento em que o sujeito descobre por si mesmo novas relações durante a entrevista, percebe novos significados na sua experiência agora relatada e nos seus comportamentos. Prosseguindo com as entrevistas os colaboradores descreveram como organizavam sua prática no serviço público de saúde fazendo descrições sobre a relação com os demais profissionais, os usuários e a coordenação do Programa;
- No terceiro passo, o entrevistador faz uma condensação e uma interpretação iniciais sobre o significado da descrição do informante e remete esse significado a dados anteriores, possibilitando a validação da interpretação do entrevistador pelo entrevistado. Nesta etapa as entrevistas foram transcritas em sua íntegra e os colaboradores foram convidados através de uma comunicação escrita a participarem do processo de validação das informações contidas nas mesmas (Anexo 3).

- No quarto passo a entrevista é interpretada pelo entrevistador sozinho ou junto a outros pesquisadores.

Depois de uma releitura das entrevistas elas foram analisadas sendo feito um esquadramento do texto com a finalidade de extrair os principais temas de cada entrevista e chegar aos núcleos temáticos ou esquemas de significado, como propõe Geertz, através de uma convergência de significados e sentidos. Nessa etapa elegi como núcleos temáticos centrais do estudo:

- **Da medicina contemporânea ocidental à medicina não-alopática**
- **As práticas terapêuticas não-alopáticas como uma cultura emergente**
- **A realidade das práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde.**

- O quinto passo é a re-entrevista. Quando o pesquisador já analisou e interpretou as entrevistas e pode retornar algumas questões para o entrevistado esclarecer ou corrigir.

Realizei novas entrevistas com a finalidade de esclarecer temas sobre os pressupostos teórico-filosóficos das práticas não-alopáticas que não ficaram inteligíveis na descrição cultural;

- O sexto passo é considerado por KVALE (1996) como uma extensão do *continuum* de descrição e interpretação com um componente a mais que é a ação na qual os sujeitos começam a agir a partir de novos *insights*, surgidos durante a entrevista e desenvolvimento da pesquisa qualitativa. Em alguns casos a entrevista pode se aproximar de uma entrevista terapêutica, conduzindo a uma auto-reflexão e uma re-significação da experiência.

Pude perceber este movimento no grupo cultural que a partir dessa pesquisa motivou alguns colaboradores a iniciarem a construção de seus próprios projetos profissionais no contexto do serviço de saúde onde estão inseridos.

Capítulo 3

萃

O CENÁRIO CULTURAL

O fato importante é que a sinfonia aconteceu. Em nossos momentos delirantes caberia à obra o nome de sinfonia Do Novo Mundo: talvez na maior parte do tempo a sonata poderia chamar-se Appassionata. Todavia, penso que o nome mais apropriado para a bela composição seria Sinfonia Inacabada não porque tenhamos que terminá-la um dia, e sim por sua natureza processual.

(Cezar Rodrigues Campos)

3.1 O Programa de Práticas Não-Alopáticas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Descrever a edificação de uma proposta voltada para implantação de práticas embasadas em pressupostos teórico-filosóficos diferentes dos já consolidados serviços de saúde é trazer à tona a luta de profissionais que sempre acreditaram na democratização dessas práticas e que foram protagonistas na construção de um modelo na rede pública.

O Programa de Práticas Não-Alopáticas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH é a institucionalização de uma proposta inovadora, que nasceu num momento de mudanças políticas na área da saúde decorrentes da operacionalização do SUS.

Em janeiro de 1993, a Frente BH Popular¹, que congregava diferentes segmentos políticos de setores progressistas, assume a Prefeitura de Belo Horizonte

¹ A Frente BH Popular formada pela coalizão dos partidos PT, PCdoB, PSB, PPS, e PV elegeu-se com expressiva votação em 1992 e Patrus Ananias assumiu em janeiro de 1993 a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

elegendo um prefeito oriundo do maior partido de esquerda do país. A administração municipal passa a ter, assim, uma orientação popular, favorável ao estabelecimento de experiências de governo baseadas na maior participação através de parcerias entre segmentos populares, setores público e privado.

Saúde foi uma das áreas prioritárias desse governo, que incluiu nessa pasta uma equipe de profissionais com uma trajetória relevante no Movimento Sanitário e comprometidos com a participação popular (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1998).

Como Secretário Municipal de Saúde, o Dr. Cezar Rodrigues Campos, assumiu a sua gestão com o compromisso de implementar o projeto democrático da saúde ostentado como proposta de campanha política. Este projeto, dentre outras questões, faria cumprir o que já previa a Lei Orgânica Municipal de Saúde, no seu art. 144 § 6, ao mencionar como atribuição do município a oferta à população de todas as formas de assistência e tratamento, neste caso, incluindo a homeopatia e outras práticas terapêuticas reconhecidas. Já atenta a essas questões, a Frente BH Popular antecipou-se durante a campanha eleitoral e solicitou da Associação Médica Homeopática de Minas Gerais- AMHMG- a elaboração de um projeto² para a implantação da medicina homeopática na rede pública de Belo Horizonte.

Esta proposta, conforme relatou a médica homeopata da SMSA/BH, integrante da Comissão de Saúde Pública da AMHMG e uma das idealizadoras do projeto, coadunava com a filosofia de trabalho da diretoria da entidade, que na época já vinha discutindo formas de inserção da homeopatia na rede pública de Belo Horizonte. Ela lembrou, ainda, que o candidato à Prefeitura de Belo Horizonte era simpatizante e cliente da homeopatia, o que demonstrava o seu interesse por essa modalidade terapêutica.

A homeopatia já era reconhecida como especialidade médica e estava implantada com sucesso em outros municípios e capitais brasileiras, como São Paulo e Rio de Janeiro (GIANSELLA, 1997; NETO, 1999). Além disso, ela vinha

² Associação Médica Homeopática de Minas Gerais. Ofício 126/92, de 26.08.92: trata de questões gerais referentes à introdução da homeopatia na plataforma de candidatura à Prefeitura do município. Belo Horizonte, 28 agosto 1992.

ganhando cada vez mais adeptos, contando também com um contingente significativo de médicos especialistas nessa área lotados nos centros de saúde municipais de Belo Horizonte.

Reunindo interesses de ambos os lados, a Diretoria da Associação Médica Homeopática encaminhou ao Secretário Municipal de Saúde logo após a sua posse, o documento “Diretrizes para a Implantação de Atendimento Médico Homeopático na Rede Pública de Belo Horizonte”, objetivando agilizar o que havia sido proposto na campanha.

O Projeto, pelo seu caráter inovador, colocava o desafio da criação de instrumentos que viabilizassem a homeopatia no modelo assistencial do SUS. O documento detalhava os critérios estabelecidos para o atendimento médico, prevendo o quantitativo de consultas e as formas de inserção e supervisão dos médicos homeopatas na rede. Como não existia no quadro de pessoal da SMSA/BH a função de médico especialista em homeopatia, uma das primeiras providências seria a criação de vagas nessa categoria, para que fosse aberto concurso público. O referido documento recebeu atenção imediata do Secretário, conforme atestam as datas dos despachos, e foi encaminhado para a Coordenadoria de Atividades Assistenciais da SMSA/BH, para discussão.

Assim, profissionais dispostos a levar à frente a proposta, na maioria médicos homeopatas, que já estavam de alguma forma envolvidos nesse debate e outros profissionais que já atuavam na Secretaria Municipal de Saúde, apoiados pelo Secretário e pela Coordenadoria de Atividades Assistenciais, assumiram a discussão do referido projeto. Mais tarde, juntaram-se a esse grupo representantes da Coordenadoria de Integração Terapêutica da Secretaria Estadual de Saúde, uma farmacêutica homeopata que atuava na Vigilância Sanitária da SMSA/BH e especialistas em medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa.

Uma das coordenadoras do Programa revelou que, no início, o trabalho do grupo foi marcado por questionamentos da seguinte natureza: como as práticas não-alopáticas poderiam inserir-se no modelo assistencial definido pelo SUS? Como seria operacionalizada a proposta nos centros de saúde? Como eleger práticas terapêuticas não-alopáticas adequadas às necessidades dos usuários? Por quê só a

homeopatia? Por quê não ampliar o Projeto e implantar outras práticas não-alopáticas na rede pública? Como garantir medicamentos homeopáticos ao usuário?

Estas questões, apesar de muito polêmicas e geradoras de situações de resistência e embates políticos e ideológicos no grupo de trabalho, como foi descrito por alguns idealizadores da proposta em suas entrevistas, contribuíram significativamente para o avanço e amadurecimento da mesma. A diversidade do grupo também ocupou um papel fundamental nesta etapa, considerando que a maioria destes profissionais já tinha uma visão social e também uma experiência de trabalho e discussões em outras instâncias públicas. Com isso, apesar da resistência de alguns, novas idéias agregaram-se ao projeto inicial, inclusive abrindo a discussão para a implantação de outras práticas não-alopáticas na rede pública.

O maior impasse na construção da proposta advinha do descompasso entre as idéias defendidas pelos representantes da SES/MG, que faziam parte da Coordenadoria de Integração Terapêutica³ e do Ministério da Saúde e os técnicos da SMSA/BH. Os representantes da SES/MG defendiam a “integração terapêutica” através da criação de um serviço próprio, separado dos demais serviços, um centro de referência, onde se concentrariam todas as “práticas alternativas” e os “especialistas alternativos” como referência para todo o município, como explicou a Coordenadora atual do Programa. Enquanto os médicos da SMSA/BH argumentavam a favor da descentralização e da aproximação das práticas não-alopáticas com outras especialidades médicas. De acordo com esta proposta os médicos homeopatas e outros especialistas em práticas não-alopáticas seriam lotados nos centros de saúde, juntamente com pediatras, clínicos, o que preveniria, na opinião dos próprios médicos, a “marginalização dos alternativos”. Esta proposta acabou impondo-se frente a outra, considerada a sua aderência com o modelo assistencial preconizado pelo SUS. Outro argumento que ajudou a consolidar a proposta defendida pela SMSA/BH foi a idéia de que a formação básica desses médicos era pediatria, clínica médica, ginecologia e, portanto, não justificaria a lotação destes em centros de referência especiais.

³ A criação da Coordenadoria de Integração Terapêutica da Secretaria Estadual de Saúde foi proposta pelo Secretário José Felipe Saraiva em 1993 e era representada por uma médica antroposófica, também membro da Comissão de Integração Terapêutica do Conselho Nacional de Saúde.

Depois de tantas controvérsias e debates, outras práticas médicas, como a medicina antroposófica e a acupuntura foram integradas ao projeto, considerando os critérios definidos pelo grupo, como exemplo: a credibilidade de escolas formadoras, reconhecimento como especialidade médica e credibilidade pública. Neste caso, foi citada medicina antroposófica que, apesar de estar em processo de reconhecimento como especialidade médica⁴, mantém centros de referência nacional, como a Clínica Tobias, em São Paulo, que é também centro de tratamento e instituição formadora de médicos antroposóficos e de outros profissionais na área da saúde no Brasil.

A decisão pela inserção de práticas reconhecidas como especialidades médicas, por um lado eliminou a possibilidade de profissionais que não tinham formação médica executá-las, por outro centralizou as práticas não-alopáticas no ato médico excluindo a possibilidade do exercício de outras categorias profissionais, o que só aconteceu mais tarde com a entrada dos farmacêuticos homeopatas. A centralização da proposta na figura do médico repercutiu no desenvolvimento do Programa e será discutida posteriormente.

A proposta foi finalmente concluída no início de 1994 e apresentada através de documento intitulado: “Projeto de Implantação de Práticas Não-Alopáticas para o Município de Belo Horizonte”. Esta denominação, apesar de não ser apropriada, segundo os integrantes do próprio grupo que redigiu a proposta, foi escolhida com a finalidade de acomodar as outras práticas médicas. Na avaliação de um dos homeopatas, esta terminologia “*põe tudo na mesma gaveta e a homeopatia tem sua gavetinha própria e não precisa ser guardada com a fitoterapia e com a acupuntura*”. Para ele, ficaria mais claro se cada prática fosse caracterizada como atendimento médico homeopático, atendimento em medicina tradicional chinesa, atendimento médico antroposófico, que caracteriza bem a questão da especialidade.

O Projeto, depois de concluído, propunha os seguintes objetivos:

- Garantir aos cidadãos, por meio de equipe multidisciplinar e de recursos de apoio de práticas médico-terapêuticas, tais como: Medicina Homeopática, Fitoterapia, Medicina Antroposófica, Medicina Chinesa, Medicina Ayurvédica e Alopática,

⁴ Parecer n.21/93 do Conselho Federal de Medicina.

nas Unidades Básicas de Saúde, dentro do modelo de organização dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde;

- Promover sistematicamente bases conceituais e operacionais de convivência e cooperação das diversas práticas médicas disponíveis, a fim de possibilitar a integração terapêutica, troca de experiência, estruturação da assistência e fluxo de informações;
- Sensibilizar os profissionais de saúde e a população para uma mudança na compreensão do paradigma do processo saúde-doença;
- Promover direta ou indiretamente capacitação de pessoal nessa área.

Apesar de não estar explicitado, o objetivo mais importante da proposta era criar acesso gratuito aos usuários da rede pública que não tinham condições financeiras de arcar com os custos de um tratamento com essas práticas. Além disso, com a implantação no serviço público desejava-se forçar os conselhos de classe para o reconhecimento dessas práticas, como era o caso da medicina antroposófica.

Observa-se que a proposta previa a implantação de outras práticas, como a medicina ayurvédica e a fitoterapia, o que ainda não foi concretizado. Ao questionar uma das coordenadoras do Programa sobre esse fato, ela explicou que a oferta dessas práticas não foi viabilizada até o momento, porque ainda é muito restrito o número de profissionais médicos com formação nessas áreas. Ao mesmo tempo, estas ainda não são reconhecidas como especialidades médicas e não existem vagas para essas categorias na SMSA/BH.

Com o Programa ancorado em práticas médicas, foram definidos como critérios para o exercício profissional: registro no Conselho Regional de Medicina, certificado de conclusão em medicina homeopática, reconhecido pela Associação Médica Homeopática Brasileira. Quanto à medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa o Projeto mencionava que a instituição “abriria um espaço para estas práticas de reconhecida eficácia terapêutica com intuito de impulsionar o processo de legitimação”.

Para o atendimento dos usuários a SMSA/BH foi aprovado o agendamento de 07 (sete) consultas para um período de 04 (quatro) horas/dia, assim distribuídas: 02 (duas) primeiras consultas, com duração média de 01 (uma) hora, 03 (três) consultas com duração de 30 a 40 minutos e 02 (duas) consultas para urgência ou para serem preenchidas de acordo com a necessidade do serviço. Esta proposta de atendimento continua em vigor até o momento.

Transpostos os desafios iniciais na criação do Projeto, o próximo passo foi a sua implantação, tanto no âmbito interno como externo da SMSA/BH. Como dar visibilidade ao Programa e vencer as resistências próprias da implantação de um projeto novo, ainda mais quando se tratava de práticas não-alopáticas, consideradas para muitos marginais e não-científicas? Como seria operacionalizar a implantação destas práticas no subsistema local de saúde? Essas são algumas das reflexões que se sucederam na etapa de implantação, descrita a seguir.

3.1.2 A implantação

A implantação do Programa de Práticas Não-Alopáticas aconteceu gradativamente, através de um processo de articulações políticas, técnicas e ideológicas com as diferentes instâncias do nível central, distrital e local da SMSA/BH. Esta etapa coincidiu com um momento político de extrema relevância para o Município, quando a Secretaria Municipal de Saúde, em 1994, assumiu a Gestão Semiplena do SUS, passando da condição de prestadora de serviços para a condição de gestora do sistema (CAMPOS 1998).

Esta situação interferiu de alguma forma na implantação do PPNA, já que outros projetos passaram a figurar com prioridade, como o Projeto Vida e o Projeto de Urgência e Emergência bem como muitas das ações previstas para dar suporte ao Programa, por exemplo, a licitação de medicamentos homeopáticos e antroposóficos ou a contratação de médicos especialistas acabaram sendo proteladas. Com isso desde o começo foram utilizados os recursos disponíveis do Programa e da própria SMSA.

Com o objetivo de operacionalizar as diretrizes mínimas definidas no projeto e assumir a gestão político-administrativa do Programa, foi oficializada a

Comissão Coordenadora, constituída inicialmente por duas médicas lotadas nos centros de saúde: uma representando a área de homeopatia, a outra a de medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa. Em 1996, a Comissão Coordenadora passou a contar com uma farmacêutica homeopata, lotada na SMSA junto à Coordenação de Atividades Assistenciais, efetivando uma representação contínua do Programa na Secretaria. Com isso, o Programa garantiu o seu espaço político junto às demais instâncias administrativas da SMSA, defendendo os interesses do grupo em períodos de instabilidade política freqüentes nas mudanças de gestões.

O Programa foi apresentado à rede pública em novembro de 1994 através do Seminário: “Homeopatia, Medicina Antroposófica e a Acupuntura na Rede Pública”, organizado pela Coordenação, na Associação Médica de Minas Gerais. Este Seminário contou com a participação de representantes de várias associações relacionadas às práticas não-alopáticas, como Associação Médica Homeopática de MG, Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, Comissão Permanente de Integração Terapêutica do Conselho Nacional de Saúde, além de representantes das Secretarias Municipais do Rio de Janeiro e São Paulo, que ilustraram com suas experiências a implantação de propostas semelhantes na rede pública e também profissionais das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de MG. O evento teve uma grande repercussão, buscando divulgar e desmistificar concepções errôneas a respeito das práticas. Para divulgação junto à população foram confeccionados folhinhos explicativos distribuídos nos centros de saúde (anexo 1), que apesar de bem ilustrados, eram pouco elucidativos em relação à medicina antroposófica. Esta etapa foi complementada com visitas da Coordenação a todos os distritos sanitários, reuniões com diretores e gerentes de centros de saúde apresentando e discutindo as condições de implantação do Programa em cada serviço.

A operacionalização do Programa nos Distritos Sanitários iniciou com o remanejamento de médicos lotados como clínicos e pediatras nos centros de saúde que tinham formação em homeopatia, medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa. Estes profissionais foram convidados a assumirem a função na sua área de especialidade depois de acordos e negociações entre a Coordenação do Programa, gerentes e diretores de Distritos Sanitários. Esta situação gerou muitas discussões com os gerentes de serviço, que impuseram condições para o remanejamento dos

profissionais. Para alguns gerentes, abrir espaço para a implantação do Programa nos serviços era um compromisso, negociando vagas de médicos clínicos e homeopatas. Inicialmente eles foram liberados um ou dois dias da semana para implantação do atendimento homeopático e em alguns centros de saúde eles não foram liberados, considerando que não haveria reposição de outros médicos no serviço. Houve também relatos de muita resistência de gerentes e em alguns casos entrou até o lado pessoal da questão, e foi dito: *“Olha, eu não gosto de homeopatia, eu não quero homeopatia no meu posto”*. No período de agosto a dezembro de 1994 eram 8 (oito) homeopatas e 2 (dois) médicos antroposóficos atuando nessa condição, sendo 5 (cinco) na regional Centro-Sul, 3 (três) na Pampulha, 1(um) na Barreiro e 1 (um) na Leste. Como a maioria dos médicos que atuavam na rede era especialistas em homeopatia isso contribuiu para um maior crescimento dessa prática frente as outras.

Esta estratégia, apesar de não garantir a integralidade do atendimento foi muito importante e ajudou a agilizar a implantação do Programa numa primeira etapa, e como disse uma das colaboradoras *“no começo vamos atender nem que for uma, duas, ou três vezes por semana, vamos criar uma demanda, vamos fazer o serviço existir e aí a gente vai caminhar e vai ampliando.”*

A entrada de outros profissionais na rede aconteceu através de concurso público, o que pode ser considerado um fato histórico, pois foi o primeiro concurso realizado para contratação de médicos antroposóficos para a rede pública de saúde, pelo que se tem notícia.

O primeiro concurso ocorreu em 1994, foram abertas 30 (trinta) vagas para as três especialidades e o segundo, só em 1996, apenas para farmacêuticos homeopatas, médicos antroposóficos e medicina tradicional chinesa, especialidades em que não se conseguiu absorver nenhum profissional com o primeiro concurso. A contratação foi lenta e os aprovados só foram chamados para assumir o cargo em 1996, mesmo assim, depois da intervenção de um político. Neste período, foram admitidos três médicos antroposóficos e a médica acupuntora que estão na rede até hoje. No caso da acupuntura, quase não houve candidatos inscritos para o concurso, considerando que a maioria dos que exercem essa prática não tem formação médica e que este era um critério para concorrer às vagas oferecidas. A meta era a lotação de pelo menos um profissional em cada regional, o que acabou não acontecendo,

considerando que não foi aprovado no concurso um número suficiente de candidatos, atribuindo-se esta situação à falta de preparação dos candidatos em saúde pública.

Na avaliação de uma das Coordenadoras do Programa, a baixa aprovação dos candidatos no concurso foi um dos aspectos que dificultou a expansão das práticas não-alopáticas na rede pública que, atualmente, funciona com uma deficiência de profissionais. Nem mesmo a homeopatia foi implantada em todos os distritos, como foi a meta inicial do Programa, apesar do grupo contar com mais de 15 (quinze) especialistas na rede.

Atualmente, o Programa está funcionando em 16 (dezesesseis) centros de saúde, conforme demonstra a FIG.1, atingindo quase todos os distritos do Município.

Figura 1 – Centros de Saúde que implantaram o Programa de Práticas Não-Alopáticas

Fonte:-SMSA/BH-1999

Apesar de todo empenho da Coordenação em pautar-se no modelo da descentralização e tentar a expansão do Programa mesmo sem a realização de concursos, observa-se que a medicina tradicional chinesa continua com um espaço muito restrito. Desde o início das atividades nessa área, em 1995 só existe um único profissional lotado em um centro de saúde de difícil acesso, localizado na região noroeste do Município e em área limítrofe com o Município de Santa Luzia.

Ao examinar os relatórios anuais do Programa de 1994 a 1997, encontrei dados que demonstram que o atendimento à população vem aumentando a cada ano, sendo realizadas 2418 consultas em 1995, e, 9993 consultas, em 1997, prevalecendo a faixa etária adulta de 20 a 49 anos e a população feminina, que é responsável por mais de 50% das consultas.

Na avaliação da Coordenação a consolidação do Programa só aconteceu em 1995, quando houve uma grande divulgação na imprensa, uma ampliação do atendimento devido ao aumento da demanda e depois, em 1996, com a chegada dos médicos concursados nos centros de saúde. A contratação de novos profissionais visando a expansão do Programa é uma das metas apresentadas nos relatórios e que ainda não foi concretizada pela impossibilidade da realização de concursos no serviço público de saúde.

Ao questionar as integrantes da Coordenação sobre o desenvolvimento do Programa no contexto da SMSA, elas consideram que o Programa está efetivamente implantado e apresenta uma grande demanda e boa aceitação por parte da população. Elas falaram também de dificuldades idênticas e já conhecidas daqueles que militam na área de saúde e, ao que tudo indica, já fazem parte da cultura do serviço público, como por exemplo, a descontinuidade em termos de gerência do serviço na Secretaria e as suas conseqüências: *“você vai conseguindo construir alguma coisa acaba o mandato do Prefeito, o Secretário vai ser nomeado seis meses depois nada anda porque não tem Secretário, quando começa tomar pé as coisas, se demite o Secretário entra outro Secretário. Isso é uma coisa muito prejudicial para quem está no serviço igual eu estou há treze anos. Isso é um retrocesso, porque cada um tem uma idéia, são muitas áreas aqui dentro até chegar a saber o que a gente faz, já passou seis meses um ano. Daqui para frente nem sei se a gente vai continuar aqui...”*

Eu tive oportunidade de acompanhar, através de reuniões, as repercussões da mudança de Secretário, ocorrida em agosto de 1998, e as reações de instabilidade e insegurança dos executores do Programa causadas diante de situações dessa natureza que impactam de alguma forma o desenvolvimento do mesmo. Foi comum ouvir dos profissionais perguntas que ficavam sem respostas, como esta: “– O que vai acontecer com o Programa?” Somadas as expressões que denotavam um medo latente de desmonte do trabalho que o grupo vem construindo ao longo desses anos, como por exemplo: *“a gente não tem garantia de nada. A gente não tem a mínima idéia do que pode acontecer...”* surgindo sempre a justificativa de uma atuação diferente... *“nós temos que ter uma estratégia se tiver que abrir mão de alguma coisa para sobreviver...”*

Eu observei ainda, entre abril de 1998 e junho de 1999, outras situações ameaçadoras vivenciadas pelo grupo, tais como: o parecer do Comitê Científico da SMSA diante da proposta de atuação do grupo na Epidemia da Dengue questionando a eficácia do medicamento homeopático; a resolução do CFM n. 1499/98 proibindo os médicos de utilizarem práticas não reconhecidas pela comunidade científica; o Projeto de Extensão de Homeopatia Popular da Universidade Federal de Viçosa que difunde a prática da homeopatia por leigos e buscava uma parceria com a SMSA através da Coordenação do Programa de Práticas Não-Alopáticas que tem uma postura contrária. No momento, as dúvidas pairam sobre as propostas que são impostas como política, como é o caso do Programa de Saúde da Família, que tem sido um tema emergente para o grupo, mas ainda pouco discutido.

Dentre os eventos acima mencionados, vale descrever com maiores detalhes a repercussão da proposta do grupo de práticas não-alopáticas frente a epidemia da dengue, que em Belo Horizonte assumiu maiores proporções no primeiro semestre de 1998. A SMSA/BH não estava preparada para enfrentar uma epidemia, o que desestruturou todo o serviço. Os protocolos não estavam escritos. O Barreiro foi uma das áreas mais atingidas da cidade, registrando diversos focos da doença, segundo o Serviço de Controle de Zoonoses do DISAB.

Respaldados em dados históricos que demonstram o sucesso da homeopatia no enfrentamento das epidemias, um grupo de homeopatas e médicos sanitaristas da Faculdade de Ciências Médicas de Santos e do Setor de Práticas

Alternativas da Rede Pública de Santos fez estudo duplo cego randomizado visando a intervenção na epidemia da dengue através do uso de medicação homeopática. Esta proposta consistia em utilizar como tratamento da dengue o medicamento *Eupatorium Perfoliatum*, na dinamização CH12, dose única, considerando a hipótese de que o referido medicamento administrado por via oral à população determinava efeito protetor contra a doença (CHIORO 1997). Os homeopatas do PPNA/SMSA-BH, apoiados na experiência do município de Santos, decidiram adotar o mesmo protocolo que, ao ser submetido ao Comitê Técnico Científico para o Controle da Dengue⁵ da SMSA/BH, foi questionado e encaminhado com o seguinte parecer enviado à Coordenação:

Sendo prática terapêutica institucionalizada, a abordagem homeopática deve ser exercida pelos médicos que a praticam, com o mesmo nível de autonomia e responsabilidade dos que optam pelas práticas alopáticas. Desta forma o tratamento individual de pacientes com dengue pelos homeopatas não deve sofrer nenhum tipo de restrição, devendo guiar-se pela opinião do médico e dos princípios que sustentam a prática homeopática. Uma questão diferente é a proposta de utilizar, como ação de saúde pública, o medicamento *Eupatorium Perfoliatum* como tratamento profilático da dengue. A proposta que chegou ao Comitê Técnico-Científico de Dengue não apresenta qualquer evidência científica que sustente a utilização do referido medicamento como profilaxia da infecção pelo vírus da dengue. Esta proposta apresenta fragilidades metodológicas que comprometeriam os resultados obtidos seguindo-se o protocolo proposto. Além disso, a proposta apresentada não define o que está chamando de profilaxia do dengue (...). Como não foi apresentada qualquer evidência científica que justifique a adoção pela SMSA-BH de práticas profiláticas do dengue baseadas na utilização do medicamento, este Comitê recomenda que não seja adotada como prática institucional a “Profilaxia do Dengue” conforme proposto (Comitê Técnico Científico para o Controle da Dengue, 22 de abril de 1998).

Os médicos do PPNA reagiram ao tomar conhecimento do parecer do referido Comitê e fizeram vários questionamentos e reflexões sobre os paradigmas de cientificidade adotados pela medicina oficial. Este evento, ao mesmo tempo em que colocou em evidência o PPNA/SMSA/BH, deu margem para que as práticas não-

⁵ Comitê este que foi constituído por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, Fundação Nacional de Saúde, do Instituto de Ciências Biológicas da UFMG, com a finalidade de examinar as questões técnicas relativas à Dengue.

alopáticas fossem questionadas na sua credibilidade científica por representantes da medicina oficial, na própria instituição que a implantou, aspectos a serem discutidos e analisados no Cap.5.

Assim como as mudanças políticas trouxeram novas indagações e desafios para os executores do Programa, elas funcionaram mobilizando a produção e a formação de vínculos entre os integrantes do grupo, fortalecendo o Programa e gerando idéias para novos projetos.

Mesmo assim, pode-se dizer que, com a superação de muitos obstáculos e com todas as dificuldades descritas pelas Coordenadoras do Programa, ele vem conquistando espaço na SMSA/BH.

3.1.3 A Coordenação do Programa

Uma das formas encontradas pela equipe que dirige o Programa para operacionalizar as atividades de coordenação e acompanhando do trabalho dos profissionais das práticas não-alopáticas foi a organização mensal de reuniões clínicas e administrativas na SMSA. Estas reuniões constituíam uma forma de educação continuada do grupo, sendo um espaço para discussão de casos clínicos específicos da área e outros temas de interesse escolhidos pelo próprio grupo. Os temas mais abordados neste período foram:

- A proposta do Programa para atuação na epidemia de Dengue;
- Mudanças políticas na SMSA e as implicações para o Programa;
- O convênio para contratação das farmácias homeopáticas;
- O sistema de informação e a análise da produtividade do Programa de Práticas Não-Alopáticas frente as práticas alopáticas;
- Posicionamento do Programa diante da Resolução do CFM n.1499/98.

Eu acompanhei mais de quinze reuniões do grupo entre maio de 1998 à setembro de 1999 e observei que este era também um fórum importante de debate das questões administrativas e políticas que permeavam o Programa. Além disso, era

o espaço para os gerentes dos centros de saúde trazerem dúvidas e buscarem orientação com a Coordenação do Programa.

3.1.4 A disponibilidade do medicamento: um capítulo à parte na construção da proposta

A implantação do Programa de Práticas Não-Alopáticas nos centros de saúde trouxe para a SMSA uma situação completamente nova na área de aquisição de medicamentos, que foi a demanda de formulações homeopáticas e medicamentos antroposóficos. A política de medicamentos da SMSA, implantada em 1993, estava totalmente voltada para o medicamento alopático, não prevendo a compra de medicamentos dessa natureza (COSTA VAL 1998).

Independente da modalidade terapêutica que o usuário venha utilizando, o medicamento deveria ser garantido e, por isso, já era uma das metas previstas no projeto. Entretanto, isso não aconteceu de forma imediata e resultou em uma tarefa árdua e demorada, que exigiu muito empenho da equipe de Coordenação e muitas consultas jurídico-legais para que o usuário tivesse esse direito garantido.

Com o início do atendimento em homeopatia e medicina antroposófica em agosto de 1994, o medicamento tinha que ser adquirido pelo usuário, o que nem sempre era possível pela falta de recursos financeiros. Essa situação resultou em uma série de reclamações tanto por parte do usuário como por parte dos médicos e causou repercussões para o desenvolvimento do Programa. Para a farmacêutica homeopática, membro da Coordenação, o medicamento era uma peça fundamental no processo de consolidação do Programa e a dificuldade de aquisição do mesmo foi o ponto estrangulamento da proposta, tendo sido apontado pelos médicos como uma das causas de abandono do tratamento de alguns usuários. Segundo a farmacêutica, era comum ouvir queixas dos médicos, como esta: *"eu estava tratando tão bem do paciente, com medicação e ele teve que abandonar, porque ele não tinha mais condições de comprar o remédio"*. Por isso, as ações que poderiam agilizar a garantia da medicação foram o alvo de maior cobrança dos próprios médicos para a Coordenação e desta para o nível central da SMSA.

Foram analisadas várias propostas para assegurar a medicação ao usuário, inclusive pensou-se até na criação de uma farmácia de manipulação na SMSA, hipótese que foi descartada depois de avaliado o alto investimento econômico desse empreendimento, isto sem considerar os custos para a garantia de matéria prima e de pessoal qualificado.

Essa problemática só foi solucionada em outubro de 1998, com a contratação de farmácias homeopáticas pela SMSA. O Projeto já previa firmar convênios com essas farmácias, considerando que esta seria a melhor condição para o usuário ter acesso a medicação, com mais opções e com a possibilidade de ela não faltar, o que nem sempre ocorria no caso da instalação de uma farmácia de manipulação que teria que ser mantida com recursos do Município.

A viabilização destes convênios foi um processo de exaustiva burocracia, envolvendo as farmácias interessadas, a Coordenação do Programa, profissionais da Vigilância Sanitária e outros setores da SMSA. Primeiro, porque este não foi tomado como prioridade pelas instâncias administrativas, como descreveu uma das Coordenadoras do Programa *“se faltava benzetacil, vacina era prioridade e com isso o processo foi protelando e se arrastou por mais de três anos”* e, segundo, pela novidade desse tipo de contrato no âmbito da Secretaria, gerando com isso a publicação de vários editais.

O primeiro edital de credenciamento das farmácias para o fornecimento de preparados homeopáticos, antroposóficos e florais de Bach aos usuários do SUS foi publicado em setembro de 1997 e como o nível de exigência era muito grande só uma farmácia apresentou-se como candidata. O outro edital foi publicado em setembro de 1998 e foram credenciadas 12 (doze) farmácias, que foram selecionadas a partir da análise de critérios de avaliação da qualidade, qualificação dos farmacêuticos que deviam ser especialistas em homeopatia

O contrato elaborado obedeceu a alguns procedimentos, tanto na questão financeira, como na padronização dos medicamentos, além das questões jurídicas. A verba estipulada foi inicialmente para a aquisição de medicamentos foi de oito mil reais por mês, devendo ser avaliado periodicamente esse custo.

Os médicos e farmacêuticos elaboraram uma lista com os medicamentos básicos da homeopatia, antroposofia, florais de Bach e fitoterápicos; a prescrição

deveria ser orientada dentro dessa lista, caso o médico prescrevesse um medicamento fora da lista, o usuário compraria o medicamento. A aquisição do medicamento pelo usuário está demonstrada na FIG. 3.

Figura 2 - Aquisição de medicamento pelo usuário

A Coordenação do Programa, depois de alguns meses de trabalho com as farmácias, acredita ter solucionado, em parte, o problema da falta de medicação para o usuário que faz o seu tratamento com homeopatia ou a medicina antroposófica, mas avalia que, mesmo assim, precisa de mais investimentos da SMSA para que seja ampliada a lista de medicamentos.

Eu selecionei alguns trechos de uma das reuniões com o objetivo de mostrar o tipo de problemática trazida pelo serviço para a Coordenação .

Contexto: Sala de reuniões do PPNA – Secretaria Municipal de Saúde/BH. Esta reunião aconteceu no dia 05 de novembro de 1998 e a pauta incluía dentre outros temas a polêmica resolução do Conselho Federal de Medicina proibindo os médicos de utilizarem práticas não reconhecidas cientificamente, o que já trazia um clima de preocupação e mobilização emocional para o grupo. Neste dia, estava presente a gerente de um dos centros de saúde da regional Noroeste, que mencionou, de início, que sempre teve vontade de comparecer às reuniões, mas tinha dúvida se estas eram abertas aos gerentes.

A reunião começou com a gerente expondo as dificuldades que o serviço vem enfrentando no atendimento de crianças pelo Programa de Práticas Não-Alopáticas. No centro de saúde onde atua, o atendimento de homeopatia é realizado apenas uma vez por semana e o médico não atende crianças, porque ele não tem especialidade em pediatria. Conseqüentemente, as crianças têm que ser encaminhadas para outro serviço, o que tem sido extremamente difícil, primeiro, pela falta de vagas nos outros centros de saúde e, segundo, pelas condições de acesso. Diante dessa situação, ela acredita que na sua área o Programa não tem conseguido atingir as crianças cujas mães desejam este tipo de atendimento. Exposto o problema ela questionou: como fazer o encaminhamento de crianças para serem atendidas pelo Programa de Práticas Não-Alopáticas?

Esta questão mobilizou diferentes discussões no grupo remetendo à forma como o Programa foi implantado e como está hoje em cada um dos centros de saúde, como os gerentes estão contribuindo para o funcionamento adequado do mesmo. Como propostas para agilização da solução do problema trazido pela gerente o grupo fez as seguintes sugestões:

- busca ativa dos homeopatas que não estão atendendo;

- sensibilização dos gerentes: envio de cartas e convite para participar das reuniões mensais do programa na smsa;
- participação de um membro da coordenação na reunião mensal de gerentes nos distritos sanitário.

A reunião prosseguiu com a discussão dos outros assuntos de pauta.

3.2 Barreiro: um distrito que viu Belo Horizonte nascer!

O Distrito Sanitário do Barreiro – DISAB foi o primeiro a implantar o PPNA/SMSA em 3 (três) centros de saúde, acumulando uma experiência na gestão do Programa, ao longo desses anos.

Conheci esta região no final da década de 70, quando atuei, durante dois anos, como estagiária de enfermagem no Hospital Santa Rita, um dos hospitais de referência para os moradores da localidade. Por isso, o Barreiro já guardava uma proximidade com as minhas experiências profissionais. Ao retornar à região, após um longo período, para o desenvolvimento desse estudo vejo que o cenário mudou muito.

Os antigos moradores falam com muito orgulho que o Barreiro acompanhou de perto o nascimento da nossa capital, possuindo uma história rica de tradições. Eles descrevem o cenário de belezas naturais que fazia parte, na época, da famosa Fazenda do Barreiro, surgida após sucessivas divisões de propriedades, ainda no século passado. A área serviu de instalação para imigrantes austríacos, italianos, portugueses e tchecos que formaram várias colônias e ajudaram a construir a história do lugar.

A Região do Barreiro situa-se ao sul do município de Belo Horizonte e faz divisa com os municípios de Contagem, Ibirité, Brumadinho e Nova Lima.

A grande transformação ocorrida na área deu-se a partir de 1952, com a fundação da Companhia Siderúrgica Mannesmann em Belo Horizonte, como bem descrevem os seus moradores; a empresa contribuiu sobremaneira para o que é hoje a região.

A partir dessa época, o desenvolvimento da região passa a se basear quase que somente na siderurgia e trazendo modificações de porte no panorama

local, não apenas nos aspectos econômicos, mas também demográficos, urbanísticos e culturais, podendo serem destacados como impactos mais gerais: rápida urbanização e aumento da migração para a localidade.

Como a área não oferecia infraestrutura adequada para a implantação da Usina, inclusive com a falta de pessoal especializado em siderúrgica, a Mannesmann precisou suprir essas deficiências. Foi a partir das pressões impostas pelo empreendimento de porte da Mannesmann que o governo começou a tomar as primeiras providências no sentido de dotar a região com uma infraestrutura urbana adequada, abrindo estradas, construindo viadutos, cuidando do abastecimento de água e energia, da implantação de rede de esgotos, como também se preocupou com os meios de transporte e habitação para empregados. A afluência populacional não cessou até hoje, o que tem levado à construção de vários conjuntos habitacionais na região, provocando um crescimento rápido e descontrolado que a atual estrutura não é capaz de satisfazer.

Da década de 50 para cá o Barreiro mudou muito, sendo palco de importantes movimentos sociais, na década de sessenta e como dizem seus moradores: *“O Barreiro é hoje uma cidade!”*. A região é tida como um pólo econômico e industrial de Belo Horizonte, uma parte relativamente autônoma, no contexto do município, dadas as suas características de centralidade urbana; isso já chegou a gerar movimentos emancipacionistas no local. O Barreiro transformou-se em Distrito em fevereiro de 1996 sendo constituído de mais de 80 bairros administrados pela Regional Barreiro delimitada por 8 (oito) unidades de planejamento.

O Jornal do Barreiro, que circula na região há mais de sete anos retrata a situação do Bairro mostrando que :

“Ao completar 142 anos, o Barreiro conta com um passado muito rico, mas sua grande evolução se deu a partir dos 50 anos após a implantação da primeira indústria, a Mannesmann, e se acentuou mais nos últimos trinta com a formação de um grande pólo comercial, bastante diversificado, dividido em comércio varejista e prestação de serviços em todas as áreas. Nos últimos anos, o Barreiro ganhou também um pólo industrial com a criação do Distrito Industrial do Jatobá que reúne 146 indústrias. Hoje, 1997, o Barreiro tem um currículo completo de cidade se cidade se modernizando a cada dia e melhorando a sua infraestrutura. Além

de contar com todos os serviços urbanos inerentes a uma cidade...”⁶

De acordo com o Censo Demográfico de 1991, do IBGE, a região do Barreiro contava com 219 740 moradores, dos quais aproximadamente 49,3% do sexo masculino e 50,7% do feminino, predominam de jovens e crianças, seguida da faixa etária de 20 a 49 anos que é de 45%. Em relação às taxas de crescimento demográfico no período de 1980/91, situaram-se acima de 25% em algumas áreas. O Índice da Qualidade de Vida Urbana (IQVU) realizou projeções para o ano de 1994, apontando uma população total estimada em 249 134 pessoas.

A parte mais populosa da região é representada pela área do Jatobá, enquanto a menos adensada é a região do Barreiro Sul, em virtude de grande parte de seu território instalado em zona rural, em área de preservação ambiental.

A economia pode ser comparada à de uma cidade de médio porte com um total de mais 3000 empresas e os crescentes índices da economia informal. Em relação ao nível sócio-econômico predominam no Barreiro os chefes de domicílio com renda entre 2 e 5 salários mínimos. Em relação ao IQVU⁷, verifica-se que o índice varia entre médio e baixo; apesar da infraestrutura urbanística, trata-se de uma área de muitos contrastes, que apresenta regiões desenvolvidas com toda a infraestrutura necessária, como é o Barreiro de Baixo e outras de periferia, com problemas de moradia, saneamento básico e urbanização.

Em relação aos serviços urbanos, a região apresenta índices mais favoráveis. De acordo com dados fornecidos pela COPASA, cerca de 98,8% da área da Regional do Barreiro é coberta com rede de água, percentual este que não ultrapassa os 85% para os serviços de esgotamento sanitário. Outro problema verificado na região é o grande número de lotes vagos, que acabam servindo de locais que a população utiliza para desprezar lixo e entulhos, o que contribuiu na disseminação de muitas doenças, como ocorreu recentemente com a leptospirose.

Quanto aos indicadores de saúde, dados de 1994, do IQVU da Secretaria Municipal de Planejamento, mostram que a região é dotada de uma infraestrutura

⁶ Jornal do Barreiro, Caderno Especial 142 anos, agosto de 1997.

⁷ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Planejamento. **Índice de Qualidade de Vida Urbana**. Assessoria de Comunicação Social- PBH. Belo Horizonte, setembro de 1996.

com 21 centros de saúde, 01 policlínica com atendimento 24 horas, 01 centro de referência em saúde mental, 01 centro de referência à infância e adolescência, 01 centro de referência à saúde do trabalhador, 02 hospitais públicos, 02 hospitais conveniados ao SUS e atendimento odontológico.

Figura 3 - O Barreiro e seu cenário cultural

- **Centro de Saúde Vitória Régia**

O Centro de Saúde Vitória Régia é um arquétipo da realidade da saúde brasileira num espaço de cenas, eventos e de interações sociais retratando em parte o que é o serviço público de saúde do país. Longas filas de espera para vacinação, procura de medicação e acolhimento, espera prolongada para consultas médicas, atendimento odontológico e outros atendimentos, além do tumulto para obter senhas. Esta foi a realidade com a qual eu convivi ao desenvolver as minhas observações.

Dada a impossibilidade de apreendê-las na sua totalidade selecionei algumas cenas que esboçam um retrato significativo do Centro de Saúde Vitória Régia. Primeiro eu tive que aprender como olhar o centro de saúde, procurando estranhar cenas que pareciam familiares pela minha experiência anterior neste tipo de serviço.

Centrada no meu foco de observação, que eram as práticas não-alopáticas, a participação ia ocorrendo espontaneamente e eu ia exercitando a interconexão entre escrita, participação e observação como uma forma de compreensão da cultura estudada.

O Centro de Saúde Vitória Régia localiza-se na região do Barreiro com uma história de mais de vinte anos de assistência à população local e de áreas circunvizinhas, sendo o primeiro a implantar o Programa de Práticas Não-Alopáticas na região. Fato que foi atribuído, na visão de uma gerente, à dificuldade de se conseguir profissionais para trabalhar na regional Barreiro.

Apesar de ser caracterizado como uma unidade básica, o Centro de Saúde Vitória Régia é uma unidade complexa, com uma diversificação de categorias profissionais sendo referência para a Regional do Barreiro e áreas circunvizinhas, localizada em área de fácil acesso e ao lado de uma unidade de urgência. O que confere a identidade a esse centro de saúde é a facilidade de acesso do usuário, o grande volume de atendimentos, tipo de clientela e o fato de que são diferentes dos que surgem em outros centros de saúde. Na avaliação de uma ex-gerente, o que mobiliza esta unidade é o fato de possuir uma equipe competente, participativa e unida que cresce junto com a unidade, impulsionando-a a crescer muito mais, construindo projetos ousados e difíceis de serem levados à frente, mas que nunca

perdem o objetivo maior que é o de atender cada vez mais e melhor às necessidades da população da área de abrangência do centro de saúde.

O Centro de Saúde faz divisa com outros centros de saúde e com as cidades de Contagem e Ibirité, sendo um local de fácil acesso, numa área atendida por mais de 10 (dez) linhas de ônibus. Isso contribui para que o fluxo de atendimento da unidade seja diariamente em torno de 500 (quinhentas) pessoas. A infraestrutura física é precária e adaptada para dar conta da demanda de atendimentos, dificultando o trabalho dos funcionários e expondo-os a riscos, como descreveu uma das profissionais de saúde que atuam no mesmo há mais de cinco anos:

O maior problema que a gente tem em trabalhar aqui é esse livre acesso, tanto para mim atender como para todo mundo. Eles já vão para a porta da sua sala e fica lá, te pressionando para você atendê-lo isso é horrível para gente. O paciente da pediatria, ele não passa mais pelo acolhimento, eles já estão batendo direto na minha sala. Então é um absurdo isso ! Que proteção que eu tenho? O paciente fica ali, mofa lá manhã inteira até eu atender. E diz: – “não eu vou esperar até a senhora acabar de atender”- e fica lá , mofando. Então, o quê que eu faço, eu atendo, enquanto é para atender 15-12, eu atendo 20, ainda mais nesses casos, única pediatra. Atendo assim igual daquele jeito, o quê que eu vou fazer?

A estrutura arquitetônica é formada por três unidades independentes. Em uma das unidades ficam os 7 (sete) consultórios, um consultório odontológico, uma sala de esterilização e expurgo, uma sala de vacinas uma de curativos, uma sala de material de laboratório. Na outra funcionam o salão de reuniões/ acolhimento, sala de administração e gerência, uma cozinha/copa dos funcionários, salão de espera, farmácia e mais um consultório. Na unidade independente funciona a recepção dos usuários e o arquivo de prontuários. Na mesma área funciona ainda a Unidade de Pronto Atendimento – UPA Barreiro que, apesar de ter a entrada principal em outra rua, dá acesso direto ao Centro de Saúde, o que contribui para o livre trânsito dos usuários tanto da UPA como do Centro de Saúde em um mesmo espaço, tumultuando o atendimento de ambos os serviços.

Consultórios com pouca ventilação, iluminação sendo até considerado por alguns profissionais como insalubre, portas estragadas, inexistência de salas para os auxiliares de enfermagem atenderem os usuários, levando à prática de atos de agressão física contra os funcionários que ficam completamente expostos, falta de

divisão entre as salas de esterilização e expurgo, sala de espera com cadeiras quebradas.

Já existem vários projetos de reforma do Centro de Saúde, mas tudo depende da liberação de recursos financeiros pela Secretaria Municipal de Saúde. As últimas obras foram executadas, segundo a gerente, através de uma parceria bem sucedida entre funcionários, a comunidade que executam e coordenam o projeto e a ARB – Administração Regional do Barreiro, que participa com a supervisão e o material.

O Centro de Saúde oferece à comunidade os seguintes serviços: acolhimento geral e de saúde mental, odontologia, ginecologia, vacinação, curativos, coleta de material de laboratório, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, consultas médicas básicas, saúde mental, homeopatia e antroposofia, consultas individuais com psicólogos, enfermeiros, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista, além das atividades de grupo.⁸

A unidade conta com 57 funcionários assim distribuídos quatro turnos de trabalho: 2 (dois) clínicos, 2 (dois) pediatras, 1 (um) homeopata, 1 (uma) médica antroposófica, 2 (dois) psiquiatras, 1 (um) terapeuta ocupacional, 1 (um) nutricionista, 1 (um) assistente social, 2 (dois) psicólogos, 2 (dois) enfermeiros, 13 (treze) auxiliares de enfermagem, 4 (quatro) dentistas, 4 (quatro) técnicos de higiene bucal, 3 (três) ACD, 9 (nove) agentes sanitários, 2 (dois) auxiliares administrativos, 3 (três) auxiliares de serviço, 4 (quatro) porteiros.

Apresento a seguir uma cena observada, para ilustrar as características do Centro de Saúde Vitória Régia.

Data da observação: 21/08/98 **horário:** 11:00

Decidi, na oportunidade, aguardar na sala do acolhimento o reinício do atendimento para ver o que iria acontecer. Nesta sala encontrei com a terapeuta ocupacional, Simone, que remarcava o atendimento de uma de suas clientes. Enquanto isso, o telefone tocava insistentemente e resolvi atender. Pediam informação a respeito de consulta para clínica médica à tarde; como não sabia o que dizer, pedi ajuda a Simone. Depois que ela desligou o telefone comentei que as

⁸ Essas atividades estão distribuídas em grupos de saúde do idoso, diabéticos, hipertensos, saúde mental, verminoses, planejamento familiar, prevenção de câncer cérvico-uterino, pré-natal, puericultura e adolescentes (DST/AIDS, sexualidade, métodos anticoncepcionais)

pessoas me pediam informação e que ficava difícil, já que não conhecia a dinâmica do serviço. Ela me respondeu: “– Aqui é assim, como o centro de saúde é aberto a qualquer um que passa, todos pedem informação... não querem nem saber se trabalha aqui ou não.” Foi só encerrar a conversa e quando ia saindo um senhor pergunta-me sobre a remarcação de consulta. Pedi que aguardasse até que a auxiliar de enfermagem pudesse atendê-lo. Encontrei Hahna, médica homeopata, e pedi que me procurasse antes de ir embora, pois gostaria de agendar um encontro com ela até a próxima semana. Ela foi muito receptiva e chegamos a comentar até mesmo de uma reunião que está sendo planejada com a Denise, chefe de Atenção à Saúde, para estudarem uma estratégia de trabalho junto ao Comitê Científico da Dengue. Voltei para a sala do acolhimento e comecei a fazer minhas anotações. Ao mesmo tempo estava inquieta achando que aquele não era o momento e que poderia aproveitar o tempo para conversar com outros usuários do serviço. Continuei pensativa... indagando-me se não estava no lugar errado, até que fui surpreendida por Hahna, que entrou na sala com a cliente que terminava de atender. Ela explicava a receita homeopática e a mãe dizia: “– Será que a Sra. não pode me dar a receita de novalgina?” A médica fez uma expressão de estranhamento... lembrei-me que na reunião do dia anterior na Secretaria ela havia comentado que não gosta de fazer isto, que vai contra os seus princípios. Ela respondeu que o centro de saúde não tinha o medicamento. A mãe insistiu dizendo que precisava da receita para conseguir o medicamento no centro de saúde perto de sua casa. Hahna não teve como argumentar e parecendo contrariar a sua conduta acabou fazendo a receita para a cliente, manifestando a sua insatisfação. Depois, pediu que a senhora aguardasse para remarcar a consulta. Ela se despediu de Hahna com ar de contentamento e se sentou no banco, na área externa, para aguardar a auxiliar de enfermagem, que reiniciaria o atendimento. Sentei-me ao seu lado e comecei a conversar.

S-“Há quanto tempo a Sra. está tratando seu filho com a homeopatia?”

U-“Tem mais ou menos um ano.”

S-“E como está o tratamento?”

U-“Ele se deu muito bem. Ele tinha bronquite e de 15 em 15 dias eu tinha que correr com este menino para o médico, faltar de serviço. Sempre com problema de

infecção. Vivia tomando antibiótico sem resolver. Eles fala que antibiótico faz muito mal. Agora desde que ele começou com este tratamento tem melhorado bem.”

S-“Como a Sra. ficou sabendo do atendimento de homeopatia aqui no serviço?”

U-“Olha foi através de uma auxiliar que trabalha aqui. Eu comentei com ela que eu vinha tendo dificuldade com o tratamento do meu filho, então ela aconselhou-me mudar o tratamento e experimentar a homeopatia. Ela falou que era muito bom. Então, partindo desse conselho dela eu resolvi marcar a consulta e graças a Deus vem dando certo. Eu lembro que no dia que eu sai com ele passando mal para vir consultar aqui eu vim rezando no caminho, pedindo a Deus mesmo, que ele iluminasse um médico bom para tratar dele, porque eu já estava meio desesperada sem saber o que fazer. Foi Deus mesmo que iluminou a Dra. Hahna. Todo mundo que trata aqui com ela gosta demais dela e do tratamento.”

S-“A Sra. sabe o que é a homeopatia?”

U-“A gente que não tem estudo é difícil, mas sei que é um tratamento diferente.”

S-“E como a Sra. faz para conseguir os remédios?”

U-“Eu pego a receita que ela me dá e vou lá no centro comprar.

Continuamos a conversar e espontaneamente, sem que eu perguntasse, ela começou a falar de sua vida pessoal. Contou-me que o marido era alcoólatra, que chegou até a perder um emprego ótimo na Fiat e que ela teve que parar de trabalhar para cuidar da criança que era muito doente. Ela comentou ainda que tem dois sobrinhos que já estudaram medicina e que seu irmão era dono de um laboratório de análises clínicas, onde ela trabalhou durante 10 anos na coleta de material. Depois o laboratório faliu e ela acabou perdendo o emprego. Finalmente, o atendimento recomeçou e a senhora conseguiu remarcar a sua consulta para julho.

Continuei sentada ali no banco de espera, agora atenta à conversa que dois usuários. Um deles idoso, na faixa dos seus 60, e o outro um jovem, na faixa de 25 anos, que discursava sem parar sobre algumas passagens da Bíblia. O senhor ouvia sem retrucar, enquanto o rapaz parecia fazer uma verdadeira pregação. Parecia um daqueles evangélicos entusiasmados e eufóricos que assumia a missão de proclamar a sua crença religiosa. Percebi que este banco de espera poderia proporcionar observações do que acontecia ali naquele espaço do centro de saúde entre a clientela. Era ali que eles começavam a narrar suas histórias, a trajetória de

sua doença, as suas crenças, mesmo quando não eram questionados. Parecia que existia ali uma predisposição a expor algo de si para o outro, que também aguardava ali. Isto já era algo que os identificava enquanto usuários do centro de saúde.

Deixei o centro de saúde às 11h, com a sensação diferente de quando cheguei, afinal tinha descoberto a importância de estar ali no banco de espera.

Figura 4 – O cenário do Centro de Saúde Vitória Régia

Capítulo 4

COMPREENDENDO AS PRÁTICAS NÃO-ALOPÁTICAS NO CONTEXTO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

A vida tem me confiado tantas histórias que me senti obrigada a recontá-las para aquelas pessoas que não conseguem por si mesmas, ler o livro da vida.

(Elly Hillesum, An Interrupted Life)

4.1 O grupo cultural

O grupo cultural é a unidade de análise do etnógrafo como tentativa de interpretar o comportamento, a linguagem de um determinado grupo social explicitando o seu modo de vida no contexto de uma cultura (CRESWELL 1998).

Nesse estudo, o que identifica o grupo cultural é o seu envolvimento com a cultura das práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde compartilhando crenças, valores e comportamentos, com uma organização caracterizada por mútua identificação de interesses e pelo seu envolvimento com o cenário cultural que o distingue de outros grupos, sendo por isso considerado como referência para a compreensão dessa cultura nesse contexto.

O grupo cultural constituiu-se de cinco médicas e um médico que vivenciam a sua prática em três centros de saúde do DISAB e um outro, localizado no Distrito Sanitário da Regional Nordeste. Depois de uma convivência significativa de quase dois anos com o grupo cultural, buscando apreender suas crenças e valores, não foi uma tarefa fácil apresentá-lo, retratando o que foi vivido. Diante da amplitude dessa experiência, acredito ser impossível descrevê-la em sua totalidade, visto que

foi orquestrada com a singularidade de cada um dos colaboradores. Apresento a seguir um pouco do que foi apreendido da vida pessoal e profissional de cada um dos integrantes do grupo, respaldando-me em suas narrativas e nas minhas observações, como descrito abaixo:

Stael; médica homeopata, 37 anos, casada, mãe de dois filhos, graduada em medicina em 1988, pela UFMG. Relatou que, ao terminar a graduação, já tinha sua trajetória direcionada para a residência em anestesiologia, onde já vinha realizando estágios voluntários. Entretanto não conseguiu ser aprovada para a residência, o que a levou a acompanhar outros serviços na mesma especialidade, porém sem um caráter oficial de residência médica. Nesse momento de insatisfação com a residência médica e a busca por outras opções, viu um anúncio sobre um curso de homeopatia em um dos hospitais onde trabalhava. Considerando o seu desconhecimento sobre essa modalidade terapêutica, decidiu buscar outras informações assistindo palestras, fazendo leituras e submetendo-se a um tratamento homeopático para sentir em seu próprio organismo os efeitos dessa terapêutica. Foi portanto a partir dessas buscas que a opção pela homeopatia foi ficando mais clara, seguida dos benefícios orgânicos e emocionais, sentidos com o tratamento homeopático. Iniciou seus estudos na Associação Médica Homeopática de Minas Gerais e concluiu-os em 1990, após um ano de estudos na Escola Médica Homeopática Argentina Dr. Tomaz Pablo Paschero, em Buenos Aires. Tempo suficiente para descobrir que o seu caminho seria mesmo a homeopatia. Depois que retornou da Argentina, continuou trabalhando com a alopatia para manter-se financeiramente. Estabeleceu-se como homeopata depois de ser admitida na SMSA/BH através de concurso público em 1995. Como não tinha experiência prévia no serviço público de saúde, mencionou várias dificuldades iniciais para lidar com a dinâmica imposta pelo mesmo. Além de ser homeopata na rede pública, desenvolve sua prática atuando em seu próprio consultório.

O seu afastamento, por licença maternidade, durante o desenvolvimento da pesquisa, limitou sua participação nesse estudo, porém, na fase em que esteve presente, e trouxe excelentes contribuições.

Flahna; médica homeopata, 34 anos, gaúcha, casada, tem uma filha de cinco anos. Formada em 1987 pela Fundação de Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Abandonou a residência em medicina geral comunitária, por motivos pessoais, seis meses antes de concluí-la e em 1990 veio para Belo Horizonte. Inicialmente, exerceu a medicina comunitária na Prefeitura de Ouro Preto, depois concentrou suas atividades em Belo Horizonte como clínica geral, atuando em clínicas de emagrecimento. Formada pelo Instituto Mineiro de Homeopatia em 1993, onde trabalha desde 1995 como docente do curso de Formação de Especialistas e Docentes (CED) e integrante do grupo Paracelsus de Estudos Homeopáticos, ambos do Instituto Mineiro de Homeopatia. Atribui grande parte do seu crescimento profissional a esse grupo, onde desenvolve estudos e faz experimentação de medicamentos homeopáticos. Relata que a opção pela homeopatia resultou em um processo sedutor e transformador da sua vida como um todo. Revelou que o fato de ter vindo de fora e ter conseguido ser aceita como membro da Instituto Mineiro de Homeopatia foi motivo de entusiasmo, fazendo-a sentir “*como se fosse abraçada*”. Sente-se com muita responsabilidade pela inserção da homeopatia no serviço público, citando vários casos do emprego da mesma com sucesso de resultados. Define-se como uma pessoa sensível, mística, alegre, orquestrando sua prática através de muitas leituras e da experiência clínica e patogenésica, ao perceber a matéria sutil que influencia o homem para a enfermidade e para a cura. Considera a espiritualidade do homem como de mais alta hierarquia na sua saúde. Ilustrou, com diferentes exemplos, acontecimentos que revelam o seu misticismo, como foi o caso da escolha do seu local de trabalho após aprovação no concurso público. Ela relatou: “*fiquei aguardando algum sinal ou alguma inspiração divina para escolher entre três centros de saúde onde havia vagas. Aí, eu fui numa festa de aniversário e estava escrito na roupa de uma criança o nome do centro de saúde ... eu vi isto e eu aceitei, como uma orientação.*” Encara a homeopatia como um instrumento que ampliou a sua qualificação profissional e expandiu o seu compromisso com o outro para a melhoria do estado de saúde. Além do serviço público tem consultório próprio, onde trabalha todas as tardes.

Tao Yin; médica especialista em medicina tradicional chinesa, 34 anos, casada, não tem filhos. Graduiu-se em medicina na UFMG em 1989. Relatou que desde o quinto período da graduação, achava a medicina ocidental pouco desafiadora e buscou uma formação paralela, primeiro na homeopatia e depois na medicina tradicional chinesa. Além disso, fez curso em filosofia da ciência. Iniciou a residência médica em psiquiatria, e, no segundo ano, solicitou licença sem remuneração, vindo a concluí-la mais tarde. Após o término da graduação, através de um intercâmbio cultural Brasil-China, conseguiu uma bolsa de estudos da CAPES para estudar na China na Academia de Medicina Chinesa em Beijing durante dois anos. Relatou detalhadamente a sua convivência com a cultura chinesa e as diferentes situações de aprendizagem vivenciadas neste contato com outro grupo cultural. Tao-Yin chama atenção pela sua expressão de serenidade, tranquilidade, grandes olhos azuis e fala sempre mansa em tom baixo e sorriso largo. É sempre muito receptiva com todos os clientes. Hoje, além de sua prática como especialista em medicina tradicional chinesa no centro de saúde, atua como psiquiatra em clínica do setor privado.

Sofia, médica antroposófica, 40 anos, casada, mãe de um filho, católica. Graduiu-se em medicina em 1983 pela UFMG e em 1986 completou a residência em pediatria. A procura pelas práticas não-alopáticas originou-se de uma busca pessoal de autoconhecimento através de aulas de ioga, contato com amigos que se tratavam com homeopatia, idas às bibliotecas e livrarias à procura de literatura sobre práticas terapêuticas mais “*alternativas*”. Na faculdade, acompanhou, desde os primeiros anos, grupo de estudos de homeopatia organizado pelos alunos e participou de um curso de medicina natural. A formação em homeopatia iniciou-se logo após terminar a residência em pediatria, no Instituto Mineiro de Homeopatia, concluindo-a em 1988. Considerando a abordagem unicista de difícil atuação com crianças, ao concluir o curso de homeopatia e iniciar a sua prática em consultório, buscou estudar por conta própria a abordagem mais organicista da homeopatia. Após estudos, identificou-se com a linha mais organicista da homeopatia, de primeiro e segundo nível de atenção e começou a experimentá-la. Ainda durante o curso de homeopatia,

tomou conhecimento da medicina antroposófica através de colegas que já estavam fazendo a formação nessa especialidade, decidindo iniciar estudos por conta própria, segundo a bibliografia indicada pelos mesmos. Menciona que, neste período, ainda sentia-se insegura para atuar como homeopata, permanecendo assim por mais de um ano. Em 1990, decidiu fazer a formação em medicina antroposófica concluindo-a em 1993, com estágio na Clínica Tobias, em São Paulo. Desde 1991, trabalhou em clínica particular com um grupo de médicos e terapeutas antroposóficos, que a partir de 1999 foi denominado *Therapeuticum Michael*. Atuou como médica escolar em uma escola de orientação antroposófica, em Belo Horizonte, de 1992 a 1996. Mostrou-se como uma pessoa muito dinâmica que sempre está buscando outras fontes de conhecimento da alma humana, principalmente das crianças, tendo frequentado por vários anos curso e grupo de estudos sobre psicologia infantil. Atualmente, é membro do Comitê de Saúde Mental da Sociedade Mineira de Pediatria. Além de atuar no serviço público de saúde, é preceptora da residência pediátrica de um hospital geral de Belo Horizonte, onde atua desde 1988. Sente-se gratificada por poder ampliar sua busca espiritual através da visão cristã da antroposofia, que na sua concepção é uma ciência espiritual.

Michaela, médica antroposófica, 35 anos, solteira, graduou-se em medicina pela UFMG em 1988. Fez residência em cardiologia no Hospital da Beneficência Portuguesa em São Paulo em 1990. Durante suas entrevistas ela fez uma narrativa muito expressiva das suas buscas pessoais e dos conflitos que a acompanharam durante toda a graduação. As primeiras experiências profissionais trouxeram frustrações e desgaste pessoal, decidindo buscar uma formação que ampliasse a visão do ser humano que, nas escolas médicas, restringia-se ao paradigma mecanicista-cartesiano. Interessou-se, então, pela medicina antroposófica, iniciando com a participação em cursos de curta duração, realizados ainda no período de residência médica, quando sequer tinha noção sobre o que era a medicina. As leituras dos livros “*A imagem do homem como base da arte médica*” e “*A filosofia da liberdade*” de R. Steiner também foram inspiradores dessa opção. Aprofundar sua formação em medicina antroposófica foi uma decisão que contribuiu, em parte,

como resposta para suas buscas espirituais. A formação em medicina antroposófica foi concluída em São Paulo após a residência médica. Exerce sua prática tanto no setor público como no privado. Relatou experiência profissional de quatro anos em serviços de pronto atendimento no serviço público em São Paulo e interior de Minas Gerais (Itabirito). Atua há mais de 9 (nove) anos como médica antroposófica em consultório particular e há mais de quatro anos na SMSA/BH. Docente do curso de Formação da Sociedade Brasileira de Medicina Antroposófica. É membro da Sociedade Antroposófica no Brasil, atualmente, fazendo formação em aconselhamento biográfico pela Escola Superior Livre de Antroposofia. Demonstrou sempre muito entusiasmo pelo avanço da antroposofia na rede básica, manifestando sempre uma postura crítica e reflexiva sobre a sua prática no contexto do serviço público.

Sammuel, médico homeopata, 50 anos, casado, uma filha. Graduiu-se em 1978 pela Faculdade Ciências Médicas de MG e concluiu a residência em Cardiologia, dois anos depois. Atuou em centro de terapia intensiva, como cardiologista, em um dos hospitais de Belo Horizonte, consultório particular e como médico internista em outros hospitais. Ingressou nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, o que lhe garantiu uma experiência significativa no serviço público como clínico geral. Conheceu a homeopatia, em 1982, através de um colega homeopata, que trabalhava numa clínica homeopática, sendo incentivado pelo mesmo a frequentar as reuniões desse grupo e estudar por conta própria. Por isso, ele se define como um autodidata, considerando que sua formação ocorreu inicialmente através de um esforço pessoal e de muito estudo individual, longe das instituições formadoras que estavam localizadas em outras cidades. Anos depois fez o curso de especialização em homeopatia na Associação Médica Homeopática de Minas Gerais com o objetivo de obter o certificado e legalizar a sua situação. Foi um dos responsáveis pela implantação do Programa de PNA da SMSA/BH, participando da equipe por mais de dois anos. Além da sua experiência como homeopata na rede municipal, ele atende como clínico em um centro de saúde da rede estadual e exerce a homeopatia também em consultório particular, desde 1985.

4.2 Da medicina contemporânea ocidental à medicina não-alopática

4.2.1 O Rito de Passagem

O termo “rito” está associado a diferentes comportamentos que operam num *continuum* desestruturando e reestruturando o quotidiano, refletindo crenças e entrelaçando processos e preocupações intelectuais (EINAUDI 1977).

A expressão “rito de passagem” é tomada aqui no sentido simbólico para descrever o processo vivenciado pelos colaboradores desse estudo em determinado momento de suas vidas, numa sequência de eventos e processos de elaboração, descoberta e tomada de decisões. Este rito envolve a passagem para um outro momento produtor de qualidade e de encontro com outras possibilidades, marcado por transformações de crenças e valores, em que vão, gradativamente, substituindo a prática médica respaldada no paradigma cartesiano-newtoniano e assimilando a cultura das práticas não-alopáticas. Ao que tudo indica, esse rito de passagem parece estar associado ao que poderíamos denominar crise de paradigma¹ evidenciada pela perda de confiança epistemológica no paradigma da medicina contemporânea. Esta tem suas raízes em uma outra crise multidimensional, que é tanto cultural como epistemológica advinda de rupturas nos conceitos da ciência clássica. Esta crise, denominada por CAPRA (1983) “*crise de percepção*”, UNGER (1991) “*crise de civilização*” pode ser compreendida como uma crise de valores e crenças que vêm afetando várias áreas do conhecimento, dentre elas, a da saúde (FERGUSON 1980; CAPRA 1982, 1988; GERBER 1988; WEBER 1988; PRIGOGINE e STENGERS 1991; WILBER e col. 1994; GROF 1994).

¹ Paradigma aqui utilizado na perspectiva proposta por Khun na obra “A estrutura das revoluções científicas”.

A crise referida pelos colaboradores inscreve-se portanto, nesse contexto mais amplo e compreende um ciclo de transformações crescentes originado, quase sempre, de insatisfações, conflitos e dilemas relacionados à formação profissional e à prática vigente da medicina oficial, levando-os à busca pela formação na área das medicinas não-alopáticas.

Ao reconstituírem suas trajetórias profissionais, os colaboradores descrevem esse rito de passagem fazendo uma reflexão sobre o quê os levou à procura pela formação em homeopatia, medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa. Estas trajetórias foram descritas tendo como eixo norteador a temporalidade onde faziam a distinção entre acontecimentos de sua vida pessoal e profissional, antes e depois do envolvimento com as práticas terapêuticas não-alopáticas.

Alguns dos colaboradores nunca tinham verbalizado sobre essa vivência, o que exigiu desses rever eventos passados de suas vidas, criando um estado de consciência que evocava emoções, sentimentos de tristeza e/ou alegria, devido a superação das dificuldades encontradas nessa trajetória.

Fatos que antecederam o envolvimento com as práticas não-alopáticas permearam as narrativas de alguns colaboradores através de referências ao contexto cultural das décadas de 60 e 70. Foram descritas situações reveladoras de uma inquietação existencial que os levou à busca pessoal pelo autoconhecimento, a exemplo do que fizeram muitos jovens nessa época, como descreve uma das colaboradoras:

Nessa época, eu fazia ioga, e na ioga tem uma orientação de um tratamento mais naturalista e da busca de um caminho pessoal.

(Sofia)

A psicologia transpessoal, uma das tendências dominantes na década de 60, lidava com a expansão da consciência do ser humano, a contestação de valores e instituições sociais, a fusão da ciência com as tradições, o misticismo oriental e a visão ecológica. Estas tendências assinalaram um novo estilo de vida, principalmente para os jovens, em todo mundo. Nascia, assim, o que ficou conhecido como a filosofia do “*drop-out*” (cair fora), fortemente difundida pelos “hippies”, cujo princípio era “cair fora da família”, “da cidade”, “do racionalismo”, enfim, da

repressão e tentar a vida comunitária, a volta à natureza (PAES 1992). Buscava-se um mundo “alternativo”, que se revela na descrição das práticas adotadas por Sofia e também por outros colaboradores. Apontam, de alguma forma, a influência dessa geração para uma orientação e estilo de vida que tinha como matriz a idéia de pertencimento a um grupo “alternativo”.

O campo da saúde, influenciado pelas idéias difundidas nos movimentos de contracultura, exaltava a reaproximação do homem com a natureza, defendia uma concepção de saúde, que se aproximava das teses da medicina hipocrática com o uso de técnicas que estimulariam as defesas naturais do próprio corpo.

Toda essa mudança de comportamento de alguns grupos da sociedade, a partir da década de 60, contribuiu para uma nova abordagem da saúde, maior aproximação do homem com a natureza e com seu próprio corpo. Essas mudanças expressavam-se na preocupação dos jovens com uma alimentação mais natural, na eliminação do uso de drogas, cigarro e álcool, com a moradia mais próxima do contato com a natureza e também na busca por tratamentos de saúde menos invasivos e com menos efeitos colaterais. Desse modo, denotavam uma forte tendência e interesse por tudo que era “*natural*”: alimentação, ambiente, ou medicina, construindo a apologia ao naturalismo de tal forma, que esta categoria tornou-se um elemento dominante da ideologia dessas práticas (LUPTON 1995) e um princípio unificador e gerador de todas as práticas terapêuticas que, nessa época, foram denominadas “*alternativas*”. Assim, construíram um discurso próprio em torno do mito do “*natural*”. A ênfase dessa proposta tinha a finalidade de conscientizar e encorajar as pessoas à participação e à responsabilidade com a própria saúde rejeitando o poder absoluto do médico (LUPTON 1995).

Outros movimentos sociais favoreceram o (re)surgimento e a expansão dessas práticas no Ocidente, originados da crise no campo da saúde, que culminaram com as propostas de assistência primária de saúde, nos anos 70.

Em seguida, na década de 80, o fenômeno das práticas terapêuticas não-alopáticas torna-se mais expressivo, principalmente, no Ocidente, coincidindo com o auge dos movimentos ecológicos e místico-esotéricos, parecendo existir uma relação entre o florescimento de uma cultura mística e as práticas não-alopáticas. Fenômeno

este, que foi denominado de “a nova ecologia da saúde” (MICOZZI 1998). As questões trazidas no bojo desse fenômeno envolvia a discussão da relação do Homem com o Cosmos, o resgate das tradições orientais, da espiritualidade, do Homem como totalidade, com o florescimento de uma cultura cujo eixo é a idéia de integridade e interação (UNGER 1991).

Foi possível observar que o grupo cultural estudado recebeu influências em diversos níveis desses movimentos, produzidas paulatina e cumulativamente, num contexto de inquietações, dilemas, conflitos pessoais e profissionais emergentes no decorrer do curso de medicina e durante os primeiros anos de exercício profissional assinalando, neste período, o encontro com as medicinas não-alopáticas.

Algumas narrativas evidenciaram a existência de um conflito latente desde o início das experiências acadêmicas entre o que era ensinado e o que se acreditava ser essencial para o desenvolvimento da prática médica. Diante desse conflito, relataram algumas formas encontradas, em espaços institucionais ou não, que atendessem essa necessidade, tais como: a formação de grupos de estudo na própria faculdade, a busca de literatura extracurricular, organização de congressos médicos de homeopatia e antroposofia.

Nessa perspectiva, os grupos de estudos filosóficos, frutos de iniciativa estudantil no meio acadêmico, constituíram-se espaços para outras abordagens terapêuticas que ampliassem a formação médica, conforme expressou Michaela:

Durante o curso eu fui encontrando alguns colegas que tinham esse mesmo anseio. E uma colega, já estudava, desde antes da Faculdade, questões de esoterismo e coordenava um grupo de estudos. Foi a primeira vez que eu tive a consciência de fazer esse tipo de trabalho meditativo. A gente lia uns livros muito ligados com a turma da Teosofia, na Sociedade Teosófica. A gente lia e ia estudando esse lado mais esotérico. Mas a gente sentia que ainda não era isso.

O interesse de alguns colaboradores pelo conhecimento esotérico revela de alguma forma uma necessidade comum a muitos jovens da época pelas ciências ocultas como um caminho encontrado para a busca do sagrado, do mito, do espiritual, da intuição como resgate daquilo que o homem parece ter perdido com a modernidade. Dentre as práticas não-alopáticas, aqui estudadas, é sabido que a medicina antroposófica, idealizada a partir da antroposofia, ciência espiritual do

homem, elaborada por Rudolf Steiner, nasceu a partir do pensamento teosófico, que tinha suas raízes no esoterismo hindu (LANZ 1997).

Modismo ou não, a mobilização das pessoas pelas “ciências ocultas”, religiões orientais e seitas gnósticas que se nutrem de tradições heréticas (Rosacruz, Nova Acropóle, Ordem do Tempo Solar) desencadeou uma onda de *esoteromania* em diversas áreas do conhecimento como denomina QUEIROGA (1991).

A expressão “*fora da escola*”, que aparece nos depoimentos da maioria dos colaboradores, revelou uma busca permanente por opções alternativas quase sempre encontradas fora do mundo acadêmico, como descreveu Sofia:

Acompanhei grupo de estudo de homeopatia, fiz curso de medicina natural e procurava informação fora da escola. Eu buscava com os próprios colegas e professores que já tinham esse interesse e já tinham estudado outros caminhos ou saber fora da escola. Buscava literatura também, lia tudo. Frequentando biblioteca, não a da escola, mais livrarias (...) assim de conhecidos que faziam o tratamento homeopático.

A busca de um saber que está colocado “fora da escola” traduz, historicamente, o lugar de marginalidade das práticas não-alopáticas no campo da saúde, instituído durante muito tempo.

Os grupos ou núcleos de estudos surgiram como possibilidade oportunizar discussões através de temas que acreditavam ser significativos para sua formação. Esses grupos emergentes tiveram um papel importante para a difusão da cultura das práticas terapêuticas não-alopáticas nas instituições de ensino superior e de saúde.

Estes grupos de discussão dedicavam-se à abordagem de conteúdos mais voltados para uma base místico-espiritualista como descreveu Michaela:

Uma coisa que acontecia, era que, na Faculdade, a gente estudava bem pé no chão, bem ali a matéria, fisiologia, a célula, a molécula e no grupo de estudo a gente estudava a coisa do espiritual; sentia que estava faltando uma ponte nisso aí. Ficava essa parte do esoterismo, ao mesmo tempo eu via aquilo no dia-a-dia, mas sentia falta de uma ponte entre essas questões espirituais e o que eu estava estudando na escola.

Em seu estudo sobre o trabalho médico SCHRAIBER (1993) mostrou ser freqüente o estudante construir no interior do currículo formal um currículo pessoal,

que lhe permitisse as qualificações específicas diferenciando-o na prática profissional.

Ainda a partir da fala de Michaela, observa-se que a academia detinha-se no estudo do corpo biológico e da doença, inexistindo a abordagem de temas que remetessem à essência espiritual do Ser Humano.

A Universidade representa o *locus* da racionalidade científica, desconhecendo-se os conteúdos com bases espiritualistas, como por exemplo, a idéia de que o Ser Humano é constituído por um corpo físico, corpo etérico e corpo astral, conforme é concebido pela medicina antroposófica, permanecendo assim, na condição de um conhecimento marginalizado no espaço acadêmico. Estes conteúdos sempre estiveram mais próximos do campo da religião, do misticismo, ou seja, da não-ciência. Historicamente, ciência e misticismo sempre estiveram dissociados (WEBER 1986; CAPRA 1989).

Os colaboradores relataram que depois de concluída a formação profissional, durante o contato com a prática no cotidiano das instituições hospitalares, emergiu o dilema de prosseguir ou não na escolha de uma especialidade médica. Muitas vezes, esse “especialismo” que encontra amplo apoio na sociedade moderna e no complexo médico-industrial, condiciona-os a uma opção prematura por determinada especialidade sustentada por um mercado competitivo, ancorado no mito da eficácia e racionalidade técnica (MACHADO 1997). Para alguns, é nessa fase de indecisão que aflora o conflito e a opção pela medicina não-alopática surgindo em tom de descoberta de algo novo e diverso. Para outros, é no enfrentamento de situações frustrantes com a medicina oficial retratado pela insatisfação na vivência fragmentada e reducionista da prática médica, e pela ausência de uma fundamentação teórico-filosófica que respalde suas intervenções, e que proporcione respostas mais satisfatórias para o cliente. Assim, buscam ampliar a sua formação profissional fundamentada em outros referenciais, como descreve Hahna:

Eu sentia uma insatisfação crescente a nível de trabalho diário. As pessoas melhoravam ou recaíam ou apareciam outras doenças e eu acabava encaminhando para psicologia (...) eu sentia que não era clínico o problema e me sentia limitada na minha prática, eu estava disposta a estudar e queria melhorar a minha formação.

A insatisfação com a medicina oficial foi descrita pela maioria dos profissionais de saúde que se enveredaram pelo caminho das práticas não-alopáticas mesmo em outros cenários culturais. BARROS (1997) em estudo realizado com médicos não-alopatas e outros profissionais de saúde em Campinas mostrou que a trajetória do profissional é, inicialmente, uma opção individual gerada a partir de uma crise, que o leva a uma mudança de percepção. Essa mesma insatisfação e a crise de valores são relatadas também por profissionais não-alopatas de outras culturas (MICOZZI 1998).

Além da insatisfação, a visão reducionista e superficial da prática médica contribuiu para esta busca, conforme ressaltou Tao Yin:

Porque na escola, você pede exame, aí vem os resultados, você lê e fala assim: - “Ah, é isso aí que a pessoa tem, se a glicose está alta, tem diabetes”. Então eu sempre achei isso, muito pouco desafiador, apesar de não ser sempre assim, é bem superficial.

A superficialidade, a que se refere Tao Yin, é comentada por KLEINMAN (1980) ao discutir a tendência simplista de alguns médicos na sua prática clínica. O autor aponta o cientificismo pragmático e o positivismo como tendências que desencorajam a compreensão da doença e do cuidado como inseridos no mundo social e cultural. Esta superficialidade tem a ver ainda, com o deslocamento epistemológico e clínico-da medicina de uma “arte de curar pessoas doentes” para uma “disciplina das doenças” iniciada no Renascimento (LUZ 1988). A perda da dimensão da arte no campo da saúde foi substituída pela utilização excessiva do aparato tecnológico, algumas vezes desnecessário, distanciando o profissional da investigação, do raciocínio clínico, permitindo um espaço cada vez maior para linguagem silenciosa desse aparato.

A medicina perdeu muito da arte de ouvir e concentrou sua atenção na queixa principal do cliente, que nem sempre traduz a natureza real dos problemas de saúde manifestos pelos clientes (LOWN 1997). A “escuta do cliente” e a valorização da linguagem são alguns aspectos que, dentre outros, são extremamente importantes para efeito de diagnóstico nas práticas terapêuticas não-alopáticas. Por exemplo, enquanto a medicina oficial rotula seus clientes segundo a patologia diagnosticada- “diabéticos”, “epiléticos”, “asmáticos”, “aidético”, “esquizofrênico”, o que na visão

de Laing citado por CAPRA (1988) provoca na pessoa um aviltamento de sua condição existencial e legal plena enquanto ser humano, algumas das práticas terapêuticas não-alopáticas buscam a compreensão do processo individual da doença e da pessoa que está com a doença (REMEN 1992).

Enquanto a medicina tradicional chinesa apóia-se em um conhecimento milenar construído a partir das tradições orientais, a medicina ocidental adota uma visão de ciência marcada pela idéia de progresso e de superação do passado. Isto destrói os saberes tradicionais, acentua as tendências dessa última em descartar o antigo, que perdendo o valor diante dos avanços tecnológicos e científicos, considerados pilares do mundo globalizado. Essas considerações estão contidas na fala de Tao Yin:

Porque hoje na medicina fala: Ah, isso faz bem; amanhã não, é isso aqui; depois de amanhã, é isso aqui. Na medicina chinesa isso é o contrário, quanto mais antigo (...) são anos e anos e não muda, a base continua a mesma, a fisiologia continua a mesma, não tem essa estória de dia- a- dia. Acho que é isso mesmo o significado para mim, foi de encontrar alguma resposta, um caminho, assim, alternativo.

Fundamentada nesta fala de Tao Yin, pode-se observar que a valorização das tradições é uma outra referência que pode tornar as práticas não-alopáticas mais desafiadoras, criativas e atraentes para os profissionais que fazem esta opção, comparadas às possibilidades oferecidas pela medicina oficial.

Algumas das idéias centrais da biomedicina são poderosas, mas tornaram-se intelectualmente ultrapassadas, baseadas numa visão reducionista e materialista de saúde e cura. A medicina contemporânea mede a energia do corpo usando eletrocardiografia, eletromiografia com o propósito de diagnóstico mas não interessa a energia com o propósito de cura. Importante destacar que o modelo biomédico não pode explicar todos os fenômenos que ocorrem, como é o caso por exemplo da resposta clínica observada com a homeopatia e a acupuntura. Os sistemas médicos “alternativos” os quais são relativamente antigos em termos da história intelectual humana sempre vem sendo utilizados para descrever, compreender e trabalhar com a mesma realidade de saúde e cura como a biomedicina. Enquanto que a biomedicina utiliza novas tecnologias com idéias

relativamente velhas sobre saúde e cura, os métodos alternativos empregam antigas tecnologias cujas características fundamentais refletem idéias científicas novas, de natureza física e biológica. Enquanto isso, nós podemos entender o conteúdo intelectual subjacente e a história das alternativas como um sistema holístico de pensamento e prática (MICOZZI 1998).

Uma outra colaboradora ressalta ainda uma insatisfação e um conflito crescentes

Eu sempre senti que estava faltando alguma coisa, estava faltando alguma abordagem, o ser humano não se restringia àquilo ali. E eu tive durante o meu curso todo muitos conflitos internos, muitas angústias devido a esta falta que eu sentia de se estar estudando não só aquilo que a Faculdade estava dando, mas algo também que viesse a compor melhor o que eu percebia do ser humano.

(Michaela)

Observei que, para alguns dos profissionais, o conflito emerge a partir dos questionamentos sobre a percepção do Ser Humano pela prática médica oficial, que, por sua vez, está fundamentada no paradigma² cartesiano. Nesse paradigma, vigente a partir da Renascença, a realidade era estabelecida em torno das dualidades matéria/espírito, corpo/mente, o que trouxe repercussões na concepção de organismo humano e de processo saúde-enfermidade (CAPRA 1982, 1988).

A necessidade de se resgatar a essência do humano tem sido esquecida na prática dos profissionais de saúde e foi assinalada deste modo, por uma das colaboradoras:

Eu acho que a pessoa era vista de uma forma muito fria, que faltava uma aproximação maior, cadê o sentimento? Eu sentia que faltava uma abordagem, o que a doença está trazendo para vida dessa pessoa, não é só estar ali diante de uma gastrite e tratar aquela gastrite com medicamentos específicos. Mas ver o que é essa gastrite na vida daquela pessoa, por que essa pessoa desenvolveu uma gastrite? Quem é esse Ser que está aqui na minha frente? O que ele está vivendo que está causando uma gastrite? Eu sentia falta do paciente ser abordado enquanto pessoa, enquanto ser humano e não simplesmente um alguém, um ser que está ali carregando dentro de si uma gastrite.

(Michaela)

² Paradigma será utilizado na perspectiva proposta por Khun na obra “A Estrutura das Revoluções Científicas”.

Permeando as falas anteriores, delineia-se um debate epistemológico em torno do conhecimento que envolve a prática médica oficial e a fundamentação teórica que respalda as práticas não-alopáticas. Como se observa na fala de Michaela o interesse humanitário é, sobretudo, o interesse pela pessoa que está doente, que apesar de ocupar um lugar de destaque no discurso ideológico da medicina, nem sempre é introduzido como valor essencial à prática.

É inegável que medicina oficial vigente tem produzido progressos em muitas áreas, porém distanciada do seu objeto, perdeu a ligação com as bases filosóficas do humanismo, negligenciando reflexões sobre “o que é o Homem e o Ser Humano”, fundamentais no campo das ciências humanas e da saúde (BENNER 1995).

Sabe-se que, ao ingressar nos cursos da área de saúde, os acadêmicos começam a sua formação adquirindo intimidade com o corpo humano através dos laboratórios de anatomia, histologia, dissecando e inspeccionando o corpo, conhecendo-o nas suas estruturas tridimensionais. Nessa perspectiva, o corpo humano é objeto de manipulação constituído como um corpo biológico, inscrito num discurso de objetividade, distinto do corpo que interage com a vida através de respostas emocionais e percepções (LINDENBAUM e LOCK, 1993; FREITAS 1999).

Os aspectos da prática profissional, acima mencionados, corroboraram com as inquietações já expressas pelo grupo pesquisado apontando para a necessidade de uma formação que resgate valores humanísticos presentes na pessoa, como: a intuição, os sentimentos, objetivando a construção de uma prática, no contexto de uma visão psicoespiritual.

A medicina oficial como instituição cultural foi construída, considerando as tensões entre tecnologia e humanismo, ciência e cultura e *naturwissenschaft* (ciências naturais) e *geisteswissenschaft* (ciências do espírito). Quando se discute o que significa ser um bom profissional na área de saúde, emergem temas e valores condensados simbolicamente na dualidade “competência” e “cuidado”. Enquanto a competência é uma qualidade de conhecimentos e está associada com a linguagem das ciências naturais, conhecimento, técnica, o cuidado está vinculado a valores humanitários, atitudes de compaixão e empatia. Ao mesmo tempo em que é cobrada

a competência desses profissionais, espera-se que reunam na sua prática qualidades do cuidado (LINDENBAUM e LOCK 1993).

O adoecer, na concepção de uma das colaboradoras, vai além das explicações mecanicistas-cartesianas e encontra terreno nas medicinas ditas “alternativas” que resgatem essa fundamentação teórico-filosófica esquecida nos currículos, conforme explicita Sofia:

(...) eu já tinha uma sensação de que no processo de doença não bastava ter o micróbio ou uma constituição genética para ter uma doença, eu ficava procurando outras questões, outros processos de adoecimento. Acho que eu busquei esse tempo todo foi um corpo filosófico que sustentasse o atuar médico que a medicina tradicional perdeu. E na medicina antroposófica eu achei isso, esse corpo filosófico que já existiu e que com tantas técnicas e com tanta tecnologia foi se perdendo. E aí é um jeito de resgatar isso.

A partir dessa fala cabem algumas considerações sobre o que significa “esse corpo filosófico” mencionado. Todas as práticas terapêuticas apoiam-se em um referencial teórico-filosófico, seja pautado no materialismo ou no vitalismo. Na fala de Sofia, parece que a medicina oficial é vazia de um corpo filosófico, o que não retrata a realidade dessa ciência fundamentada no cartesianismo, que reforça a dualidade corpo/mente. Enquanto isso, a medicina antroposófica, de base vitalista e holística, é entendida como uma ciência que preconiza a visão do homem como um ser espiritual. Neste sentido, a doença e a cura são processos relacionados às forças etéricas e com isso valorizam-se os processos espirituais do adoecimento, visão com a qual essa colaboradora se identifica.

A medicina oficial é entendida como uma prática simbólica e culturalmente construída (KLEINMAN 1980). Assim, ela constrói pessoas, pacientes, corpos, doença, sendo a educação médica uma experiência que modifica aqueles que fazem opção por essa carreira (GOOD 1994). A forma como a medicina constrói o seu objeto, tendo a doença como eixo norteador do processo formativo, veicula, para os acadêmicos, uma concepção materialista do mundo. Quando os profissionais descreveram suas trajetórias e falaram das lacunas de sua formação, esta inquietação situava-se no questionamento: Como cuidar do outro, desconhecendo o ethos humano? Esse, foi um conflito vivenciado pelos colaboradores que se iniciou concomitantemente à sua formação. Através da

visualização do corpo humano pelo microscópio, este é desnudado para exploração e aprendizado, reforçando a sua compreensão como corpo biológico (GOOD 1994). O acadêmico passa a conhecer cada estrutura anatômica desse corpo, mas falta-lhe entender a sua essência humana, enquanto Ser sujeito. É essa visão, que transcende o corpo biológico, que as práticas não-alopáticas resgatam ao buscar a compreensão do homem na sua dimensão biopsicosócioespiritual.

Percebi na entrevista com Hahna, sua visão de mundo que valoriza a intuição e o lado sensível das revelações, descrevendo um processo gradativo de sensibilização com a medicina não-alopática, além de suas crenças no caráter transcendental de suas vivências:

Aí, surge na minha vida (...) trabalhar com plantas que eram preparados naturalmente (...) eu me senti com uma possibilidade terapêutica na mão, não real, não me satisfiz, não era isso e pensei honestamente, eu acho que a homeopatia entrou em minha vida por outros caminhos. Eu acho que me colocaram na homeopatia. Eu me sinto assim, é uma questão transcendente. É como se eu tivesse encontrado o poço para quem tem muita sede. Durante a minha residência eu li um texto num livro O Ponto de Mutação de F. Capra e esse texto fala de homeopatia. Eu achei esse livro belíssimo, inclusive questionando o efeito do medicamento, se seria um efeito da relação médico- paciente que a consulta homeopática é muito diferenciada e se adviria disso o efeito do tratamento, dessa interação, aquele referencial estava na minha memória. E eu já fazia uma consulta como clínica bem mais demorada, uma psicoclínica, muito superficial, mas já fazia.

Hahna identifica a sua prática com a natureza holística da saúde descrita por Capra, no livro “O Ponto de Mutação”. Nesta perspectiva mais abrangente, a saúde é decorrente da complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana.

Uma experiência com nuances diferentes foi relatada por uma das colaboradoras, que não tinha conhecimentos prévios sobre homeopatia e teve seu interesse despertado para a área a partir de uma vivência pessoal:

Nunca tinha consultado, nem sabia o quê que era, não tinha a menor idéia. Nunca tinha ouvido falar em Hahnemann. Três meses depois eu larguei a residência de anestesiologia e fui para Argentina, para fazer o curso de homeopatia lá. E lá eu vi que era isso mesmo que eu queria.

(Stael)

Além da insatisfação com o mercado de trabalho que levou estes profissionais a criarem outras oportunidades, ressalta-se também o caráter vocacional e o interesse pessoal por essas práticas. Ainda como “pano de fundo” tem-se o fato de que este vem se caracterizando com um novo mercado de trabalho economicamente promissor retroalimentado pela crescente demanda da população por essas práticas. Assim, estes profissionais começam a vislumbrar outros horizontes de significação para sua prática possibilitando-lhes maior satisfação pessoal e profissional.

A noção de *habitus* descrita por BOURDIEU (1987) ajuda a compreender o rito de passagem dos profissionais que optaram pelas práticas não-alopáticas. Como vimos na descrição da singularidade dos colaboradores, há um sistema de “disposições” que os leva a agir, pensar, sentir, perceber, expressas sob a aparência de preferências individuais. Estes aspectos já se constituíam matrizes para estas opções, por exemplo, o gosto pelas práticas de ioga, alimentação natural e a escolha por determinadas leituras: livros de ocultismo e medicina holística.

Na concepção de BOURDIEU (1979) existem grupos sociais que tendem a adotar gêneros culturais não consagrados, como é o caso dos colaboradores desse estudo quando fazem opção profissional pelas práticas terapêuticas não-alopáticas.

Para ROMANO (1987), os grupos sociais são meios simbolicamente estruturados que desenvolvem uma ação pedagógica difusa, ou seja, transmitem na prática o *modus operandi*, sem passar necessariamente pelo nível do discurso. Esse “*modus operandi*”, é que define a “matriz prática”, que são as disposições do *habitus*.

A escolha de uma profissão produz um modo de estruturação do *habitus* que é estruturante, na medida que organiza práticas e representações que podem ser objetivamente reguladas. O *habitus* ordena previamente o seu pensar e o seu agir, na medida que organiza práticas e representações que podem ser objetivamente reguladas (BOURDIEU 1987).

Compartilhando das concepções de BOURDIEU, é possível dizer que a opção dos profissionais pelas práticas não-alopáticas cria uma mudança de referenciais já estruturados a partir do *habitus* profissional incorporado no contato

prática médica oficial e configuram uma nova forma do fazer profissional e do pensar.

4.2.2 A busca da formação em práticas terapêuticas não-alopáticas

A decisão de realizar a formação em homeopatia, medicina antroposófica e em medicina tradicional chinesa foi para todos uma busca pessoal que propiciou reflexão sobre suas vidas pessoais, autoconhecimento e ampliou os horizontes para outras abordagens na prática profissional, conforme relata Hahna:

E o processo foi crescente e assim sedutor e transformador na minha área e na minha vida como um todo.

O conhecimento que fundamenta as práticas terapêuticas não-alopáticas pressupõe a adoção de outros referenciais, como aqueles que estão pautados nas tradições orientais e ainda a manipulação de uma rede de códigos e rituais que operam distintamente dos da medicina oficial.

A formação passou, inicialmente, por um contato com terminologias e uma linguagem diferente daquela que ele estava acostumado no curso de graduação, o que exigiu de muitos uma mudança de atitude interna para aceitação de outra abordagem de saúde. No grupo cultural estudado, a linguagem apareceu com um dos elementos mais significativos de identidade e de definição da cultura das práticas terapêuticas não-alopáticas. Isto foi relatado, especialmente, pela médica que realizou a formação em medicina tradicional chinesa na China. Esta medicina pauta-se nos preceitos simbólicos da filosofia chinesa, onde as palavras, nem sempre são usadas no sentido real. Tomando, como exemplo, uma das leis que orienta a terapêutica da medicina tradicional chinesa- a Lei dos Cinco Elementos- os elementos da natureza madeira, terra, água, fogo tem uma dimensão interpretativa simbólica respaldada pela filosofia taoísta. Nessa visão, a doença é explicada como um processo de desarmonia energética entre o Homem e a Natureza e aparecem assim enunciadas: “*madeira*” destrói “*terra*”, “*terra*” destrói “*água*”.

É compreensível portanto a dificuldade expressa pelos colaboradores para a assimilação dessa linguagem, presente nessa, assim como em outras

concepções teóricas acerca de saúde-enfermidade, cura, que não se coadunavam com o que foi apreendido no curso de graduação, pautado nos marcos teóricos do modelo biomédico.

A formação dos colaboradores iniciou paralelamente ou logo após a conclusão da residência médica. Esta ocorreu através de experiências pessoais, estágios e cursos ministrados externamente às instituições de ensino no âmbito acadêmico, tanto intra como extra estadual fora do Estado, assim como aconteceu com a maioria dos profissionais que se encaminharam para a formação nessas práticas não-alopáticas na década de 80.

Foi relatado que o processo de capacitação do profissional nessas práticas foi resultado de muita disciplina, força de vontade e de alto custo, considerando os gastos financeiros com cursos e viagens.

No Brasil, o conhecimento que fundamenta essas práticas ainda não foi oficialmente introduzido no ensino de graduação dos cursos da área de saúde (LUZ 1987). A maioria quando o faz é de maneira informal ou através de disciplinas optativas, ou cursos de extensão, que não têm o mesmo rigor da sua inserção na grade curricular. É assim, que muitos dos conteúdos das práticas terapêuticas não-alopáticas têm conseguido espaço no âmbito da Universidade, como foi o caso, do curso de medicina tradicional chinesa, com duração de um ano, oferecido pelo Diretório Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFMG, em 1989. É ainda nessa perspectiva, que recentemente criamos na Escola de Enfermagem da UFMG, o Projeto “Cuidar ...Cuidando-se!” que tem como um de seus objetivos implementar no ensino, na extensão e na pesquisa conteúdos sobre as práticas terapêuticas não-alopáticas (FREITAS; CARNEIRO; SOARES; 1998).

Assim, a formação dos profissionais interessados nas práticas não-alopáticas tem sido responsabilidade das associações de classe e de outras entidades representativas. Algumas dessas associações ministram cursos só para médicos e outras abrangem profissionais de áreas diversas, como é o caso da medicina tradicional chinesa. Como se pode perceber, esta área tem avançado muito no Brasil, criando uma luta de poder e uma disputa de mercado, dividindo as escolas que ministram a formação em medicina tradicional chinesa em facções, entre aquelas que ministram cursos para médicos e as demais.

No tocante à homeopatia, anteriormente por questões políticas e ideológicas, esta era uma prática rejeitada na academia; sendo na atualidade parte integrante do currículo de algumas instituições de ensino superior da área de saúde (CARVALHO 1988; GIANSELLA 1997).

É bom ressaltar que a homeopatia só foi reconhecida como especialidade médica no Brasil no início da década de 80 e os cursos de formação só foram oficializados após essa data. Assim, nessa época, aqueles profissionais que buscaram a formação em homeopatia o fizeram, primeiramente, através de um processo autodidata, já que não existiam cursos disponíveis em Belo Horizonte e eram escassos os referenciais bibliográficos. Pode-se perceber tal situação na fala de Sammuel:

Não tinha curso, não tinha certificado, não tinha nada. Em 1985, o curso ainda não era reconhecido. E eu fui tocando, estudando muito. Então, minha formação foi muito autodidata. A gente não tinha livro, comprava xerox de livro do Rio de Janeiro. Era uma dificuldade. As coisas mudaram de dez anos para cá .

Atualmente, alguns cursos de medicina já incluem a homeopatia na grade curricular, como disciplina optativa, como é o caso da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro e outras. Mas apesar dos avanços ocorridos com o ensino da homeopatia no âmbito acadêmico, observa-se que este ainda não foi consubstanciado em cursos regulares na grade curricular (GIANSELLA 1997).

Fundamentada em alguns relatos, constatei que a formação em práticas terapêuticas não-alopáticas levou alguns dos colaboradores a submeterem-se a um processo de iniciação como forma de conhecer e compreender o arcabouço teórico-prático sustentado pelas mesmas. Por exemplo, para aqueles que optaram pela homeopatia foi essencial um processo de vivência pessoal com experimentação do medicamento homeopático em si próprios, um dos preceitos descritos por Hahnemann no homem sadio - mais conhecido como experimentação patogenésica ou patogenesia. Mediante essa prática, a formação reverteu-se em processo de autoconhecimento e foi assim vivenciada por um dos sujeitos:

Nesse grupo, eu faço patogenesia, experimento remédios, esse mês eu tomei um remédio e estou sob efeitos desse remédio (...) a gente toma todo mês, essa é a base da homeopatia, experimentação

patogenésica. Ou seja, você experimenta em você mesma. Você vai saber usar este remédio melhor do que qualquer um, porque é aquilo que você tem certeza de que o remédio cura. É um dos princípios da experimentação, você anota os sintomas e você vai medicar conforme esses sintomas. Ontem eu já tive a felicidade de prescrever o remédio que estou experimentando e que eu não conhecia esse remédio, e que ela teve uns treze sintomas parecidos com os que eu tive e eu estou curiosíssima para ver como vai ser a evolução, porque Hahnemann diz que você nunca vai esquecer o que você sentiu.

(Hahna)

A experimentação patogenésica, além de ser um ritual que integra a formação de alguns médicos homeopatas é também um processo de educação continuada. Segundo HAHNEMANN (1996) a experimentação de medicamentos é o melhor caminho para conhecer quais as alterações, sintomas e sinais da influência que cada medicamento produz no estado físico e mental das pessoas, considerando que toda potência curativa dos mesmos reside no seu poder de alterar o estado de saúde do Homem.

Por outro lado, a formação em medicina antroposófica e em medicina tradicional chinesa não exige que o interessado se submeta a práticas dessa natureza, mas muitos o fazem buscando o autoconhecimento e experimentando algumas das práticas, como a massagem rítmica e a acupuntura, utilizando-as antes ou depois de iniciar o curso.

O processo de educação continuada tem um relevante papel no contexto da prática desses profissionais como relata uma das colaboradoras, ao término do curso de homeopatia:

Continuei freqüentando as aulas do curso e já entrei na docência. O que implica isso? É um contato diário lá no Instituto, trabalho de preparação de ateneus (...) aí eu senti como eu preciso deste grupo. (...) Sinto que cada vez eu me qualifico mais. Estudo mais e minha vivência no consultório é mais qualificada. Eu preciso deste estudo continuado e agradeço de ter este grupo para estar freqüentando.

(Hahna)

Tao Yin viveu uma experiência diferente dos outros integrantes do grupo. Ela optou pela formação em medicina tradicional chinesa, na Academia de Medicina

Chinesa em Beijing, na China, onde permaneceu dois anos, com uma bolsa de estudos da CAPES. Diante disso, sua formação foi enriquecida com a convivência neste contexto cultural, onde ela teve oportunidade não só de observar a prática da medicina chinesa em hospitais, com também de aprender um pouco dos costumes do povo, da língua, compreendendo melhor os efeitos da existência de duas racionalidades médicas diferentes, a medicina tradicional chinesa e a medicina ocidental num mesmo contexto cultural. Ela assinala:

A experiência que você vai ganhando é enorme foi muito boa. Eles têm um consultório no hospital, com umas dez macas, a pessoa escolhe o médico que ela quer tratar, a cada vinte minutos você trata umas dez pessoas. Você não tem que pagar nada, em cada horário são feitas quinze primeiras consultas. Aí põe a agulha naquele pessoal todo, marca o tempo, aí tira de todo mundo e chamam outros.

Tem sido uma tônica na formação em medicina tradicional chinesa a busca da complementação do conhecimento no país de origem, a China, o que além de ser um modismo parece conferir maior *status* ao profissional que assim procede ao obter o certificado de universidades e instituições orientais. Apesar desse investimento, os profissionais ainda não encontram, nos nossos serviços públicos, as condições propícias ao desenvolvimento dessa medicina com a mesma integração entre os princípios filosóficos e a prática.

Os colaboradores argumentam que a decisão de realizar o concurso público foi precedida de muitas dúvidas e questionamentos tanto para aqueles que já possuíam uma prática de consultório com êxito no setor privado como para os demais. Os salários ofertados eram baixos e as condições de trabalho pouco atrativas. A responsabilidade de contribuir para a efetivação do Programa na rede pública foi um dos aspectos ponderados na tomada de decisão como demonstra Hahna:

Tem uma responsabilidade com o ingresso da homeopatia, antroposofia, acupuntura, no centro de saúde, você sendo a pessoa que nesse momento está habilitada a ingressar é uma responsabilidade nisso também, (...) eu vinha com muita sede ao pote de fazer muita coisa.

Alguns médicos revelaram que só aceitaram realizar o concurso porque foram insistentemente convidados pelos seus colegas que já atuavam como homeopatas na rede pública. A aquiescência ao convite só ocorreu porque percebiam que o Brasil não era só o “*mundinho de consultório*” como alguns estavam acostumados, como relata Sofia:

Teve um primeiro concurso público que eu não fiz porque não tinha tempo, porque eu já trabalhava muito e não tinha interesse. E aí teve um segundo concurso público, eu fui novamente convidada e aí não resisti. Nisso eu já tinha uma vivência de consultório, e sempre tive isso na minha formação, por exemplo, o Brasil não é esse mundinho de consultório.

(Sofia)

Sem dúvida, para aqueles que estavam acostumados com uma prática de consultório ingressar nos serviços de saúde da rede pública exigiria assumir novos papéis, dentre eles, exercitar o compromisso de cidadania e o desafio da necessidade de divulgação da medicina antroposófica para uma população carente. Diante de outras experiências vivenciadas por outros cidadãos foram condicionantes da decisão para uma das colaboradoras:

Ao mesmo tempo, teve uma vontade, eu acredito nisso, isso é possível em qualquer lugar, em qualquer nível social, intelectual e filosófico. É essa coisa de ser brasileira e o Brasil é isso. Aí eu via na televisão aquelas doninhas falando assim: -“Ah, porque eu ando dez quilômetros todos os dias e atravesso a ponte, para alfabetizar esses meninos.” Eu ficava completamente emocionada com aquilo e falava assim: -“Gente, eu não faço isso”.

(Sofia)

Todavia para outros que tinham concluído a formação específica e tinham apenas a prática privada, o concurso surgiu como uma oportunidade frente às profundas transformações do mercado e das condições de trabalho com a redução da atividade liberal, como descreve Stael:

Eu fiz o concurso foi por uma necessidade mesmo de ter um emprego com garantia, batalhei bastante, estudei muito, tinha um interesse muito grande em passar.

Apesar do caráter inovador desse concurso, muitas dificuldades foram relatadas dentre elas a burocracia e a lentidão administrativa do serviço público no processo de contratação. O concurso foi prestado em 1994 e eles só foram chamados dois anos após, em 1996, depois da mobilização de uma das médicas concursadas e de intervenção política. A realização de concurso na rede pública para médico generalista com formação em antroposofia foi destacada pelos entrevistados como um fato histórico. Até então, isto não acontecia nem mesmo em outros países da Europa, onde a medicina antroposófica já era reconhecida e os médicos eram credenciados no sistema de seguridade social, sendo o sistema público. Esse acontecimento teve repercussões diferentes entre os profissionais da área. Constituiu-se em inquietação devido aos pressupostos defendidos pela medicina antroposófica e assim se manifestaram com o acontecido:

Foi muito interessante a gente ver a resposta das pessoas, uns com muita emoção de ver isso acontecendo, outros com uma certa indiferença e alguns muito preocupados. Como é que vai ser a medicina antroposófica no serviço público? Eu confesso que não me ative a essa preocupação. Talvez por sempre ter trabalhado em serviço público então eu já tinha uma noção do que se passa e por outro lado, também a antroposofia já estava muito na minha alma.

(Michaela)

A preocupação existente por parte de alguns com a inserção da medicina antroposófica no serviço público procede, considerando o contexto cultural em que ela foi criada. A medicina antroposófica nasceu, na Europa, mais voltada para aqueles que buscavam o autoconhecimento com enfoque na individualidade. Sob este prisma constituiu-se nessa época em uma medicina destinada a classes sociais privilegiadas. A abordagem antroposófica enfocando o coletivo ocorreu, mais tarde, com a ampliação da antroposofia para outras áreas de conhecimento, como: a psicologia, a enfermagem, a terapia artística, a pedagogia, a economia (BOTT 1991; LANZ 1997).

Ainda para os médicos antroposóficos recém-chegados ao serviço público associava-se o receio de como seria levar para uma população carente uma prática embasada em outra cultura; sendo perceptiva nesta fala:

Mas como é que seria trazer essas questões filosóficas para uma população de outro nível? Na medicina antroposófica tem as sessões pedagógicas, filosóficas, avaliação biográfica, de alimentação, de hábitos de vida. A antroposofia é alemã, é do outro lado do mundo, num outro hemisfério, uma outra cultura, de uma outra realidade. Como que é trazer isso para o lado de cá? Ao mesmo tempo, teve uma vontade, eu acredito nisso, isso é possível em qualquer lugar, nível social, intelectual e filosófico. Então eu não sabia muito como é que era para um pessoal de nível mais simples, desconectado de sua cultura.

(Sofia)

Reportando-me à concepção das práticas não-alopáticas como sistemas socioculturais, é interessante lembrar dos processos de aculturação e transculturação que práticas terapêuticas sofrem ao serem assimiladas em outras culturas. Um exemplo, é a medicina tradicional chinesa que, ao ser incorporada no ocidente, perdeu parte de seus rituais e passou a adotar mais a acupuntura como uma técnica, destituída de todo o seu referencial filosófico descrito na teoria dos cinco elementos. O debate que se coloca é em relação ao domínio do que é universal e o que é específico no domínio dessas práticas, separando o que pode ser generalizado como processos clínicos universais (KLEINMAN 1980, 1995).

Outras dúvidas surgiram para os profissionais, nessa fase inicial de implantação, associadas as formas de compreensão do referencial teórico-filosófico que envolve essas práticas, conforme explicita:

Como a população pode entender a concepção do tratamento sem precisar falar de corpo étérico? Então tem esse lado, de ver o que é possível. Então isso vai ser falado de um outro jeito, não precisa falar de corpo astral, de corpo etérico, tem um jeito de você falar disso. Deixa as pessoas resgatarem essas coisas.

(Michaela)

4.3. As práticas terapêuticas não-alopáticas como uma cultura emergente no serviço público de saúde

Nas unidades básicas de saúde as racionalidades médicas alternativas vão encontrando seu espaço e deixando marcas de uma cultura, que emerge com valores e crenças sobre a saúde pautados não apenas como uma desarmonia pessoal, mas também social e do ecossistema (CAPRA 1988).

4.3.1. A Inserção dos Profissionais nos Centros de Saúde

A implantação do Programa nos Distritos Sanitários dependeu inicialmente da vontade política dos diretores e dos gerentes que resolveram assumi-lo inclusive abrindo mão da contratação de ginecologista, ou de psicólogo e negociando a contratação dos homeopatas e dos demais especialistas. Em alguns distritos, ele não foi implantado devido a falta de profissionais com especialidades nas áreas propostas.

A inserção dos médicos não-alopatas nos centros de saúde foi marcada por diferentes reações: aceitação, estranhamento, resistência, desconhecimento e preconceitos, envolvendo desde a participação do(a) gerente, como dos demais profissionais do serviço e usuários. Aqueles que não tinham experiência no serviço público tiveram que aprender a ser médico nessa realidade, sofrendo um processo de endoculturação (SPRADLEY 1980).

Os gerentes tiveram um papel político fundamental neste processo de inserção das práticas não-alopáticas nos centros de saúde. Foram eles, que num primeiro momento, apostando em algo novo e, para alguns, até desconhecido, abriram ou fecharam as portas do centro de saúde para receber a medicina antroposófica, a medicina tradicional chinesa e a medicina homeopática.

O processo introdutório desses profissionais nos centros de saúde foi vivenciado de forma diferente, onde já existiam pessoas sensibilizadas para as abordagens terapêuticas referidas.

Além da experiência anterior com a homeopatia, percebi que a gerente do Centro de Saúde Vitória Régia já estava sensibilizada para as abordagens

terapêuticas defendidas pelas práticas não-alopáticas, quando referia-se a sua concepção de saúde e doença, e defendendo o Programa como uma proposta para ser ampliada no âmbito da saúde pública. Este fato parece ter sido um dos determinantes que impulsionou a dinamização das referidas práticas no centro de saúde onde ela atuava. Este serviço além de acolher a homeopatia, a medicina antroposófica, e a medicina tradicional chinesa implantou temporariamente aulas de ioga para seus usuários.

Em outro centro de saúde, onde a gerente já tinha experimentado com sucesso a homeopatia no seu filho, ela viu surgir esta oportunidade para o serviço e mencionou que não teve dúvida em solicitar os profissionais, negociando vagas com o diretor do DISAB, mesmo com medo da população não interessar. Ela assim se expressava:

Eu acreditava nisso, eu queria colocar claro, eu acredito que inclusive esta é grande saída para a questão saúde, não é no viés da alopátia.

Mais tarde, esta mesma gerente assumiu a Coordenação de Atenção à Saúde do DISAB e comprometeu-se com os profissionais das práticas não-alopáticas de estar ampliando a discussão sobre o Programa no Distrito, criando em 1998 o Grupo Técnico das Práticas Não-Alopáticas do DISAB. Este grupo vem se constituindo como uma referência dentro do Programa no âmbito da SMSA/BH, propondo discussões e projetos voltados para as práticas não-alopáticas.

Em outros centros de saúde, houve a preocupação em apresentar o Programa através de um processo de sensibilização, fato que parece ter marcado favoravelmente a inserção destes profissionais no serviço público. Por exemplo, no Centro de Saúde Vitória Régia, onde realizei minhas observações, foi organizado o “Seminário de Sintomas”, onde cada especialidade médica apresentava e discutia as diferentes concepções e formas de interpretações dos sintomas a partir das diferentes racionalidades terapêuticas, como descreveu uma das colaboradoras:

Eu acho que mais marcante mesmo foi o papel da [gerente] quando eu vim para cá, não teve essa apresentação por equipe do que era a acupuntura, como que tratava, porque o pessoal não sabe. Tive que explicar um a um mesmo, falando o que era, aquela discussão de corredor. A gente tinha muito espaço nas reuniões, como que era a

visão da medicina chinesa, na homeopatia, tinha estudo de casos, da pediatria, da psiquiatria. E nós fizemos também um seminário sobre sintomas [refere-se ao Centro de Saúde Vitória Régia, onde atuou anteriormente].

(Tao Yin)

A inserção dos profissionais nos serviços foi diferenciada e para a maioria não houve nenhum programa de integração somando a isso a falta de informação prévia sobre rotinas, como descreve uma das colaboradoras:

Você é jogada no serviço e você acaba trabalhando do jeito que você entende. Por exemplo, eu cheguei aqui no Posto, ninguém nem sabia que ia ter homeopatia aqui. Então, eu acho que ainda falta uma diretriz do serviço explicando melhor como eles querem que funcione (...) de repente te cobra porque você não fez do jeito que deveria ter sido feito.

(Stael)

Em contrapartida, apesar das dificuldades relatadas por alguns na fase inicial de implantação do Programa, Hahna avalia a sua experiência como positiva:

A minha vivência com a homeopatia veio depois do meu ingresso aqui na Prefeitura no centro de saúde, daí é que eu senti a exuberância da homeopatia na prática e do meu crescimento pessoal .

O desconhecimento sobre as práticas não-alopáticas foi uma primeira dificuldade a ser enfrentada pelo grupo pesquisado incluindo os gerentes, demais profissionais do centro de saúde e também os usuários. Este desconhecimento abrangia a falta de informação acerca dos conceitos até as abordagens terapêuticas. Os outros médicos, por exemplo, tinham dificuldade em entender o tempo maior de consulta exigido para abordagem do cliente no espaço do centro de saúde.

A representação tanto de usuários como de alguns profissionais de saúde era de associação da homeopatia com tratamento “natural”, da medicina tradicional chinesa com agulhas, não obstante a medicina antroposófica ocupou o lugar desconhecido o que repercutiu no processo de implantação desta nos serviços.

Frente a este desconhecimento, como surgiria a demanda? Como apresentar essas práticas à população e organizar o atendimento? Estas indagações tiveram de ser imediatamente sanadas pelas gerentes dos serviços, exigindo dos profissionais criatividade para superação dessas dificuldades iniciais.

O desconhecimento repercutiu de tal forma que, na fase inicial de implantação e divulgação do Programa junto à comunidade e Comissão Local de Saúde do DISAB, surgiu a demanda de agentes informais da comunidade e terapeutas, que já possuíam uma prática junto à população, buscando orientação sobre a possibilidade da sua inserção formal no serviço público de saúde, na área de fitoterapia, do-in, massagem e outros tipos de práticas terapêuticas. Este evento denota a confusão reinante na área das práticas não-alopáticas. Ao mesmo tempo, mostra a compreensão que a população tem das mesmas, não distinguindo as práticas médicas das não-médicas. Assim, o momento foi propício para esclarecer à população e orientá-la sobre o Programa que estava sendo implantado nos diferentes centros de saúde, enfocando a concepção dessas práticas como especialidades médicas. Neste sentido, foram promovidos, por alguns centros de saúde, encontros com a comunidade, funcionários e usuários nos conselhos locais de saúde para apresentação dessas práticas à população.

Até hoje, depois de cinco anos que o Programa foi implantado acredita-se que ainda falta clareza sobre o que são as práticas não-alopáticas, conforme expressa uma das colaboradoras:

Eu acho que o próprio serviço implantou, mas não tem uma idéia do que é, eu acho que nem as próprias pessoas do serviço não sabiam direito como que é isso, essa outra visão da medicina, eles não têm muita idéia, eu acho que o jeito seria informar mais, ter mais espaço para falar sobre isso.

(Tao Yin)

Dentre as reações observadas por parte dos funcionários do serviço em relação às práticas não-alopáticas, evidencia-se, um olhar de estranhamento, quanto à chegada do profissional de medicina antroposófica.

Então chega algo novo e desconhecido e bastante desconhecido, porque a homeopatia todo mundo já ouviu dizer. A antroposofia além de ser foneticamente mais complexo é realmente muito

complexa. Então, quando as pessoas se aproximam e perguntam o que é antroposofia é muito difícil responder isso em poucas frases.

Em conversas com outros médicos antroposóficos, percebi a mesma dificuldade. Eles reforçaram o desconhecimento em torno da medicina antroposófica e que a sua inclusão no SUS é uma grande conquista, que precisa ser ampliada.

A chegada dos profissionais não garantiram de imediato o seu espaço. Em um dos centros de saúde disse a gerente, em relação à médica antroposófica: *“ela ficou como se fosse ajudando a pediatra na unidade”*. Esta situação contribuiu para a insatisfação da profissional, que foi contratada para assumir o atendimento na área de medicina antroposófica. Acredita-se, que o desconhecimento dessa medicina no nível dos serviços contribuiu para que situações como essa acontecessem e repercutissem na incorporação dessa prática. A medicina antroposófica foi indicada para aqueles usuários que desejavam ou necessitavam de um tratamento diferente. Foi assim que esta medicina foi apresentada no acolhimento aos usuários que não a conheciam, gerando uma intervenção de cada profissional junto à clientela:

(...) eu cheguei aqui trazendo um pouco de conceito para os auxiliares de enfermagem, para os outros profissionais, falei um pouco o que era esse corpo filosófico, porque a gente não olhava só as doenças do corpo físico que tinha as outras questões, de comportamento, de hábito, de temperamento. E baseado nisso as pessoas iam encaminhar para mim, no acolhimento, se sua queixa era mais psíquica, mais mental, problema na escola, eles iam encaminhar para mim.

(Sofia)

Observa-se também um componente simbólico importante para a compreensão dessa cultura, que se refere à cristalização da prática médica, voltado estritamente ao modelo biomédico, conforme está relatado:

Falei então que eu era a médica antroposófica e nesse momento eu senti todos os olhares de absoluta curiosidade, como se eu fosse um ET. Que que é isso que essa moça faz? Então, foi um momento muito interessante porque houve um “ohhhhh”, uma coisa assim (...). Quando eu fui para o acolhimento eu notei novamente a turma das auxiliares me olhando assim “- O que ela vai fazer no acolhimento.” (...) elas ficaram extremamente surpresas de verem que a tal médica antroposófica atendia, auscultava, sabia o que era pneumonia, lia eletro e elas ficaram muito surpresas com isso. E

foi muito bom a entrada dessa forma porque elas puderam ver que o médico antroposófico era um médico.

(Michaela)

Como representantes da medicina oficial, alguns médicos clínicos demonstraram desde reações de desconhecimento, indiferença, até uma resistência implícita, expressas desde o início pelas diferenças de atendimento que as práticas não-alopáticas impunham no serviço, como por exemplo um menor quantitativo de consultas, que até hoje é alvo de incômodo para muitos profissionais. Neste sentido uma das médicas relata:

Aí eu me colocava sempre com essa idéia de apresentar a homeopatia, porque precisava de uma hora, explicando como era a consulta, quais os parâmetros que levava em consideração, que não poderia ser feito em pouco tempo porque sacrificaria a técnica, a essência do procedimento.

(Hanna)

Apresentar a homeopatia, a medicina antroposófica e também a medicina chinesa foi a tônica inicial dos médicos para os usuários e os demais profissionais do centro de saúde falando dos seus pressupostos teóricos e da clínica.

O acolhimento, ato de escuta de todos usuários que chegam ao centro de saúde, é a porta de entrada de quase toda a clientela que é atendida nos centros de saúde, não sendo diferente para os usuários das práticas terapêuticas não-alopatas (Anexo 6).

Os primeiros atendimentos aconteceram a partir da demanda criada pelos próprios auxiliares de enfermagem e demais funcionários, que indicaram parentes e pessoas da comunidade. Depois surgiu do contato com o usuário, nos grupos de hipertensos, diabéticos, quando o enfermeiro e a nutricionista convidavam os médicos não-alopatas para divulgar suas práticas expondo seus pressupostos aos usuários e funcionários do serviço:

Até o [enfermeiro] sendo uma pessoa aberta começou a encaminhar muitos pacientes para consultar a partir do grupo e depois os próprios pacientes trouxeram os parentes, médicos que estão chegando, psicólogos que agora estão encaminhando aqueles pacientes que tiraram os remédios, os psiquiatras, aqui do próprio centro de saúde. A [psiquiatra] tem alguns colegas homeopatas ela encaminha alguns clientes e aí o diagnóstico psiquiátrico quase que

mudou não é bem psicose talvez uma neurose. Pacientes de outras unidades que os médicos encaminham ou colegas médicos que estão fazendo curso de homeopatia e trabalham na rede pública.

(Hahna)

Outros encaminhamentos aconteceram a partir de indicações dos próprios funcionários simpatizantes das práticas que já tinham experiências bem sucedidas;

A [ex-gerente] já tratava o filho com homeopatia, então já tinha idéia do tratamento, através dela chegaram pessoas para consultar, os funcionários, parentes, amigos, ou os próprios funcionários pediam para marcar se podiam tratar os filhos.

Chamou-me atenção em um dos centros de saúde a orientação diferenciada de uma auxiliar de enfermagem no acolhimento aos usuários que buscavam consulta para a acupuntura. Ao abordar o cliente, ela explicava: *“a acupuntura mexe com os centros energéticos e utiliza pontos que passam as energias do corpo e se encontram através de chakras”*. Os clientes sempre perguntavam o que era chakra e ela continuava o diálogo falando em desbloqueio de energia. Esta foi a única auxiliar de enfermagem das entrevistadas, que demonstrou clareza e conhecimento sobre as práticas não-alopáticas para orientar a população, facilitando o encaminhamento do usuário. Depois conversando com a mesma que praticava reiki³ e fazia cursos de aromaterapia, o seu envolvimento ao orientar.

A própria clientela foi responsável pelo aumento natural da demanda na medida que os resultados começaram a aparecer. Aos poucos a grande maioria das primeiras consultas são indicadas por pacientes.

No início, em um dos centros de saúde, a implantação das práticas coincidiu com a ausência de clínico na unidade e o homeopata acabou ocupando este espaço. Em outro serviço, o clínico foi remanejado para a homeopatia e o serviço ficou um tempo sem clínico. Nessa situação, a demanda foi inicialmente de pessoas que já faziam tratamento com o próprio médico, como clínico e fizeram uma opção pela homeopatia, como ele mesmo descreve:

Para as pessoas que já vinham tomando outro remédio, eu explicava, como seria o tratamento com a homeopatia e colocava a

³Técnica de imposição de mãos nos centros energéticos do corpo com finalidade terapêutica.

opção para elas de continuar o tratamento comigo mediante o uso de remédios homeopáticos, ou se preferirem eu encaminharia para um outro clínico para continuarem tratando com a medicina alopática. Só muito tempo depois, quando já estava mais divulgado na região sobre a existência de um médico homeopata foi que começou a chegar paciente encaminhado: - “ah, minha vizinha falou que aqui tem um homeopata, eu sempre gostei, então eu quero consultar com homeopatia”. Os primeiros continuaram a ser aqueles que vinham no posto só para consultar. Então era assim: -“ Olha fulano, eu queria fazer uma consulta, eu estou passando mal.” [A auxiliar respondeu:] “Olha, tem um homeopata e um clínico, o clínico não tem vaga e o homeopata tem”. [A cliente respondia:] – “Então pode ser homeopata” ou então, -“não tem para homeopata”, “oh, pode ser clínico”. Era mais ou menos assim, era o que tinha para oferecer na hora. Era uma demanda espontânea.

(Sammuel)

Inicialmente, os usuários não faziam a distinção entre o atendimento proposto pelo Programa, e os outros já existentes no serviço, conforme expressa:

O que eu notei é que a maioria das pessoas que vinha queriam era consulta se fosse clínico consultava com o clínico, se fosse homeopata, consultava com o homeopata. Então não houve uma preferência, só muito depois é que começaram a vir pessoas procurando especificamente homeopatia.

(Sammuel)

Hoje a proporção de usuários é nitidamente maior daqueles que já sabem que os remédios são diferentes e tem que comprar o remédios. Estes estão vindo mais conscientemente, como relata uma das colaboradoras:

A minha agenda hoje é 90% encaminhada por outros pacientes. Uma pessoa que veio gostou e fez propaganda e eu estou perguntando todo mundo quem que indicou e na maioria é outro paciente. Não tem tanto encaminhamento de colegas do serviço.

(Stael)

Segundo a avaliação do próprio grupo de colaboradores e gerentes de serviço, o atendimento à clientela foi consolidado em dois momentos: no primeiro, as práticas não-alopáticas em alguns centros de saúde ficaram como uma possibilidade de tratamento efetivo à demanda reprimida e não, enquanto alternativa medicina oficial. Já num segundo momento as práticas não-alopáticas passaram a ser uma opção alternativa ou complementar da clientela por este tipo de tratamento.

Observei que são mais expressivos o número de encaminhamentos externos do que internos ao serviço, inclusive no Centro de Saúde Vitória Régia encontrei pessoas aguardando consultas, procedentes do interior e cidades circunvizinhas, como Ibitité e Betim. Atualmente o atendimento do usuário está organizado através do acolhimento (Anexo 5). Os encaminhamentos internos acontecem mais por parte da enfermagem, dos profissionais de saúde mental e do serviço social.

O baixo índice de encaminhamentos de médicos clínicos dentro do próprio serviço parece indicar que existe pouco diálogo da medicina oficial com os médicos não-alopatas. Mesmo com o conhecimento, tanto dos clínicos como dos médicos homeopatas e antroposóficos, a clientela, em muitos casos, está empregando no tratamento ambas as práticas médicas. Esta situação foi confirmada pelos próprios médicos das práticas não-alopáticas e nas entrevistas com pediatras, e clínicos, como mostra essa entrevista com um dos clínicos que atua no serviço público há mais de sete anos:

A gente encaminha normalmente para o guichê, agora eu percebo que neste estágio atual de atendimento é difícil, entrar no serviço da medicina não-alopática. É um acesso mais difícil atualmente, mais difícil do que entrar na, clínica médica, pediatria. A dificuldade é que elas atendem um n.º menor de pacientes, o tempo de consulta é maior e o n.º de primeiras consultas é pequeno seria uma ou duas por dia e quase não tem desistência.

Diante do exposto, observei que a inserção dos profissionais das práticas não-alopáticas nos centros de saúde ocorreu sem uma discussão prévia nos serviços sobre o que era o Programa, e o seu significado no contexto local dos centros de saúde que operavam com a lógica dos modelos assistenciais regidos pela medicina oficial. Esta falta de sensibilização tanto da população, como dos demais profissionais de saúde até hoje tem tido repercussões no nível local, relatada pela dificuldade de muitos em compreenderem os pressupostos teórico-filosóficos que embasam as práticas não-alopáticas, como será melhor explicitado abaixo.

4.3.2 A dimensão organizativa do serviço: um enfoque necessário para a inserção das práticas não-alopáticas nos centros de saúde.

A implantação das práticas não-alopáticas nos centros de saúde impôs a necessidade de adequação administrativa respaldada em diretrizes estabelecidas pelo nível central, exigindo a organização do serviço em diferentes áreas: espaço físico, atendimento, sistema de informação, composição de agenda, área de abrangência e divulgação junto aos profissionais e clientela. Tudo isto foi feito através de soluções criativas dos gerentes de serviço que determinaram uma articulação do Programa com os demais serviços existentes no centro de saúde.

Este início foi marcado por questionamentos por parte dos clínicos, representantes da medicina alopática através de comparações relativas ao quantitativo de atendimentos realizados por eles e pelos profissionais das práticas não-alopáticas, conforme descreve Hahna:

(...) quando cheguei já havia isso de serem seis ou sete consultas, duas primeiras consultas, quatro retornos, essa organização já partiu da unidade central, a partir de um parecer do Ministério da Saúde. (...) já havia um papel a ser encaminhado para o Distrito de como seria essa implantação, agenda. E o [médico clínico] que já era clínico no mesmo horário de cara falou sobre essa história de ser uma hora de consulta, como que é isso. Ele atende treze em quatro horas e (...) Aí eu me colocava sempre com essa idéia de apresentar a homeopatia, explicando como era a consulta, quais os parâmetros que levava em consideração, que não poderia ser feito em pouco tempo porque sacrificaria a técnica, a indicação e a essência do procedimento dentro de divulgar mesmo como a coisa era feita.

O espaço físico é vital na intervenção terapêutica das práticas não-alopáticas, entretanto este não tem se constituído em objeto de preocupação em alguns centros de saúde, o que pode ser depreendido nas estratégias de improvisação, o que está relatado abaixo:

Esse aqui não era para consultório é sala de coleta pela manhã, por isso que eu chego mais tarde, para terminar a coleta, aí eles arrumam e eu começo a atender. Lá no outro centro de saúde era a mesma coisa, você viu o consultório que a gente atendia. O consultório era péssimo. Então, para mim que faz acupuntura e tem

que andar em volta da maca, ficava trombando lá com os pacientes e do lado tinha o compressor da odontologia. A pessoa vai ficar lá, a intenção é que ela fique tranqüila, repouse, e com aquele barulhão do lado, também não combina. Aqui, acho, vai começar com esses problemas, porque a odontologia vai começar a funcionar e o compressor é aqui, isso vai ser dificuldade ainda, que eu já estou prevendo.

(Tao Yin)

Na medicina antroposófica, o ambiente é descrito como um importante agente, interferindo no processo de cura. A desarmonização do ambiente pode levar ao aparecimento de enfermidades. Neste sentido, a tentativa de promover mudanças no ambiente foram de iniciativa pessoal, como descreve Michaela:

No início tentava trazer um olhar antroposófico para o espaço aqui[do centro de saúde] Era uma sala muito pequena, deve ter uns três metros por dois e meio, um espaço quase absurdo. A disposição dos móveis não permitia que o paciente viesse acompanhado, não cabia sentado. E depois eu fui mudando a disposição dos móveis, antes disso, além de tudo é muito escuro aqui e as paredes eram pintadas num tom de cinza, a sala muito fria, não ventila e ainda de cinza era horrível. Aí eu arranjei uma tinta conversei com o faxineiro do posto e ele topou pintar aí eu trouxe a tinta e ele pintou o consultório, o que já melhorou muito o aspecto porque imagina esse cubículo aqui cinza. Outra coisa na tentativa de humanizar esse espaço mudei tudo, quando cheguei aqui estava uma bagunça, tudo sujo, um odor pra lá de fétido. No primeiro dia eu comecei o atendimento com quase duas horas de atraso, porque não conseguiria atender naquela bagunça, naquela sujeira. Eu busco trazer aonde eu passo esse senso de respeito comigo mesmo e com o paciente de estar num ambiente mais agradável, limpo e digno de se sentar para duas pessoas conversarem de um assunto muito importante que é a vida. Então a gente vê que tem uma diferença do trabalho quando a gente começa a tentar modificar o ambiente físico.

A modificação do ambiente físico pode parecer uma iniciativa isolada, mas é através dessas ações que o profissional busca criar coerência entre os pressupostos teóricos e a sua prática. Como falar da importância desse ambiente para o usuário num espaço em que o caos é visível? Ao mesmo tempo, como cruzar os braços frente à morosidade e à falta de recursos financeiros para as reformas demandadas nos centros de saúde? Iniciativas pessoais e da comunidade têm sido a tônica quando as reformas necessitam ser imediatas. A humanização do ambiente do centro de saúde é de suma importância nos serviços públicos, não só para os

profissionais que ali atuam, mas também para os usuários. A propósito, a antroposofia defende a importância do espaço como alicerce para a manifestação da vida. Neste sentido, R.Steiner argumentava: “é uma característica da alma humana expandir-se, alastrar-se, desabrochar-se em todas as direções. A maneira de se desabrochar, a maneira como deseja alastrar o seu ser no cosmo tem como resultado a forma arquitetônica” (MOSH 1998).

A composição da agenda foi uma das atividades iniciais para a implantação do Programa nos centros de saúde. A agenda ficou inicialmente composta por duas primeiras consultas e quatro retornos, sendo os atendimentos de retorno com duração de 40 minutos e as primeiras consultas de 50 (cinquenta) minutos, conforme já havia sido normatizado pelo nível central da SMSA/BH, através da Coordenação do PPTNA.

Logo que o Programa foi implantado não existia demanda, conforme já mencionei anteriormente, então as vagas eram preenchidas por aqueles que procuravam espontaneamente o serviço. Aos poucos, essa situação foi se alterando e no Centro de Saúde Vitória Régia a demanda “explodiu”. Isto aconteceu após a divulgação pelos diferentes meios de comunicação anunciando a implantação das práticas não-alopáticas na rede pública de saúde. Segundo relato de uma das gerentes *“a acupuntura deu briga e o povo ligava de todos lugares querendo consulta”*. Continuando, ela diz que houve muita pressão da população para a ampliação desses atendimentos.

A medicina tradicional chinesa enfrenta uma situação diferenciada, dispondo de uma médica acupunturista lotada na rede pública de saúde. Isto inviabilizou totalmente a delimitação da área de abrangência, sendo que a situação agravou-se em 1997 quando esta foi transferida para um centro de saúde da Regional Noroeste, de difícil acesso para a população.

A acupuntura, conforme relatou a médica acupunturista, é um tratamento demorado e com o aumento da demanda, o agendamento de retorno torna-se distante o que acaba comprometendo em algumas situações a eficácia do tratamento, não preenchendo as necessidades dos clientes. Soma-se a isso as peculiaridades do atendimento, que exige um espaço físico amplo nem sempre disponível. Tudo isso

tem trazido dificuldades para atender a demanda, considerando a grande demanda de usuários que ficam aguardando vaga, conforme explicita Tao Yin:

Hoje em dia, nós estamos marcando as três primeiras consultas e quatro retornos. Eu não estou tendo nenhuma vaga para adulto. Aqui vai marcando a medida que chega. Quando enche muito, assim umas três semanas, eles dão uma parada. Mas não existe uma norma certa (...) com o agendamento muito longe, o efeito é menor, com as sessões mais próximas o efeito é melhor, às vezes a pessoa melhora da dor, melhora hoje, e aí vai demorar vinte dias para voltar, no caso se eu fizesse aplicações a semana que vem no outro o efeito é cumulativo, vai melhorando mais rápido.

Outro fator preponderante para a organização do serviço refere-se à dificuldade para a delimitação da área de abrangência, devido a não implantação do Programa das Práticas Não-Alopáticas em todos os centros de saúde da rede municipal de Belo Horizonte, como expressa uma das gerentes do centro de saúde:

Como não existe uma área de abrangência definida, um projeto que abrange o distrito todo, Belo Horizonte todo, o Barreiro como foi pioneiro nesse projeto, a gente recebe pessoas de outros municípios, de outras área. A partir do momento em que elas chegam é feito um cartão de matrícula na unidade e o prontuário família e as pessoas com esse número de registro na unidade elas se sentem no direito de usar a unidade em todo o serviço que ela oferece e isso é uma dificuldade.

(Gerente)

No levantamento feito em 1998 em um dos centros de saúde do DISAB, os dados apontam 30% da clientela pertencem a outra área de abrangência. Os profissionais têm demonstrado uma preocupação contínua com a produtividade, coerente com as exigências do gerenciamento do serviço, que tem cogitado freqüentemente a necessidade de majorar o quantitativo de atendimentos, sem contudo perder a eficácia.

Isso é uma coisa que a gente vê no serviço público, essa preocupação com número, a gente vê muito, em mostrar um número como sinônimo de produtividade e não é. Número é sinônimo de volume e não sinônimo de problemas resolvidos.

(Sammuel)

Um outro aspecto que merece atenção é o sistema de informação, que está estruturado a partir de indicadores dos Programas implantados e dos diagnósticos clínicos da medicina oficial. A lógica que embasa a construção do

referido sistema interfere na fidedignidade de explicitação dos diagnósticos, gerando incompatibilidades e conflitos.

Hipertensão é muito freqüente. A gente tem essa listinha aqui de diagnósticos - gestantes, hipertensão, diabéticos – você tem que marcar alguma coisa aqui ou deixar em branco, não tem muita opção de escolha. Então, hipertensão quase todos têm. Só que a pessoa veio, não para tratar aquela pressão alta, veio porque não está dormindo direito, porque está nervoso, tem outras coisas. Assim, a busca da consulta não foi por esse motivo, mas ele tem pressão alta, então, eu marco. Isso é uma coisa que eu fico na dúvida na hora de preencher. Eu não sei se é certo você marcar aqui a hipertensão ou se a gente teria que ter um espaço, para a gente marcar o diagnóstico real. Eu acho que aparece muito hipertenso por isso. Eles deveriam pelo menos colocar a opção – outros. Então, como você tem que dar um diagnóstico você dá.

(Stael)

O Programa de Práticas Não-Alopáticas atraiu tanto pessoas que participavam de outros programas no mesmo serviço como aquelas que tiveram o Programa como a porta de entrada para o serviço de saúde. Os usuários das práticas terapêuticas não-alopáticas compõem uma clientela diversificada onde predominam pessoas com doenças crônicas, ou com sintomas de dor crônica, outras com depressão, estresse, insônia, aquelas pessoas para quem a medicina oficial foi ineficaz.

Uma outra face dessa lógica da medicina oficial é a classificação da clientela quanto a patologia, sintomatologia e mesmo em relação à sua frequência ao centro de saúde. Neste sentido, uma série de expressões são empregadas pelos profissionais de saúde, no intuito de nomeá-los: *“pessoas mais carentes”*; *“piolho de posto”*; *“paciente novo e antigo”*; *“aqueles que pertecem ou não à área de abrangência”*. As falas que se seguem ilustram esta referência:

Eu vejo aquele paciente muito de posto, aquele que trata com clínico, com o pediatra, trata com todo mundo, está sempre por aqui. Então, esse eu acho que é o mais difícil de tratamento. Agora, aquele que tem um problema mais específico, que não está tão assim, que não virou aquele de todo dia do posto, esse eu acho mais fácil de atender.

(Stael)

Um paciente novo representa sempre essa renovação e esse crescimento, porque o antigo eu já conheço mais ou menos, tem os desdobramentos na evolução, mas o novo traz essa coisa da nova experiência mesmo e isso é fundamental.

(Hahna)

De acordo com a sintomatologia apresentada, os pacientes são classificados em dois grupos: agudos e crônicos, como ressalta Hahna:

Porque o agudo, às vezes, te traz sintomas rápido, o quadro clínico dele já nós traz muitos indícios de um bom remédio para usar e o crônico não, ele é mais sutil, você tem que estender mais a consulta. O agudo diz assim: “ah, é uma dor aqui intensa dirigida para cá” o tipo de modalidade do agudo é aguda mesmo, então você aprende agudamente algumas coisas ali. O agudo é como se fosse um intento curativo natural, a gente tem percebido assim.

Em relação à faixa etária dos usuários predominam os adultos entre 20 e 49 anos, representando 42,7%, da clientela atendida no DISAB no período de 1996 a 1998, conforme dados do Distrito Sanitário Barreiro- / 1998. Dentre estes, há prevalência do sexo feminino. As crianças de um a 9 anos representam 17,4% da população atendida, o que denota a coerência com a análise de uma das colaboradoras mencionando que principalmente a acupuntura “*ainda é uma medicina mais de adulto*” (Tao Yin).

4.3.3 Aspectos culturais das práticas não-alopáticas

A cultura das práticas não-alopáticas é constituída de aspectos universais que estão presentes em diversos sistemas terapêuticos e por outros, que traduzem a sua diversidade cultural. Um novo corpo de conhecimentos oriundo de crenças, valores, símbolos e mitos assimilados de outras tradições integra a diversidade cultural das práticas não-alopáticas em relação à medicina oficial. Esse corpo de conhecimentos foi identificado a partir das concepções do Programa, do processo saúde-doença e das ações desenvolvidas nos centros de saúde, sob a ótica dos profissionais e dos usuários.

Em relação à concepção do Programa, as categorias “*novo*”, “*diferenciado*”, “*muito avançado*” “*trata o indivíduo como um todo*”, “*que não trata apenas o sintoma*”, “*é uma prática individualizada*”, “*é um tratamento demorado*” aparecem com frequência nas falas dos colaboradores e dos clientes, quando se referem ao Programa, revelando indiretamente uma concepção a respeito das práticas não-alopáticas e os valores que lhes são atribuídos.

A diferença é percebida na duração da consulta médica, no quantitativo de pacientes atendidos por cada um dos profissionais, nas características da relação médico-paciente e, acima de tudo, no pressuposto de que essa medicina é holística. Ou seja, “*tratar a pessoa como um todo*” é uma concepção culturalmente construída no contexto das práticas não-alopáticas, que é empregada com frequência para identificá-las. Quando entrevistei os usuários sobre os motivos que os levaram a consultar um dos profissionais não-alopatas, a resposta da maioria desses referia-se às vantagens de submeter-se a um tratamento menos agressivo e que o atenda na sua integralidade.

A concepção de “*tratar a pessoa como um todo*” não deveria ser prerrogativa das medicinas não-alopáticas. Mas é exatamente com esse discurso que elas avançam e vão conseguindo cada vez maior número de adeptos.

Ao ser interrogada a respeito do que é a medicina antroposófica, e diante da dificuldade encontrada para conceituá-la, Michaela vale-se de uma frase explicativa que considera uma resposta ao alcance de todos:

Uma frase que é bem comum é dar esta resposta rápida: ‘é a questão do todo, que esta medicina procura ver a pessoa como um todo, como é que está a vida toda, como é que é, como foi, como vai ser. Então essa palavra é uma palavra que está bem presente nessas respostas.

As demais categorias mencionadas anteriormente - *novo*, *diferenciado*, *avançado* - revela a percepção de usuários e da equipe do centro de saúde quanto ao caráter vanguardista da proposta no serviço público de saúde.

Uma tônica frequente nas falas de usuários detectada nas minhas observações foi a de que as pessoas que procuraram este Programa haviam feito

incursões pelas várias especialidades da medicina oficial indicada na expressão de um dos usuários: “(...) *como eu já tentei vários tratamentos e não deu certo...*” Desse modo, as práticas não-alopáticas seriam mais um recurso a ser tentado pelos usuários que não obtiveram bons resultados com os tratamentos dessa medicina. Ao mesmo tempo, na concepção de alguns, trata-se de uma medicina para as “*peessoas problemáticas*” e de “*tratamento a longo prazo*”:

Nós temos a pediatra que atende normalmente dentro da medicina convencional e temos uma outra [a médica antroposófica] que é para meninos que são problemáticos na escola, meninos rebeldes, muitas mães gostariam se o menino estava com amigdalite queria logo que desse uma injeção Benzetacil, ou então, Bactrim para cortar a infecção, outras não, então não aceitava esse tratamento a longo prazo.

(Gerente do centro de saúde)

A fala dessa gerente traz à tona a seguinte questão: como essas práticas podem ser indicadas para “*peessoas problemáticas*”, “*peessoas que não resolveram seus problemas de saúde quando tratados segundo os preceitos da medicina oficial*” e, ao mesmo tempo, não ser creditada a elas uma eficácia não encontrada nessa última? Parece existir, nessa questão, um paradoxo entre o excesso de confiança depositada pelo usuário e por alguns profissionais de saúde nas medicinas não-alopáticas e a resistência da maioria dos profissionais engajados na medicina oficial no reconhecimento das mesmas como ciência. Tanto é, que atualmente o Conselho Federal de Medicina -CFM- aprovou a Resolução 1499/99 que proíbe o exercício de algumas dessas práticas por não admitir a sua cientificidade.

Assim, a medicina não-alopática passa a ocupar um espaço de poder que a diferencia da medicina oficial, ao assumir a possibilidade concreta de resposta para “casos” não resolvidos por essa última. Por exemplo, a condição de assumir “casos”, considerados difíceis, ficou muito clara a partir dos relatos dos próprios médicos e também dos usuários, quando eles descreviam a sua peregrinação pelos serviços de saúde e falavam da experiência bem sucedida com o tratamento através das práticas não-alopáticas, conforme a vivência transcrita a seguir, narrada por uma das clientes tratadas com acupuntura:

Eu sou auxiliar de enfermagem e adquiri a LER [lesão por esforço repetitivo] trabalhando no hospital fazendo medicação direto de meio dia às seis horas da tarde, medicações que exigiam um tempo mais demorado. Eu fazia um esforço muito grande para que fosse feito bem lentamente e isso foi ocasionando problema no meu braço aí o médico queria fazer uma cirurgia, um especialista de mão. De cara eu falei com ele, não tem jeito de fazer fisioterapia? - “Não, é cirurgia”. Ele estava me pressionando para fazer uma cirurgia, mas graças à Deus meu convênio não autorizou. Cirurgia é uma coisa muito séria e eu fiquei muito insegura. Eu fiz fisioterapia particular durante uns dois anos. Mas eu não melhorei nada, só aliviou, o edema que estava na mão. Eu já não conseguia fazer mais nada, eu pedia ajuda a mão esquerda, aí fui lesionando, dando problema também na outra mão, no outro braço, aí fiquei com os dois braços lesionados, com a Síndrome do Carpo, até que, eu fiquei dois anos afastada e me aposentei. O perito que me aposentou, ele falou: -“Você pode conseguir uma melhora com acupuntura.” Foi então que eu vim aqui para o tratamento com acupuntura. Eu já melhorei noventa por cento, eu quase não sinto nada. A médica [refere-se à cupunturista] me falou que com uns dois anos eu devo ficar boa, tenho muita esperança com a acupuntura porque eu sou pianista. É, eu gostaria de continuar a trabalhar (...) aposentada, eu ainda me sinto muito nova, com muita energia para trabalhar, não posso fazer movimentos repetitivos constantemente, na minha casa eu faço o mínimo, minha família toda me ajuda.

Assim como os usuários revelaram várias experiências bem sucedidas com a medicina não-alopática reafirmando a credibilidade do Programa há também aqueles que alegaram ter desistido do tratamento pela demora das respostas características desse processo terapêutico. Outros colaboradores descreveram o preconceito e a resistência frente a estas opções terapêuticas. Situação retratada na recomendação de um pastor, uma das lideranças da comunidade, que incentivou os fiéis a abandonarem o tratamento com a acupuntura sob alegação de que esta constitui-se “*coisa do demônio*”.

Tem um pastor em uma igreja aqui que começou a falar que a acupuntura era coisa do diabo e aí algumas pacientes que já estavam tratando, pararam. Pois é, outros pacientes que continuaram vindo falaram assim, -”não que isso não tem nada a ver, não tem nada de religião, de ser do diabo, de ser de Deus”. Eu não sei o que que eles imaginam, feitiço, e tem também o moxabustão que muita gente brinca, fala que é pajelança.

(Tao Yin)

A partir dessa situação de preconceito religioso, os profissionais identificaram outros usuários que abandonaram o tratamento homeopático, após ouvir a orientação da sua igreja. Uma das auxiliares de enfermagem acredita que este preconceito esconde um outro que é o preconceito com as agulhas e o medo da contaminação pelo vírus HIV. Esta interferência na escolha de uma ou outra abordagem terapêutica dos usuários, embasada na crença religiosa, exprime o movimento que vem avançando em algumas igrejas evangélicas reafirmando a não-cientificidade das práticas não-alopáticas, associando-as aos movimentos místicos da Nova Era.

A concepção do processo saúde-doença das práticas não-alopáticas é marcada pela diversidade cultural embora preserve em seu bojo aspectos universais. Diante da impossibilidade de apreender toda complexidade teórica, histórica e cultural das racionalidades das práticas não-alopáticas em questão, optei por apresentar os aspectos restritos às bases comuns a todas as práticas e que configuram um “novo olhar” para a interpretação do processo saúde-doença considerando suas outras faces. Uma das marcas da universalidade dessas práticas é que elas se abrem para um outro enfoque da compreensão do processo saúde-doença que evolui para a concepção de processo “saúde-enfermidade” (CARNEIRO 1999).

Um ponto comum a todo o grupo cultural estudado é a interpretação de que as práticas não-alopáticas ampliam a forma de ver a doença e as causas que levam o homem a adoecer.

A doença não é entendida apenas como expressão do corpo físico, como na medicina ocidental, mas também como parte da evolução, como um momento de se fazer grandes perguntas, uma mensagem que as pessoas necessitam para o reajustamento da sua maneira de viver. Enfim, como uma possibilidade de crescimento pessoal (LOWENBERG 1992; REMEN 1993; DETHLEFSEN e DAHLKE 1994; BENNER 1995; FERRAZ 1998). Assim descreve uma das colaboradoras:

A doença não é algo ruim, ao contrário, é um alerta, algo não está bem e então a pessoa entra num processo de adoecer, a doença pra gente muito ao contrário é uma oportunidade de se resolver algo que não está bem, que não tá equilibrado, harmônico com a evolução dessa pessoa, é uma oportunidade de se enxergar, você

vê bem explicitamente, ter maior clareza do que é que está acontecendo.

(Michaela)

Ter compreensão e conhecimento da doença significa ter acesso à cura, na concepção das práticas terapêuticas não-alopáticas. A medicina oficial é também conhecimento entretanto sem valorização da compreensão. Para as primeiras, a compreensão é o início do processo de cura (MITCHELL 1994).

Por exemplo, para a medicina antroposófica um órgão adoece quando a atividade etérica que lhe compete não pode desenvolver-se. A dor que se apresenta em qualquer lugar do organismo é uma vivência no corpo astral e no Eu.

Enquanto a medicina ocidental tende a se caracterizar como “ciência das doenças” as medicinas não-alopáticas se caracterizam como “a arte de curar”, de restabelecimento e de expansão da saúde (LUZ 1993). Nesta perspectiva, a doença como uma experiência cultural inserida no contexto de toda a existência humana tem como referência a idéia de resgatar a “noção de pessoa”, como descreve Michaela:

Eu vou estar ali diante de uma pessoa que tem a sua queixa e vou buscando ver a vida dela como um caminho evolutivo que ela está percorrendo, e esse caminho não é algo estático, não é só uma dor de cabeça que está aqui hoje, vou dar um remédio e pronto. Isso faz parte de um passado, essa dor de cabeça veio conduzida, ela está aqui agora chamando a atenção e dando uma oportunidade para que algo seja resolvido para que essa pessoa vá ao futuro. Quando estou diante de uma senhora idosa, eu me lembro que ela foi uma criança, que na infância aconteceu isso ou aquilo com ela, que, como que desenrolando, então essa senhora que está na minha frente, ela não é uma fotografia que está ali um momento congelado, e sim é um processo muito dinâmico que vem passando por caminhos que têm pedras, então, isso abre muito esse olhar de não estar só aqui nesse momento, abre muito o leque de possibilidades de abordagem de tratamento, inclusive para que a própria pessoa possa ter uma oportunidade de se situar na vida, porque a idéia da antroposofia é essa trazer uma ampliação de conhecimentos e postura diante da medicina tradicional. Então a gente parte da medicina tradicional e amplia essas idéias, esses conceitos e as posturas com aquilo que a antroposofia vem nos enriquecer.

Na entrevista com essa colaboradora, foram pontuados aspectos relevantes para a compreensão da doença na perspectiva da medicina antroposófica,

que a concebe não como algo ruim, mas sim como um alerta indicando que algo não está bem no seu corpo físico e etérico. Assim, um dos aspectos fundamentais para essa medicina é saber em que época da vida da pessoa, a doença acontece. É neste sentido, que a pesquisa biográfica representa um importante recurso para compreensão da doença.

A pesquisa biográfica incluiu a história de vida desde a infância até o momento atual quando aborda o cotidiano do paciente, ou seja, a sua relação social, familiar, de trabalho, enfim o seu *modus vivendi*.

Uma outra diretriz da medicina antroposófica é ajudar na promoção do crescimento pessoal, levando a pessoa a fazer suas próprias escolhas e a trabalhar com a idéia de que quanto mais consciente, mais livre ela estará para exercer o livre arbítrio. Esta idéia é evidenciada na fala de uma das colaboradoras:

A cada sete anos tem uma mudança na sua vida. No início, você vê essas mudanças muito fisicamente, com sete anos tem a mudança dos dentes, com quatorze anos, a adolescência; com vinte e um anos a maioridade e a completude do organismo físico. A partir daí, as mudanças são mais sutis: é a questão da intelectualização, da sensação, da consciência para o resto da vida. Aí a gente avalia, dependendo do alimento físico e anímico de cada setênio, se você vai desenvolver doença ou não e isso vai refletir na sua vida futura e tem como se fosse um espelhamento dos setênios, seu primeiro setênio vai ter a ver com o que você vai viver lá no último - na verdade os setênios vão até 63.

(Sofia)

A medicina antroposófica admite um ciclo de transformações do homem a cada sete anos de sua existência até 63 anos de idade. Em cada setênio, as correntes da alma se relacionam entre si de forma diferente, de tal forma, que os sentimentos desenvolvidos nos primeiros serão fundamentais para os seguintes (BLANCO 1998)

Para a medicina tradicional chinesa, um dos sistemas terapêuticos mais antigos, o conceito de saúde e doença está diretamente relacionado ao equilíbrio da energia, denominada de *Qi*, tal como descreveu uma das colaboradoras:

(...) ao falar do que é a doença vou estar falando da deficiência da energia, de excesso de yang, deficiência de yin, estagnação de energia no órgão, excesso de calor num determinado órgão, mas

isso daí é como eles [chineses] viam lá a doença como uma parte da natureza, então, eles trazem isso para dentro do organismo. O organismo vai ter calor, frio, vento, secura umidade, tudo o que aparece por fora como eles vêem da natureza, eles trouxeram[essas percepções] para dentro deles, esse excesso de energia...

(Tao Yin)

A medicina tradicional chinesa está estruturada conceitualmente na idéia de contínua flutuação cíclica envolvendo a noção de dois pólos arquetípicos – o *yin* e o *yang* – que sustentam o ritmo fundamental do universo. Na concepção chinesa, todas as manifestações do *Tao* (caminho da natureza) são geradas pela interação dinâmica desses dois pólos arquetípicos. Para os chineses, o ser humano é parte integrante da natureza, sendo desse modo influenciado pelas mesmas leis que a regem. Sob esse prisma, a doença tem uma relação direta com a incapacidade do homem de viver em harmonia com as leis da natureza, que estão representadas simbolicamente no organismo. Portanto os desequilíbrios energéticos de *yin* e *yang*, seja de excesso ou de falta de uma dessas forças são capazes de provocar doenças tanto físicas como psíquicas.

Nesta concepção, o corpo humano é energia, constituído por uma energia cósmica. Saúde é o equilíbrio entre *yin* – *yang*. A doença é um desequilíbrio dessas, um excesso de *yang* pode transformar-se em vento; esse excesso de energia, estagnação; e a chuva é a umidade.

Na medicina tradicional chinesa, o processo saúde-enfermidade é explicado pelos pressupostos de três teorias básicas: *teoria do yin- yang*, *teoria dos cinco elementos* e *a teoria dos meridianos*. Segundo a crença taoísta, na teoria do *yin- yang*, a força ativa de todos os fenômenos é o movimento de energia que existe em constante transmutação em duas formas, uma *yang* e outra *yin*, permitindo classificar os fenômenos e as manifestações concretas da natureza nestes dois pólos opostos (AUTEROCHE e NAVAILH 1986).

Na teoria dos meridianos, segundo os chineses, a energia *Qi* circula na superfície do corpo através de estruturas do organismo em cinco níveis. O mais profundo, localizado nos ossos; o segundo, nos músculos; o terceiro, nos vasos sanguíneos e linfáticos; o quarto, na região subcutânea; e o quinto, na superfície da pele.

Na teoria dos cinco elementos, segundo a tradição oriental, os cinco elementos representam a manutenção, a classificação, a manifestação e as tendências do ciclo vital, tanto nos seres animais e vegetais como nos minerais. Assim o organismo humano afetado pela mudança das estações, é regido pela Lei dos Cinco Elementos: fogo, terra, metal, água e madeira, que atuam num ciclo de criação, movimento. Cada elemento está relacionado com uma estação e corresponde a características físicas, mentais e espirituais, incluindo órgãos, tecidos, odores, emoções e cores.

Assim como a medicina antroposófica, a medicina tradicional chinesa, a homeopatia é uma medicina antropológica que trata a patologia da pessoa humana e não apenas a patologia orgânica. Sob esse ângulo, nessa medicina, o organismo adoece no sentido centrípeto, de fora para dentro, isto é, da pele para os órgãos mais internos e vitais. Por outro lado, o processo de cura ocorre no sentido inverso. Neste sentido, a cura tem estreita relação com o conhecimento que possui o homem da enfermidade; por isso Hahnemann enfatiza a observação de sinais e sintomas de doença (NASSIF 1995). Se a doença for tratada apenas nos seus sinais e sintomas superficiais, a pessoa vai se tornar portadora de uma doença crônica, o que não ocorrerá se a intervenção terapêutica priorizar a totalidade da pessoa, conforme declara Hahna:

As pessoas pioram com tratamentos que são físicos isolados. Eu vou tirar a sua eczema, depois vai ter uma otite, uma amigdalite, depois uma bronquite e vai ficar cronicamente pior e vai ter sintomas de um monte de temperamentos, vai mal na escola, vem um adolescente agressivo e isso está tudo ligado na saúde e na doença e você pode ter excelentes oportunidades de tratar e de prevenir essas coisas ou de ter pessoas mais tranquilas, mais serenas, mais ajustadas com um tratamento que valorize o conjunto todo, ou seja, você piora a situação de saúde da pessoa por tratar isoladamente o quadro clínico. Se eu tirar a gastrite e não ver o que está por trás eu estou agravando a doença- base da pessoa.

Na visão da homeopatia, uma etapa vital para a curabilidade da pessoa são os processos denominados de exoneração e agravação homeopática – “*drenar*”, “*colocar para fora*”. Considerando as características socioculturais e econômicas da clientela do serviço público de saúde, pode-se inferir o grau de dificuldade de apreensão do significado do processo. Neste sentido, Hahna pontua:

Tenho aprendido o seguinte: que a pessoa com uma enfermidade aguda é um enfermo com potencial curativo natural. Quando não há repercussão depois de vários medicamentos, você não sente que a pessoa exonera, põe pra fora. Há paciente que é incurável, que está incurável. É muito interessante quando a pessoa compreende. Eles vão passar por outros médicos nesse momento da agravação, da exoneração, a não ser que tenham ouvido muito bem o que eu falei, porque que eu falo:- ‘procure evitar os medicamentos [alopáticos] e se vier um quadro agudo ele é muito importante, é uma reação de cura, observe os sintomas, não se precipite a medicar, vê se dá para levar, aguarde um pouquinho...”

Uma das premissas básicas das práticas não-alopáticas é informar e orientar o cliente, tornando-o participativo do processo de cura. O cliente deve aprender a lidar com a doença abandonando a sua postura de agente passivo do processo terapêutico, cabendo-lhe mudança de atitude frente à doença, como destaca uma das colaboradoras:

[Na homeopatia a exoneração da doença] é realmente fundamental a febre, sendo que todo mundo fala diferente e é difícil você recolocar essas coisas. E aí o que você têm que fazer? Colocá-los como titular do seu tratamento, quer dizer, eles tem que observar, não podem se dar ao luxo de ser inconsciente no tratamento e nem deixar na mão do outro, exclusivamente na do médico. Então agora você é responsável das próximas vezes por ter esse papel, porque agora você aprendeu com experiência, então você vai saber que isso pode acontecer, que é importante, e aí vou devolvendo isso para o paciente, pra ele me ajudar que nesta fase, já que com os outros profissionais médicos ele não vai encontrar algo [conduta terapêutica] parecido.

(Hahna)

Sob o prisma das práticas não-alopáticas, a doença advém de um desequilíbrio energético revelado pelo “não-silêncio” dos órgãos, principalmente para a homeopatia (NASSIF 1995), onde é preponderante que o cliente tenha consciência de si e do seu tratamento, como afirma uma das colaboradoras:

(...) se ela[a pessoa] está ali sem consciência do processo,ela se põe vítima da vida e com o tratamento homeopático a gente tira isso, ninguém é vitima de nada, você é titular da sua saúde e da sua doença. Ela é sua, veio de você e veio para você.

(Hahna)

Nessa perspectiva, os clientes são co-responsáveis pelo seu processo de cura revelando uma mudança da atitude de vida, proporcionando para esses clientes um desdobramento de melhora física e clínica. Isto exige uma mudança de postura, tanto do médico como do cliente.

- **Introduzindo novos rituais no centro de saúde**

Com a finalidade de criar um processo de integração do grupo de trabalho e revitalizar o ambiente do centro de saúde, a médica antroposófica adotou um ritual que ficou conhecido como o “Bom Dia [nome do centro de saúde]”. Além do componente reflexivo e simbólico, estes rituais contribuíram na formação de vínculos entre os membros do grupos, sendo assim descrito:

A gente tinha um [ritual] que ficou apelidado de Bom Dia [nome do centro de saúde] então quando eu chegava, eu e a equipe que quisesse a gente reunia no salão e lia algum verso, alguma oração, alguma frase, algo que pudesse inspirar o trabalho e depois a gente se dava as mãos e dava bom dia para todo mundo junto. Isso no final do ano, a reunião geral de final do ano, esse foi reconhecido como um dos fatores que ajudou durante aquele ano um melhor entrosamento da equipe. Uma coisa muito simples, durava uns cinco, dez minutos no máximo, mas que trazia a equipe, todo mundo se vê porque tem dia que a gente chega e nem sabe quem está trabalhando aqui no posto.

(Michaela)

Neste contexto de implantação do Programa, notou-se um movimento de resgate da afetividade e da sensibilidade entre os próprios profissionais, principalmente a partir da antroposofia, que trouxe para o espaço do centro de saúde práticas e rituais próprios de suas vivências profissionais. Estes rituais, na avaliação de uma das ex-gerentes do serviço, além de “*contagiarem a equipe do centro de saúde*” com algo novo, diferente promoviam “*um pouco mais de valorização das emoções, uma coisa que as pessoas não estão acostumadas(...) levando as pessoas a não terem vergonha de falar dos seus sentimentos, facilitou para que houvesse uma quebra dessas coisas*”.

A partir dessa proposta da médica antroposófica, algumas datas como a Páscoa, o Natal, as mudanças de estações passaram a ser celebradas de forma diferente no centro de saúde. Por exemplo, na mudança das estações discutia-se sobre a influência das mesmas para a saúde. Esta era a tônica da antroposofia, que pela sua compreensão do ser humano, como um ente não só biológico, mas também espiritual abria espaço no centro de saúde para cultivar a espiritualidade, incentivando com mensagens diárias, que para a ex-gerente era *uma coisa mais com Deus, uma coisa que as pessoas costumam taxar, como é religião que não se mistura com ciência, então, ela traz isso, e começa, assim, a adesão da equipe foi fantástica*. O clima de serenidade que envolvia o centro de saúde nesta época rendeu-lhe o slogan “BH 100, [centro de saúde] Zen!”. Infelizmente este ritual não acontece mais, porque não houve disponibilidade de outros funcionários para assumi-lo na prática.

Através do ritual, o mundo vivido funde-se com o imaginado tendo como mediador um conjunto de formas simbólicas (GEERTZ 1989).

• A Intervenção Terapêutica

A intervenção terapêutica está alicerçada em conhecimento e crenças pautadas nos pressupostos teórico-filosóficos acerca da compreensão da saúde e da enfermidade. Toda intervenção terapêutica tem aspectos que podem ser generalizados como um processo clínico universal e outro que é específico de cada cultura (KLEINMAN 1980).

A intervenção terapêutica das práticas não- alopáticas é compreendida aqui como as atitudes e condutas adotadas pelos profissionais em relação ao cliente desde a sua participação no acolhimento, na consulta médica, até o acompanhamento do cliente individual ou em grupo. Essa intervenção exige uma mudança de postura profissional no tratamento da doença valorizando o potencial para a cura existente no organismo, conforme defende a visão hipocrática, retratada na fala de uma das colaboradoras:

Porque eu aprendi como médica que se for febre muito alta tem que usar Tylenol intercalar com Dipirona ou com AAS e nunca aprendi a observar isso. O que eu aprendi [como homeopata] foi poder observar sem intervir e ver o que a natureza faz por si e que você tem que compactuar com ela ou dar um auxílio sem atrapalhar porque há nela uma tendência à saúde.

(Hahna)

Na concepção da homeopatia, ser saudável significa engrenar os recursos internos de cada indivíduo como um participante ativo e consciente da sua própria saúde. A propriedade de ser saudável não é conferida ao algo fora de você, mas sim pelo equilíbrio de recursos naturais externos e internos e do ambiente social (HAHNEMANN 1996)

As práticas não-alopáticas resgatam os princípios da medicina hipocrática, recriam as idéias vitalistas através dos conceitos de bioenergia e “*self-healing*”. A medicina hipocrática entendia que o médico deveria limitar-se a agir como um “*servidor da natureza*”, com três funções precípuas: em primeiro lugar não prejudicar, “*favorecer, ou ao menos não prejudicar*”, em segundo lugar abster-se do que considerasse impossível (não atuar quando a enfermidade parece ser inexoravelmente mortal), e finalmente, atacar a raiz da enfermidade “contra a causa e contra o princípio da causa” (ROSENBAUM 1996).

No séc. XVIII, identificavam-se duas correntes de pensamento, que influenciavam a medicina hipocrática pautada na unidade vital, clínica e terapêutica do homem: o vitalismo e o materialismo.

O vitalismo nasceu em oposição às teses mecanicistas da revolução científica do século XIX, na Europa. Essa corrente admitia a existência de uma força vital que emanava do ser vivo, da alma e opunha-se à dicotomia do ser e proclamava que cada doente deve receber um tratamento adequado às suas reações. Os materialistas acreditavam que tudo era matéria e priorizava a parte sobre o todo (MICOZZI 1996; ROSENBAUM 1996).

Ao contrário do que preconizam os princípios hipocráticos norteadores da homeopatia, a grande maioria da população credita ao medicamento a eficácia do tratamento, como descreve Sofia:

A questão é cultural de ter perdido o contato com essas outras possibilidades terapêuticas, que é [acreditar que você] dá um remédio e o remédio curou, e de não acreditar que tem que ter uma atitude de vida, que é cuidar do sono da criança, da alimentação, dos hábitos diários, da educação, que isso também faz parte do tratamento. Então, dar só o remédio e não fazer mais nada, não muda os hábitos de vida é uma questão cultural. Não aderem por causa disso.

Além da influência dos fatores culturais, a intervenção terapêutica pode ser dificultada também pelas características da clientela do centro de saúde, portadora de agravos crônicos, que nele vêm mais um espaço de convivência e de soluções medicalizadas para os seus problemas:

Tem alguns pacientes que, às vezes, fica difícil de você cuidar dele. Mas, eu vejo que é mais assim, aquele paciente muito de posto, aquele que trata com clínico, com o pediatra, trata com todo mundo. Então, esse é o mais difícil de tratamento. Agora aquele que realmente tem um problema mais específico, que não virou aquele de todo dia do posto, esse eu acho mais fácil de atender.

(Stael)

Os profissionais vivenciam situação muito freqüente no centro de saúde relacionada à dualidade no tratamento do cliente agudo e o crônico, como relata uma das colaboradoras:

(...) quando você tem uma atividade aguda é como se sua vitalidade já estivesse propensa à cura, é paradoxal isso, é como se tudo tivesse apontando para uma melhora a sua energia está ativada para tratar coisas crônicas, para por para fora, exonerar, para sair do mental, do emocional e do físico e se você aproveitar esse impulso agudo que a natureza já está fazendo com o remédio medicado, você já pode ter um resultado excelente.

(Hahna)

Os unicistas, que se fundamentam na utilização de um medicamento único, denotaram uma maior preocupação em não ferir os preceitos da doutrina hanmmeniana, mesmo convivendo com a demanda de prescrição de medicamentos

alopáticos, entre outros procedimentos. Entretanto, outros convivem harmonicamente com estas condutas, conforme revela a fala a seguir:

A princípio, eu sou sempre unicista, mas em frente a uma doença orgânica que possa trazer qualquer mal para a pessoa, qualquer consequência e eu não medico com esse medicamento único, para obter uma resposta rápida, em questão assim de horas, depende da gravidade da doença, eu posso usar assim mais de um, usar um específico. Uma febre, ela pode ser o ciúme da criança, mas ela pode ser uma meningite.

(Stael)

Percebo que, mesmo diante da postura homeopática unicista, esta profissional revela que a sua conduta, em algumas situações, é diversa, considerando a importância de ter bom senso clínico e discernimento no momento de definir a intervenção terapêutica. Como é o caso de clientes que, no final de semana, não têm como recorrer ao centro de saúde.

- **A interface das práticas não-alopáticas e a medicina oficial**

É pertinente ressaltar que a intervenção terapêutica adotada pelas práticas não-alopáticas não pode ser interpretada sem considerar que estão inseridas no contexto da organização do serviço público de saúde, onde têm uma convivência muito próxima e nem sempre harmoniosa com a medicina alopática. Alguns aspectos dessa relação são identificados na entrevista realizada com um dos clínicos do centro de saúde:

O que acontece é “uma dança” dos usuários que é o seguinte: - a gente está com um paciente de diabetes, hipertenso e esse paciente de repente some e aí de repente eu descubro que ele está na homeopatia ou na antroposofia. Às vezes, o paciente houve falar dos profissionais, fica curioso, marca a consulta e vai. Acontece algumas vezes que o paciente fica lá um ano, um ano e pouco, consulta lá algumas vezes e depois ele volta para cá de novo. Alguns alegam que o tratamento não estava resolvendo, não atendeu a expectativa, que os remédios não estavam resolvendo, ou que não podiam comprar, parece que alguns remédios são comprados, algumas formulações, basicamente isso. Que o problema continua, no fundo, o que eu faço a tradução dessa fala é que o tipo de abordagem não estava agradando o paciente. Às

vezes, o paciente vai ficar lá e vem cá, às vezes, ficam insatisfeitos com a gente, vai para lá. Então deve acontecer o oposto também. São pacientes que já estão aqui há mais tempo e que têm um forte componente emocional na sua doença, são poliqueixosos, pessoas mais complicadas. Eu acho que é o desejável que houvesse uma inter-relação maior entre as duas práticas. O que se percebe no posto é que elas ficam para lá, a gente fica para cá eu não sei o que elas pensam da alopatia, porque a maioria dos alopatas tem aquela visão preconceituosa a respeito disso aí, das práticas não-alopáticas. Eu não compartilho essa visão não. Eu posso acreditar ou não, mas eu respeito. Eu não acredito em algumas coisas de homeopatia, eu não acredito em homeopatia, não acredito. Eu acho que carece de embasamento, como eu sou da visão racional, eu sou um cientificista não tenho uma visão preconceituosa, sectarista, de rejeição completa. Eu acho que se o paciente me pedir para encaminhar, eu encaminho, não sou um xiita. Mas eu creio que a maioria dos profissionais não querem nem ouvir falar. O que eu percebo também é que elas têm uma visão messiânica, resolve tudo, que não sei o quê e tal. Eu não tenho essa pretensão. Quem somos nós de resolver a vida das pessoas, de resolver tudo, curar e tal, eu não tenho essa pretensão, essa arrogância, não e não quero nunca ter. Mas eu respeito apesar de não acreditar em muitas coisas. A acupuntura eu acho até interessante, mas se o paciente solicita e tal e pede minha opinião eu não vejo nenhum problema para encaminhar. Eu não entendo aquilo, não sei (refere-se a antroposofia)... não-alopata aparece usa umas coisas, não sei o que é aquilo não (Clínico de um dos centros de saúde).

O depoimento desse clínico, como representante da medicina oficial, é uma síntese das polaridades científicidade/ não-científicidade que está latente entre o saber da medicina oficial e o das práticas não-alopáticas. Ao mesmo tempo ele questiona a posição messiânica das mesmas e indaga até que ponto as práticas não-alopáticas dão respostas ao cliente.

Em algumas situações as práticas não-alopáticas mantêm uma relação de complementaridade e em outras representam uma alternativa à medicina oficial, como destaca a fala de uma das colaboradoras:

Isso é muito freqüente, principalmente quando outro médico encaminha. Porque [na visão do] outro médico que encaminhou está embutido que o meu tratamento e o dele são pertinentes. Já que ele não suspendeu o tratamento dele e passou para outro [médico] ...o fato de isso aqui [a homeopatia] ser também uma alternativa é muito freqüente. Mas a filosofia homeopática não deixa por menos é outra visão e isso eu vou passar para o paciente. Então eu não vou tratar dele porque ele está usando outros remédios? Vou, mas eu vou dar o recado para ele porque eu estou convicta disso.

Como preconiza Hahnemann ...

A homeopatia é usada por muitos usuários na condição de tratamento complementar, considerando que os usuários não suspendem a medicação do clínico e fazem tratamento com vários médicos. Entretanto, a filosofia homeopata unicista não compartilha dessas mesmas idéias. O paciente que vivencia esta situação é convidado a mudar de atitude perante o tratamento, pois os homeopatas acreditam que isso contribui para o agravamento dos sintomas, como ressalta uma das colaboradoras:

As pessoas pioram com tratamentos que são físicos isolados. Eu vou tirar a sua eczema, depois vai ter um otite, uma amigdalite, depois uma bronquite e vai ficar cronicamente pior e vai ter sintomas de um monte de temperamentos, vai mal na escola, vem um adolescente agressivo e isso está tudo ligado na saúde e na doença e você pode ter excelentes oportunidades tratar e de prevenir essas coisas ou de ter pessoas mais tranquilas, mais serenas, mais ajustadas com um tratamento que valorize o conjunto todo, ou seja, você piora a situação de saúde da pessoa por tratar isoladamente o quadro clínico. Se eu tirar a gastrite e não ver o que está por trás eu estou agravando a doença base da pessoa.

(Hahna)

A participação de médicos e enfermeiros no acolhimento ocorre através de rodízio em escalas semanais, levando-os a um trânsito entre a medicina oficial e a medicina não alopática. Mesmo que estejam em desacordo com os pressupostos que embasam as diferentes racionalidades médicas são compelidos a assumir condutas que atendem à lógica imposta pelo serviço público. O acolhimento como uma prática de escuta ativa da população com acesso universalizado, tem demanda espontânea e todos devem ser atendidos. Neste sentido, a participação do médico não-alopata no acolhimento leva-o a assumir condutas que ele já não defende e às vezes é até contrário. Este é o momento de mobilidade de uma cultura para outra, e como esses profissionais não sentem mais parte da cultura da medicina oficial, instalou-se um impasse em alguns momentos no serviço, quando uma das médicas recusou-se a participar do acolhimento alegando:

A gente teve alguns problemas aí com pacientes e dentro da equipe muito desagradáveis e daí então eu assumi essa postura e juntamente com a psiquiatra e agora a homeopata de não atender o acolhimento por questões técnicas, e jurídicas. O que eu chamo de questão técnica é porque não tinha uma organização no serviço. Então eu conversei com a gerente e pedi que ela não me escalasse para o acolhimento até que ela me apresentasse toda a normatização do acolhimento. E ela concordou e conseqüentemente que não existia no serviço nenhum tipo de normatização.

(Michaela)

A participação do médico antroposófico e dos outros médicos não-alopatas sempre foi muito polêmica chegando ao ponto deles recusarem a participar do mesmo. Ao mesmo tempo, assumir esta postura trouxe retaliações por parte dos próprios funcionários do serviço, como é relatado. Com isso, de uma certa forma, sobrecarregou alguns [profissionais e auxiliares] que passaram a ter uma postura mais arredia.

Eles começaram a boicotar a minha agenda, não marcando retornos, outras questões como pacientes que vinham com encaminhamentos por escrito de outros postos e diziam que eu não trabalhava mais aqui ou não tinha medicina antroposófica aqui e foram questões muito sérias. E nesse meio tempo, como eu não estava no acolhimento, qualquer profissional poderia agendar um paciente lá para mim, só que eles pararam de fazer isso. O pessoal que controla as agendas que são os auxiliares de enfermagem, não todos, alguns começaram a insinuar, fazer boatos de que eu e a psiquiatra estávamos fazendo clientelismo, porque os pacientes vinham para consultar com a gente indicados por outros pacientes. Então a gente vê essas posturas equivocadas e que a gente acaba sofrendo, é claro, o serviço sofre com isso. A implantação, eu acho, do projeto, sofre com esse tipo de postura. E é uma postura que não diz respeito propriamente a antroposofia.

(Michaela)

Diante dos impasses de como o acolhimento vinha sendo realizado, ela elaborou e apresentou uma proposta ao grupo que teve uma receptividade muito grande e colocou-a com a possibilidade de participar do acolhimento, agora de uma forma bem mais adequada, inclusive com uma postura de antroposofia.

Entretanto a intervenção terapêutica na filosofia homeopática unicista não compartilha dessas mesmas concepções, evidenciando-se um conflito de condutas em que o homeopata, em coerência com os seus princípios filosóficos, questiona a alopatia e experimenta a suspensão dos medicamentos alopáticos:

(...) primeiro eu vou sentir que a coisa está mudando para eu ter essa segurança de tirar esses remédios. Hoje eu sei que o remédio piora, ele está atuando perifericamente, ele está piorando. Então eu dou esse recado ao paciente: ao você tomar Clorana seu organismo vai reagir a ela, porque é lei, o organismo, do ser humano não faz assim, sofre uma influência e pára, ele é dinâmico, você influencia, ele reage, você queima, ele vai ter uma reação a isso, você dá um laxativo, ele vai constipar mais, é uma lei da natureza. O anticonvulsivante? É a mesma coisa. Tira. Por quê? Porque faz mal, isso eu sei porquê ? Por causa da lei da natureza, qualquer coisa que você tirar, vai responder.

(Hahna)

É importante considerar as especificidades de cada uma das práticas terapêuticas entendendo que existem situações clínicas em que umas são mais eficazes do que outras e por isso a rigidez de condutas terapêuticas pode ser prejudicial.

As teses terapêuticas de S. Hahnemann, base de toda teoria homeopática tem como uma de suas principais leis a do princípio *Similia Similabus Curantur*. Segundo este princípio “toda substância que produz sintomas peculiares artificiais num indivíduo é capaz de curar os mesmos sintomas naturais nos indivíduos doentes” (HAHNEMANN 1996). Essa lei do Semelhante baseia-se na propriedade da força vital de reagir antagonicamente à ação primária do medicamento, por isso é importante tratar a pessoa com um medicamento único, como preconizam os unicistas, que condenam o uso abusivo de medicamentos, como menciona Hahna:

(...) é melhor não tratar quem está adoecido artificialmente. E o que é a doença artificial? É a doença medicamentosa. Ou seja, ele está adoecido dos remédios que ele toma, você verifica isso por vários parâmetros também. Aí, por outro lado, você diz não...ele não vai se beneficiar da homeopatia, eu não vou tratá-lo. Mas por outro lado, como vou lidar com esse limite e com essa questão dos outros remédios? Isso tem sido uma dificuldade interna para mim.

Determinadas condutas, tanto do usuário, como de outros clínicos podem ser um prejuízo para o tratamento homeopático, comprometendo-o:

O paciente que chega com uma placa pruriginosa no decorrer do tratamento, que na homeopatia é fundamental no processo de drenagem, de exoneração, pode ser uma leitura. O que vai acontecer? Todo mundo vai querer tirar aquela placa, um clínico, não vai pro dermatologista, que que é isso está coçando e eu já tinha informado a paciente, mas aí ela foi e cortou e houve retorno dos sintomas, ela já tinha melhorado. Recaiu, vamos dizer assim, faz parte de um conhecimento ou de um volume de informações, você contar com uma fala diferente nessa hora: Oh!, espera aí, vê com sua médica, quando é o retorno não usa[o medicamento], faz só uma limpeza...

(Hahna)

Neste sentido, seria importante que outras pessoas no centro de saúde tivessem essa visão e pudessem orientar o usuário sobre o processo de exoneração.

Parece-me que ser unicista na rede pública não é uma tarefa fácil, quando não são os próprios profissionais de saúde que reforçam o uso da medicação alopática, são os clientes, que na ânsia de obter a cura, vão em busca de outros profissionais e fazem o que um dos clínicos da unidade denominou com muita propriedade de “*a dança dos usuários*”. Só que o comportamento da clientela do centro de saúde, a qualquer exoneração, pode buscar outro médico que interfere no processo de tratamento.

A tendência dos profissionais é de uma intervenção terapêutica complementar, principalmente em relação à medicina tradicional chinesa, à medicina antroposófica e à homeopatia. É muito comum fazerem tratamento com a homeopatia e o clínico, principalmente os portadores de doença crônica.

A medicina chinesa não exclui o tratamento alopata como na homeopatia. A medicina chinesa não tem essa rejeição

(Tao Yin).

A medicina antroposófica tem essa característica, ela é uma ampliação da arte de curar. A gente não nega a alopata. Então assim, tá precisando de antibiótico? Desequilíbrio que não tem jeito, que a gente usa antibiótico. Depois vamos entender porque que adoeceu, está adoecendo de amigdalite por quê? O que tem no organismo ou nessa parte do organismo, qual o significado disso?

(Michaela).

Muitas mães tratam com o pediatra tradicional e homeopata, e fica na mão da mãe resolver até onde ela vai com o tratamento homeopático, até onde ela não dá conta e ela procura o alopata. Porém eu tomo isso um pouco para mim, sempre dividindo com a mãe, mas eu alivio um pouco a mãe: “oh, nós podemos ir mais um pouco, você dá conta de ir mais um pouco? Eu estou tranquila, que dá parte médica tem condição” aí ela fala “ah, não eu não aguento mais, não quero mais correr o risco” então a gente usa a medicação. Não fica só no meu poder, eu resolvo se vai fazer ou não, mas também não fica só no poder da mãe, que às vezes elas têm... eu vejo muitas mães falarem isso, “eu tenho medo do homeopata”. O homeopata tem que dar uma medicação natural, mesmo o homeopata ou o antroposófico, de ter esse medo, “não porque tem que ser esse tratamento, não pode dar antibiótico, não pode dar corticóide, não pode dar broncodilatador que vai interferir no tratamento” e elas fazem isso com a maior culpa.

(Sofia)

Para Stael, o bom senso deve prevalecer se o profissional se depara com situações clínicas agudas e potencialmente graves:

Se você tem um menino pequeno, começa com um febrão, é desesperante mesmo e você fica na dúvida. Se é um paciente que eu já conheço, se for meu paciente antigo, a gente tenta ver o medicamento para aquele momento. Eu sempre procuro observar a criança e todos os dias eu confiro o diagnóstico, que é um medicamento tanto clínico, como homeopático. Se eu não conseguir esse medicamento, o quê que é direitinho, o quê que está acontecendo, eu não vou acertar o medicamento. Agora depende, eu busco ter um bom senso clínico, por exemplo, se é uma criança muito pequenininha, está com febre de 39, eu dou antitérmico, porque essa criança pode ter uma convulsão. Vamos supor, é uma pneumonia, é um velhinho que pode complicar ou um bebezinho, eu acho que eu não tenho uma condição de assumir e ter uma certeza absoluta que aquele paciente não vai complicar. Então eu uso medicamento clínico também.

Como já foi mencionado anteriormente, a medicina antroposófica reúne diferentes tratamentos incluindo sessões pedagógicas, filosóficas, avaliação biográfica, de alimentação e de hábitos de vida.

A gente tem como atuar na fase aguda com medicação antroposófica com cuidados, com banhos, com repouso, mas se a gente vê que isso não é suficiente, que o organismo está debilitado, que não pode, a gente usa medicação alopática. Então porque a gente não nega a alopatia. A criança não tem que ir em outro

pediatra é só eu mesmo e muitas vezes eu faço esse papel que a mãe faria.

Todos estes procedimentos poderiam ser indicados para os usuários como forma de complementar o tratamento no centro de saúde; como por exemplo, a utilização de compressas. A falta de condições físicas e técnicas impede que estas sejam feitas no centro de saúde, o que demonstra a impossibilidade de exercer com toda a plenitude a medicina antroposófica. Esta situação foi relatada pela médica que iniciou esta prática no centro de saúde. A pessoa fazia a aplicação de compressas no centro de saúde, ficava um pouco em repouso e depois ia para casa. A falta de uma infraestrutura adequada, além de outras condições técnicas desestimulou a continuidade dessa prática no centro de saúde.

Porque a auxiliar começou a reclamar: que estava dando serviço extra para ela, que ela não era obrigada a fazer. Esse tipo de comentário é muito difícil e desrespeitoso, talvez para o paciente; ali a própria paciente pediu para interromper, eu então ensinei ela a fazer em casa, é uma técnica relativamente simples, ela é uma paciente mais esclarecida. Eu tenho a impressão de que ela deve ter feito direitinho, mas é claro, uma terapia que a princípio, a idéia é que o paciente esteja recebendo essa terapia passivamente, é bem diferente do próprio paciente ter que preparar a terapia que seria uma atitude reativa, isso é bem diferente.

(Michaela)

Dentre as ações desenvolvidas no centro de saúde, a que mais evidenciou a incorporação de diversidades foi a consulta médica, que segue alguns passos de um atendimento convencional, incluindo anamnese, exame físico, diagnóstico e condutas. Foram identificados, nestas etapas, aspectos similares e outros, que a diferenciam das consultas adotadas pela medicina alopática. Dentre estes, destacam-se nos relatos dos colaboradores: a relação médico-paciente, o tipo de entrevista, o diagnóstico, a duração da consulta, como descreveu Hahna:

A pessoa vem geralmente com uma queixa física. Como é que você está da gastrite? – “Ah, eu estou melhor.” Muitas vezes o retorno é assim (o paciente responde)... nada. Nada como? Então, você tem que pegar e ir arrancando essas mudanças. Aí você vê o físico se teve algum sintoma novo, se teve alguma reação, por exemplo, uma

reação de coceira, secreção, diarreia, vômito, são reações exonerativas da doença que são excelentes [quando acontecem]. Febres, reações agudas após tratamento, você vai combinar isso e interpretar isso junto com a melhora mental, do humor, de temperamento, mudança nas sensações, nos medos. É para você chegar a trabalhar esse lado, como é que foi o seu dia, como é que está o seu relacionamento com as pessoas, como é que está a questão de você sentir raiva, aí, em meia hora é uma coisa assim você tem que entrar muito na vida pessoal da pessoa e é pouco espontâneo...

Sammuel, referindo-se à reação inicial de sua clientela, identificou aspectos que fazem a diferença entre o modelo de consulta adotado pela alopatia e a homeopatia:

(...) o que chamou mais atenção para eles é que a consulta era muito diferente, de repente eles consultavam com um clínico que estava acostumado a ser atendido em cinco, dez minutos, porque não precisa mais do que isso, a não ser um caso mais complicado(...) você vai repetir uma técnica, então aquela técnica é a mesma para todo mundo.

Em consonância com os pressupostos das práticas não-alopáticas, a consulta médica é norteada pela visão da pessoa na sua integralidade. A entrevista é caracterizada por perguntas que permitam obter informações de caráter subjetivo, embora alguns dos colaboradores referiram que isso nem sempre é possível, pois muitas vezes o usuário não está preparado para respondê-las, como ressalta Sammuel:

O difícil é fazer com que essas pessoas saibam falar delas mesmo. Esse é o grande problema, porque o nível dessas pessoas é mais baixo, muitas vezes elas nem entendem o que é você quer, o que você pergunta, muitas vezes elas não sabem nem ler, às vezes você faz as perguntas e elas ficam olhando para você sem saber o que é, e não entende mesmo. Perguntas sobre a personalidade delas, você pede para a pessoa se descrever (...) a pessoa que tem mais facilidade para falar, a consulta vai fluindo então você vai observando e vai colhendo as informações, mas às vezes as pessoas são mais caladas, você tem que pedir, tem que perguntar e é muito chato, falar de mim o quê, que você quer saber, elas não têm a menor idéia.

Sammuel comenta também que a grande dificuldade dessas consultas é garantir a consistência das informações dos clientes que, muitas vezes, fornecem poucos subsídios para a busca do remédio correto, o que acaba comprometendo a terapêutica:

Esse que é o grande empecilho que eu vejo porque a homeopatia ela é individualizada. Você vai fazer uma prescrição, então se você vai fazer uma receita, você vai fazer uma receita baseada na pessoa, nas características da pessoa, você vai estar trabalhando com a pessoa e não com os sintomas. Então isso aí de fato é difícil...eu tenho pessoas aí que tratam já há mais de anos que até hoje eu não tenho certeza se a prescrição é uma prescrição certa. Eu costumo tirar a prova depois, eu anoto tudo e depois, nas consultas seguintes, eu volto no mesmo assunto, pergunto as mesmas coisas para ver se eu vou ter exatamente a mesma resposta. Se ele vai responder a mesma coisa.

Tendo em vista que as práticas não-alopáticas preconizam uma intervenção terapêutica fundamentada na singularidade da pessoa, é primordial que o profissional de saúde estimule o cliente a aprender a olhar para o seu interior e escutar o que um determinado sintoma está lhe dizendo. Aprender um novo comportamento nessas circunstâncias é imprescindível, pois culturalmente, as pessoas não têm o hábito de tocar o seu corpo, de se observar, de se questionar e analisar suas reações, sentimentos e comportamentos. Além disso, alguns enfatizaram que a consulta é laboriosa e demanda “um caminhar juntos” entre profissional de saúde e cliente.

Observei que a consulta médica realizada pelos profissionais não-alopatas tem alguns aspectos que são diferentes de uma consulta médica clássica e outros que são comuns, como por exemplo, alguns passos da anamnese médica.

Na medicina antroposófica, a anamnese inclui a pesquisa biográfica, que consiste de questões acerca da vida da pessoa em todas as fases, desde a infância para ver como vem se compondo essa vida, e nessa composição, nesse processo por que surgiu a doença. Na pesquisa biográfica, é muito importante situar os fatos, a idade da pessoa na época, e como ela reagiu, o que sentiu, o que pensou diante dos eventos da vida. É também muito importante saber quais as doenças que essa pessoa teve. A pesquisa biográfica é feita desde a infância até o momento atual, quando se

começa a abordar o cotidiano do cliente, a sua relação social, familiar, trabalha ou não, como está conduzindo o seu dia a dia, se tem ritmo, se tem horários a serem vividos ali. Outros dados importantes são, por exemplo, como está dormindo e como está acordando. Com isso, pode se ver essa dinâmica de consciência entre o onírico e o alerta, a parte que observa a vitalidade; como está o seu apetite, como está a sua disposição para vida, a sua memória; e também algo mais metabólico, como está a digestão e o momento em que ela come, de quê gosta de comer, de quê não gosta, o quê lhe faz mal comer. Então através dessas atos, vai-se ter uma noção de como está sendo a elaboração metabólica dessa pessoa; é muito importante a questão do ritmo intestinal de uma abordagem de como está o cotidiano, o quê ela sente, o quê ela vive, o quê ela vive em si, inclusive fisicamente..

A construção da relação médico-paciente pautada no estabelecimento do vínculo entre ambos é o aspecto de exuberância na ação dos profissionais de saúde e exige certamente um tempo maior de consulta, o que nem sempre é possível no serviço público de saúde, onde se observa uma massificação do atendimento. Este pode ser atribuído a diversos fatores sócio-políticos, onde não se prioriza a atenção às necessidades específicas de cada pessoa, que não encontra a oportunidade e um espaço de *ser*, mas apenas de *estar*, por um exíguo período de tempo. Essas considerações foram evidenciadas na narrativa de alguns colaboradores.

Esses pacientes que vêm ao posto de saúde são pessoas mais carentes, não têm assim, tanta atenção, aí quando vai ao médico, quando procura algum serviço, eu acho que normalmente o tempo que a pessoa [o profissional] dispensa com eles não é tanto quanto a gente aqui, quanto numa prática como essa que além de tudo, ainda tem essa particularidade que eu vou vendo a mesma pessoa várias vezes. Acho que é assim, estabelece um laço, um conviva para ir em um aniversário, trazem um presente, o que elas têm acesso e conseguem fazer elas trazem, acho que é uma maneira, assim, de agradar mesmo, eu não sei [fala das relações e dos vínculos que são construídos] essa população desse posto, não é só comigo, é com todos os médicos, mesmo os funcionários tem essa relação assim. Mais vínculo, é, acho que é pela proximidade mesmo, sempre eles vêm aqui, conhece todo mundo.

(Tao Yin)

Tomando como referência o espaço onde a consulta é realizada, alguns colaboradores caracterizam a “*consulta de consultório*” e “*consulta do centro de*

saúde” e fazem as seguintes distinções entre uma e outra. Uma das colaboradoras relatou que, no início, atendia da mesma forma que no seu consultório particular, dispensando “*uma hora para o cliente em primeira consulta*”. Aos poucos, percebeu que isso não era possível, dada a cultura do serviço público que impõe a produtividade e ainda limites que precisam ser vencidos pelos profissionais das práticas não-alopáticas para que alguns passos da consulta não se percam. Como por exemplo, o tempo reservado para essas consultas previamente é limitado em 50 (cinquenta) minutos para a primeira consulta do cliente e 30 (trinta) minutos para as outras consultas. Isso exige do profissional uma abordagem mais dirigida, ao contrário do ideal, que é a espontaneidade de expressão da pessoa durante a consulta. Considerando que a expressão verbal do cliente traz em si a vitalidade que pode contribuir no revelar da enfermidade. Uma das colaboradores relatou que isso interfere numa etapa essencial da consulta homeopática, “a repertorização”, trazendo ansiedade e insatisfação para o profissional, comprometendo sua intervenção terapêutica.

Meia hora é a hora que o paciente começa a relaxar. Limita demais. Eu não atendo nem em meia hora. Eu tenho feito o seguinte: a primeira consulta eu gasto quase uma hora, eu gasto um tempão. Aí, a segunda eu já vou diminuindo e os retornos eu não fico meia hora, fico 25 min. Então assim, um, eu atendo direitinho, atendo assim, dentro do que eu acho que deveria ser, gasto 50 minutos e 1 hora, marco um retorno para daqui uns dias se for necessário. Agora os outros eu dou uma enxugada, muitas vezes eu indico o orgânico. Então hoje em dia eu faço assim, eu deixo o repertório aqui do lado, o paciente fala aí, eu trato assim(...) tem aquela imagem, eu acho que está um pouco deficitário na questão do tempo, por isso, eu não me sinto totalmente satisfeita com o atendimento.

(Stael)

Percebe-se ainda na fala de Hahna que esses profissionais acabam vivenciando um dilema entre a aplicabilidade do seu conhecimento e a necessidade de adequar-se a um tempo nem sempre disponível:

Nessa primeira consulta, você vai procurar fazer da melhor maneira possível uma vez que os retornos são de meia hora e a gente acha que meia hora é um tempo limitado diante da técnica

homeopática que implica você pesquisar sintomas mentais, gerais e físicos e buscar o miasma do paciente, ou seja, buscar um fio condutor que o leva ao sofrimento mais profundo, e o que dita todos os desdobramentos emocionais, mentais e clínicos, físicos, da aparência da doença, da enfermidade.

Essa mesma colaboradora faz uma distinção entre a consulta médica desenvolvida com o cliente “novo”, aquele atendido em primeira consulta, e o cliente “antigo”, aquele que retorna freqüentemente ao centro de saúde, atribuindo um significado a essa experiência:

Um paciente novo representa sempre essa renovação e esse crescimento porque o antigo eu já conheço mais ou menos, tem os desdobramentos na evolução, mas o novo traz essa coisa da nova experiência mesmo e isso é fundamental e espalha essa idéia que a gente sente que a homeopatia faz no sentido do alívio do sofrimento, parece que você leva essa melhora para outros lares, principalmente quando você pega uma pessoa nova, você sente que aquilo ali vai mudando o contexto, a situação familiar já vai mudando à medida que uma pessoa está mais equilibrada, a gente tem percebido isso com clareza. Então é muito gratificante, eu gosto de primeira consulta porque eu sinto que a repercussão é mais do que individual.

(Hahna)

O serviço público torna-se o “*locus*” de uma clientela “cativa”, que é caracterizada pela concentração dos mesmos usuários no serviço. Como observa-se nessa fala de Hahna, a clientela “cativa” limita a convivência desses profissionais com o “novo”, e pode, induzi-los a uma rotina pouco estimulante, no sentido de não colocá-los diante de novos desafios no seu cotidiano profissional. Isto parece interferir na administração do tempo da consulta, reduzindo a duração dos retornos, como já foi mencionado na fala de Stael. A consulta médica segundo as práticas não-alopáticas possibilita estabelecer um diagnóstico independente dos resultados de exames laboratoriais, por serem consideradas medicinas energéticas. Uma das etapas da intervenção terapêutica, que foi o diagnóstico médico, especificamente mencionado pelos colaboradores. Para estes, o diagnóstico tem uma lógica completamente diferente da medicina alopática sendo um processo mais ampliado, global e individualizado, como descreve:

A gente nunca faz um diagnóstico de uma doença que é generalizada, que todo mundo que tiver aquela doença vai ter a mesma coisa como a gente costuma fazer na medicina alopata. É muito pelo contrário, é aquele indivíduo que está tendo aqueles sintomas, para ele eu vou dar, eu vou falar aquilo, que nele está tendo doença de tal órgão, tal diagnóstico, o procedimento é muito diferente, de ter essa visão global.

Nas práticas não-alopáticas, o diagnóstico não é determinado prioritariamente por resultados de exames laboratoriais, mas sim, através da compreensão da pessoa numa experiência individualizada.

O exame, ele só me dá uma visão de uma situação física daquela pessoa, naquele momento, de como está uma determinada parte física dele, vai me dar essa impressão. E no ponto de vista homeopático interessa a pessoal como um todo, então de fato a gente usa bem menos exames.

(Sammuel)

Tanto é, que na homeopatia, o diagnóstico seria o medicamento. Por exemplo, se a pessoa sofre de Lycopodium, quer dizer, que ela tem os sintomas que o Lycopodium causa numa pessoa sadia. Na medicina tradicional chinesa, o mais importante é a avaliação do pulso e da língua, juntamente com a história clínica.

Pode ser estagnação de energia, acúmulo de umidade, então você tem que juntar isso com a história do paciente e fazer um diagnóstico.

(Tao Yin)

Consultando os prontuários dos usuários da acupuntura, constatei que as anotações são diferentes da forma oficial de se anotar sobre uma doença. O diagnóstico é a deficiência de rins e baço, aumento do yang do fígado, aí as siglas BP6, R7, CS6, Bai hui, Yian tan, Tai chong, Sanyin jiao, que são os nomes em chinês dos pontos de tratamento utilizados. Questionando sobre o significado destes pontos, a acupunturista explicou que cada ponto tem um significado diferente de acordo com sua localização no corpo.

Diante do exposto, compreendi que o grupo cultural formado pelos profissionais das práticas não-alopáticas influencia a cultura local trazendo novos saberes, crenças,

valores, símbolos no entorno de uma nova visão do processo saúde-doença e da intervenção terapêutica. Vê-se que a inserção das práticas não-alopáticas no serviço público de saúde é uma realidade. E essa realidade propicia a construção de novas formas de interação e intervenção terapêutica.

Capítulo 5

A REALIDADE DAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

NÃO-ALOPÁTICAS

NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Tem uma coisa, no serviço público é que a gente lida o tempo todo com a vontade política dos dirigentes isso você não dá importância, mas ela fica implícita em algumas ações, ela permeia um monte de coisa o tempo todo.

G.C; médica do Programa)

O serviço público de saúde no Brasil, pautado no modelo assistencial do SUS, coloca-se nesse estudo como o contexto particular onde a cultura das práticas não-alopáticas está inserida. As culturas não podem ser pensadas como realidades estáticas, mas sim como realidades dinâmicas que estão influenciando e sendo influenciadas o tempo todo por outras culturas. No capítulo anterior a compreensão da cultura das práticas terapêuticas não-alopáticas desvelou os significados atribuídos à mesma pelos profissionais não-alopatas.

A descrição da forma como a cultura vai sendo assimilada e interpretada tanto no nível local, como no nível central da SMSA/BH, revelou o caráter processual das diferentes etapas de institucionalização do Programa de Práticas Não-Alopáticas, sem contudo aprofundar aspectos políticos e ideológicos da realidade do Programa.

Assim, com a finalidade de aprofundar estes aspectos e discutir as possibilidades, os limites e as perspectivas das práticas terapêuticas não-alopáticas no contexto do serviço público de saúde, recorri ao conceito de campo introduzido por BOURDIEU (1983, 1994). Segundo o referido autor, um campo é um espaço estruturado de posições, sendo suas propriedades atribuídas à posição que os

indivíduos ocupam no mesmo. BOURDIEU (1983, 1994) mostra que os campos tem leis universais e leis próprias guiadas pelas suas particularidades subdividindo-se em: campo científico, da política, artístico e o do poder que interessa mais de perto. Para esse autor, um campo define-se através da disputa de objetos e dos interesses específicos do mesmo em oposição aos interesses próprios de outros campos. Por isso o campo é o lugar da luta evidenciada pelas relações de força entre os diferentes tipos de interesses. Todo campo tem uma dinâmica de funcionamento, assim como outros campos da sociedade, sendo regido por um jogo contínuo de forças externas e internas que agem sobre o mesmo, expressos através de lutas, conflitos, dilemas e confronto de idéias. Dessa forma, para que um campo funcione, é preciso que haja objetos de disputas e pessoas interessadas em disputá-los, dotadas de *habitus* que impliquem no conhecimento e reconhecimento das leis do jogo (BOURDIEU 1983). O grau de autonomia de um campo está associado às leis específicas de seu funcionamento e às posições que os sujeitos ocupam no interior do mesmo.

O conceito de campo, como descrito, permite compreender as relações de poder nos diferentes espaços sociais, aplicando-se, assim, à realidade deste estudo; entendendo a área de saúde, como este campo e o serviço público, como parte integrada neste campo. E no campo da saúde que está, o tempo todo, sendo influenciado pelos movimentos sociais, trazendo consigo aspectos permeados por uma rede de significados.

As práticas não-alopáticas, no contexto do serviço público de saúde estão inseridas no espaço historicamente instituído de hegemonia da medicina oficial. É neste campo, que os profissionais não-alopatas constroem princípios que fundamentam e organizam sua prática. Como foi mencionado no capítulo anterior, muitos médicos não tinham a experiência profissional no serviço público, o que exigiu de alguns, um aprendizado para lidar com a dinâmica imposta pela rede pública de saúde, inclusive com a disputa e os conflitos entre os saberes da medicina oficial e o das práticas não-alopáticas.

O serviço público de saúde no Brasil tem sido visto, na maioria das vezes, como um espaço social desgastado, ineficiente, de desmotivação dos seus trabalhadores; reservado ao atendimento de pessoas com baixo poder aquisitivo, combinando excesso de demanda com ociosidade, sucateamento material e humano,

(ROLLO 1997). É tido ainda como um espaço de impessoalidade que ajuda a reforçar a burocratização da atenção médico-sanitária, na medida em que dificulta e impede a expressão individual e cotidiana da subjetividade da clientela (CAMPOS 1992). O grupo cultural estudado mostrou compartilhar essa mesma visão que foi expressa por uma das colaboradoras:

(...) há movimentações políticas de um certo poder, nós não temos patrão, nós temos uma gerente, nós não temos patrão visível. Então tem aí um empurra-empurra de poder muito complicado. Eu estou citando isso porque são características do serviço público. É uma característica eminente do serviço público. Dentro do serviço público a gente vai estar sujeito a uma série de coisas. O que eu percebo é que não se tem mesmo um envolvimento para trazer a questão da saúde. Isso faz com que a gente encontre algumas dificuldades uma postura que ainda vê o serviço público não propriamente para buscar a saúde no tratamento da pessoa.

(Michaela)

A “vontade política” é um dos eixos que tem norteado as ações de muitos campos sociais, não sendo diferente no campo da saúde. Muitas vezes, atribui-se à falta de vontade política o não funcionamento do sistema de saúde. Isso revela a instabilidade de algumas propostas quando o grupo social que as impulsionam muda de posição no campo de poder. Inúmeras situações foram relatadas pelos os colaboradores desse estudo, que ilustram o efeito dessas mudanças para o Programa, como foi o caso, da mudança do Secretário em 1998 e da não-representação dos médicos não-alopatas no comitê técnico-científico da dengue na SMSA/BH, já mencionadas anteriormente.

Além da “vontade política” o serviço público de saúde, na percepção de alguns colaboradores, não tem uma postura de “buscar a saúde no tratamento da pessoa” como descreveu Michaela, apesar desse discurso estar presente no ideário do SUS. A proposta de gestão descentralizada da saúde foi implantada em todo país apostando no salto qualitativo de transformação da atenção médico-sanitária, em defesa da vida, o que resultou em poucos avanços abrindo cada vez mais espaço para o ideário do projeto neoliberal para a saúde (CAMPOS 1992; MENDES 1998).

Uma das gerentes destacou que o processo de inserção das práticas não-alopáticas no serviço público:

(...)não é uma tarefa fácil de você fazer a incorporação de uma prática que não é hegemônica, tem uma resistência, e não é uma coisa que você tem certeza que vai dar certo.

Dar visibilidade ao Programa e vencer as resistências próprias da implantação de um projeto novo no âmbito da SMSA/BH, ainda mais tratando-se de práticas não-alopáticas, consideradas para muitos profissionais da saúde como “marginais” e “não-científicas” foi uma tarefa árdua que exigiu muita perseverança de toda equipe idealizadora da proposta. A resistência à implantação do Programa apesar de não explicitada verbalmente foi desvelada na fala dos colaboradores na descrição de atitudes e comportamentos de gerentes e outros profissionais do serviço, bem como na falta de espaço físico adequado para atendimento à clientela e na relação com o nível central da Secretaria.

Várias situações ilustram a resistência demonstrada por alguns gerentes ao Programa, como por exemplo, o impedimento de que os médicos clínicos, com formação em homeopatia possam reservar alguns dias para concretizar o atendimento homeopático. Situações, como esta, confirmam na avaliação de algumas gerentes que *“o Programa está assumido enquanto proposta mas não enquanto política”*.

O Programa pelo seu caráter inovador colocou o desafio da criação de instrumentos que viabilizassem as práticas não-alopáticas no modelo assistencial do SUS dentre eles a garantia dos medicamentos não-alopáticos para o usuário, mas ainda não se constituiu enquanto política no âmbito da SMSA/BH. O que significa garantir a sua autonomia junto a estrutura formal da Secretaria com recursos financeiros e humanos disponíveis. Como foi mencionado no cap.1, a implantação de práticas terapêuticas não-alopáticas em serviços públicos de saúde no país vem aumentando, principalmente depois das recomendações da XIX Conferência Nacional de Saúde. Porém com o sucateamento financeiro da rede pública, propostas dessa natureza não tem sido prioridade dentro do modelo assistencial do SUS, como é o caso do atual Programa de Saúde da Família, o Programa de Saúde da Mulher e outros, e por isso não avançam.

Outras experiências mostram como as forças políticas no campo da saúde, em especial no setor público, direcionam o seu funcionamento garantindo ou não o avanço de determinados projetos. Na cidade de São Paulo durante a gestão do

PT, em 1990, foi criada na Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, o Grupo Especial de Programas em Práticas Alternativas de Saúde – GEPRO / PAS – que implantou a homeopatia, a fitoterapia e acupuntura na rede do SUS e criou um centro de referência em práticas não-alopáticas, na região leste da cidade para atendimento do usuário. Este centro apesar de dispor de toda infraestrutura de recursos humanos, financeiros e materiais foi desmantelado inviabilizando a sua continuidade.

Considerando que as posições ocupadas pelos agentes, dentro de um determinado campo, contribuem para garantir a sua autonomia, é possível imaginar os avanços que determinados projetos de institucionalização de outras práticas não-alopáticas na rede pública poderiam ter se um maior número de profissionais não-alopatas assumissem posições de gestores.

Além da falta de definição como “política”, no nível central da SMSA /BH a inserção dessas práticas no serviço público ocorreu sem uma articulação com as bases filosóficas, em especial da medicina tradicional chinesa, conforme assinala uma das colaboradoras:

O serviço público não incorporou a filosofia do que é essa outra forma de atender, por isso fica complicado.

(Tao Yin)

Como foi mostrado no capítulo anterior, todas as práticas terapêuticas aqui estudadas estão alicerçadas em bases filosóficas com a existência de uma cosmologia não somente explicitada, mas elaborada e descrita através de várias teorias, como por exemplo, a “teoria dos cinco elementos” na medicina chinesa, que orientam sua utilização. Esses preceitos teórico-filosóficos orientam, de alguma forma, a intervenção terapêutica do profissional. A medicina tradicional chinesa por exemplo, tem reduzido seu atendimento a acupuntura, quando é sabido que a base dessa medicina é muito mais fitoterapia do que na acupuntura, o que na opinião da médica acupunturista poderia auxiliar no equilíbrio bioenergético da pessoa enferma.

A não-incorporação das bases filosóficas, rituais e tradições que embasam as práticas não-alopáticas no contexto cultural do serviço público de saúde mostra como essas práticas vão sendo re-significadas e adaptadas à cultura local estudada criando práticas denominadas “híbridas” (BARROS 1998). Isto é, práticas

que combinam traços culturais da medicina ocidental com a oriental, criando assim, um caráter de complementaridade, associando terapêuticas de uma medicina com a outra e não substituindo práticas.

A noção de *habitus* descrita por BOURDIEU (1990) contribui para compreensão desse processo de re-significação da prática dos profissionais não-alopatas, mostrando que estes profissionais engendram novas práticas no contexto cultural do serviço público de saúde, configurando uma maneira própria de estar neste espaço social, assimilando novas ações que traduz uma visão de mundo, um modo de pensar.

O plantão dos profissionais não-alopatas no acolhimento é um dos momentos que proporcionam maior visibilidade desse trânsito, sendo definido pelos colaboradores deste estudo, como “*terrível*”; “*um sofrimento*” ter que participar do mesmo. Esses profissionais têm uma orientação de estar atendendo no acolhimento todos os usuários, independentemente da opção deste pelo tratamento não-alopático e, ainda, realizando seu encaminhamento do cliente para as especialidades médicas, o que confronta continuamente com seus princípios. Este posicionamento dos profissionais traz conflitos para a sua prática e ao mesmo tempo coloca em discussão a idéia de complementaridade e/ou de integração terapêutica entre as diferentes racionalidades médicas.

A integração dos pressupostos filosóficos da medicina ocidental com as tradições filosóficas orientais vem sendo defendida por alguns profissionais de saúde vanguardistas e concretizada em alguns países, através de algumas experiências isoladas em hospitais e universidades, já citados anteriormente (MICOZZI 1996).

Identifiquei que o processo de inserção das práticas não-alopáticas em cada centro de saúde ocorreu de forma diferenciada atendendo as singularidades do grupo cultural que as exerce. Cada uma das unidades passou por uma dinâmica própria, dadas as peculiaridades da dimensão organizativa das mesmas. Tanto no que se referia às especialidades médicas que foram implantadas, quanto às características da intervenção terapêutica que, em alguns serviços, iniciava-se com o acolhimento enquanto em outros, isso não ocorria.

A percepção que alguns gerentes tem do Programa perpassou com recorrência os depoimentos, como demonstra a fala abaixo:

(...) são trabalhos isolados e muito diferenciados em cada unidade até na produção, que é uma coisa simples, mas também na compreensão das equipes, na compreensão da população, na compreensão dos próximos serviços vizinhos e outras unidades, eu acho que deu uma paralisada.

A compreensão que alguns gerentes tem do Programa como “*trabalhos isolados*” e “*diferenciados*” demonstra a percepção dos mesmos sobre a forma como a cultura das práticas não-alopáticas está articulada com os demais programas na SMSA/BH.

Questionados acerca do desenvolvimento e das perspectivas de inserção das práticas não-alopáticas dentro do serviço público de saúde, uma das gerentes enfatiza:

O projeto estacionou não teve aquela priorização da instituição em continuar contratando profissional concursado e de estar inclusive constituindo equipes formando o pessoal da enfermagem, que é quem trabalha em todos os programas. A enfermagem é fundamental em tudo que você faz a nível de saúde pública, que eu acho que se tivesse avançado não só na contratação de mais profissionais médicos, em constituição de equipes, não só o homeopata, o acupunturista, o médico antroposófico e mais, aí eu acho que você tem uma equipe médica, mas que você não vai ficar só nisto, então você tem essa equipe em uma unidade ela tem que integrar com o restante dos outros profissionais principalmente com a enfermagem, que é quem vai dar suporte a essas práticas.

A estagnação do Programa foi demonstrada pela falta de ampliação do número de profissionais envolvidos com o mesmo e das unidades onde o mesmo foi implantado. O último concurso foi realizado em 1996 e de lá para cá só houve remanejamento de médicos. Observei que o PPTNA gera um novo “status” no serviço público agora desenvolvido por médicos e não mais pelos agentes da medicina popular. Outros aspectos a ser ressaltado é a centralização do Programa na prática clínica de consultório, induzindo a uma estratégia de trabalho individualizada faltando ainda, uma maior integração com os demais profissionais. A decisão pela inserção de práticas não-alopáticas reconhecidas como especialidades médicas, se por um lado eliminou a possibilidade de profissionais que não tinham formação médica executá-las, por outro centralizou as práticas não-alopáticas no ato médico

excluindo a possibilidade do exercício de outras categorias profissionais. Apesar da equipe contar com a participação de dois farmacêuticos homeopatas. O Programa está centralizado no ato médico o que traz algumas implicações para o serviço, como por exemplo, dificuldade de envolvimento de outros profissionais de saúde com essas práticas, na orientação da clientela sobre as mesmas não havendo até o momento espaço para integração de outros profissionais ao Programa. O ato médico é que tem norteado as intervenções com a clientela. Desse modo, os profissionais não conseguiram romper com o modelo tradicional de atenção à clientela e foram poucos os investimentos para atuação mais coletiva, com recursos da comunidade com maior ênfase na promoção e prevenção. Neste sentido, a gerente enfatiza a importância da construção de equipes ampliando, assim, a participação de outros profissionais, como por exemplo o pessoal de enfermagem.

Ela aponta portanto que uma outra fase seria a de expansão do Programa com a qualificação de profissionais de outras áreas, principalmente da enfermagem.

Observa-se que a proposta previa a implantação de outras práticas, como a medicina ayurvédica e a fitoterapia, o que ainda não foi concretizado. Ao questionar uma das coordenadoras do Programa sobre esse fato ela explicou que a oferta dessas práticas não foi viabilizada até o momento, porque ainda é muito restrito o número de profissionais médicos com formação nessas áreas. Ao mesmo tempo, estas ainda não são reconhecidas como especialidades médicas e não existem vagas para essas categorias na SMSA/BH.

A gerente expõe ainda o seu temor pelo futuro da homeopatia e da antroposofia também, no serviço público, por essa questão de número de atendimento porque o SUS trabalha em cima de número visando a produtividade.

É uma prática totalmente possível dentro do serviço público, eles deveriam incentivar a gente sabe que tem outros médicos que fizeram concurso, que estão capacitados para entrar, até hoje não foram chamados nem nada, esse problema é realmente grave, de ser a única[refere-se a médica acupunturista] e uma demanda enorme.

(Coordenação do Programa)

Outro aspecto que delinea as características dessa cultura no serviço público é a demanda de consultas é sempre maior do que a oferta dessas,

conseqüentemente há um baixo índice de primeiras consultas, em proporção ao elevado número de retornos dos clientes. Em decorrência dessa situação, o acompanhamento periódico do usuário tem que ser realizado em intervalos de tempo cada vez maiores, podendo em alguns casos comprometer a intervenção terapêutica. Neste sentido, vários mecanismos tem sido discutidos pelo grupo da Coordenação Geral do Programa com intuito de minimizar essas dificuldades. Tanto é, que naqueles serviços em que o acolhimento foi ou está sendo implantado percebe-se uma abrangência maior de novos clientes na composição das agendas. Nesses serviços, observei que o índice de desistências de consulta é baixo e as faltas dos clientes são justificadas pessoalmente ou por telefone, seguidas de uma solicitação de remarcação da consulta.

Uma das características tanto da acupuntura, como da homeopatia e da medicina antroposófica é o longo tempo exigido para o tratamento, devido à cronicidade das doenças da clientela e às próprias características da intervenção terapêutica das mesmas.

Em relação aos usuários, deparei-me com situações que mostraram a necessidade de um trabalho de orientação mais intenso, já que muitas vezes estes não têm clareza sobre o quê são as práticas não-alopáticas. Inclusive alguns colaboradores ressaltaram que há diferença na qualidade da resposta ao tratamento, havendo vários casos de melhora do quadro clínico e uma evolução melhor da doença, quando o cliente busca essas práticas como uma opção consciente. O mesmo não é observado quando a pessoa não sabe porquê as procura, desconhecendo o significado de sua opção.

Vale ressaltar ainda que as práticas parecem trazer vantagens para o serviço público, principalmente no tocante a relação custo-benefício, conforme avaliação realizada por um dos colaboradores:

O serviço público só tem a ganhar com isso, porque uma das coisas que despertou interesse pela homeopatia foi o fato de ser uma prática mais barata, de usar muito menos exames. No serviço público isso é uma das vantagens é muito mais barato e o grau de eficiência é muito maior, eu tenho um número muito grande de pacientes crônicos que não tinham perspectiva de terminar o tratamento e que hoje não fazem uso de remédio nenhum, o consumo de remédio caiu muito. O remédio homeopático é

infinitamente mais barato, além de ser mais barato ele pode ser produzido na própria rede pública.

(Sammuel)

Ainda não foram realizadas pesquisas sobre a relação custo-benefício do Programa comparando com a medicina oficial. Sabe-se contudo que os gastos com medicamentos nas farmácias conveniadas tem garantido a sustentabilidade do Programa nessa questão. sob o prisma do consumo de medicamentos o Programa, parece ser mais barato, mas em relação ao processo de trabalho ocorre com menor número de consultas, o que pode representar um maior custo com uma produtividade diferenciada.

Outro aspecto que deve ser ressaltado na inserção das práticas não-alopáticas no serviço público de saúde é o debate da polaridade: medicina oficial científica e práticas não-alopáticas/ não-científicas. Esta questão sempre tangenciava as discussões do grupo e ficaram muito presentes Sempre que eu questionava sobre outro paradigma de saúde na Secretaria os profissionais tomavam como exemplo a experiência da epidemia da dengue, já descrita no Cap.3. Trata-se portanto de uma experiência rica de confronto de saberes das diferentes racionalidades médicas, aqui em estudo.

Apesar da falta de evidências científicas as observações empíricas de gerentes e dos próprios médicos relatavam uma melhora rápida e uma eficácia muito grande do medicamento homeopático o surpreendeu todo mundo.

Os médicos do PPNA reagiram ao tomar conhecimento do parecer do referido Comitê e fizeram vários questionamentos e reflexões sobre os paradigmas de cientificidade adotados pela medicina oficial. Quem tem autoridade para dizer o que é ciência e não é ciência? Como raciocinar alopaticamente numa proposta homeopática? Estas são perguntas difíceis de serem respondidas, porque a lógica da homeopatia é muito diferente da lógica da medicina oficial. O Comitê não tinha na sua composição homeopatas e para muitos o ideal seria falar a linguagem homeopática na linguagem alopática.

Na concepção dos profissionais do PPNA/SMSA/BH:

“...para a Secretaria de Saúde assumir uma recomendação de massa a gente tinha que ter uma prova científica de que funcionava. O que a gente não tinha a gente trabalha não tendo

isso. Então a questão da dengue ela foi nesse sentido, ela foi limitada na questão da prevenção e, eles colocaram para gente, se vocês quiserem seria até importante para a homeopatia fazer uma pesquisa, escolher um grupo um local que vocês traçariam como prioridade, não só para o avanço da homeopatia, mas para, até que vocês consigam entrar em alguma coisa, porque o público ele tem que provar. Igual o cara [responsável do Comitê Científico da Dengue] me falou: ‘-Todo mundo sabe que citronela espanta mosquito, mas isso é empírico, não tem nada que prove por a + b, então eu não posso chegar no rádio e jornal e falar que a Secretária de Saúde a partir de hoje prescreve citronela, porque citronela espanta mosquito.’ Eu achei que os colegas homeopatas ficaram achando que isso é perseguição, preconceito (...) a meu ver isso é resguardar a instituição até de um processo civil, entendeu ?

A experiência vivenciada pelo grupo cultural é para ser enfrentada com uma discussão acerca da forma como um paradigma cartesiano-mecanicista se afirma como científico ou não. Reportando-me as idéias de KLEINMAN (1995) sobre a biomedicina como *locus* da produção de um conhecimento médico universal, que a intitula como “medicina científica”. O autor enfatiza a linguagem como um aspecto de aproximação e distanciamento da biomedicina com a ciência.

Esta experiência de confronto de saberes desencadeou um processo de revitalização da proposta anterior com a elaboração de projetos de pesquisa e fortalecimento do processo de educação continuada.

O campo científico embora que tenha chegado a um alto grau de autonomia tem essa particularidade que é o fato de só termos alguma possibilidade de triunfar nele sob a condição de nos conformarmos às leis imanentes desse campo, isto é, reconhecer praticamente a verdade como valor e respeitar os princípios e os cânones metodológicos que definem a racionalidade no momento considerado, bem como de investir nas lutas todos os instrumentos. A lógica de funcionamento do campo, como apontou BOURDIEU (1987) constitui-se de tal modo que determinados agentes em diferentes situações interessam-se por aspectos que favorecem um determinado grupo, como foi evidenciado com as práticas não-alopáticas na epidemia da dengue.

Capítulo 6

臨品

REFLETINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA ETNOGRÁFICA

*Se a etnografia produz interpretações culturais
através de intensas experiências de pesquisa como
uma experiência incontrolável se transforma num
relato escrito e legítimo?*

(James Clifford)

Ao decidir trabalhar com o tema das práticas terapêuticas não-alopáticas deparei-me muitas vezes com a pedra que o poeta Drummond encontrou no seu caminho, portanto a construção desse estudo tornou-se um desafio do início ao fim.

O primeiro desafio foi relacionado a escolha da temática que ainda é pouco estudada apesar da sua relevância no campo da saúde, considerando o aumento da demanda de usuários pelas práticas terapêuticas não-alopáticas. O segundo foi lidar com a complexidade teórica e cultural das racionalidades médicas pesquisadas tendo o cuidado de preservar os universos singulares de cada uma dessas racionalidades, que embora fundamentadas nas idéias vitalistas e taoístas tem as suas particularidades. O último foi transformar em texto toda a singularidade e diversidade da experiência etnográfica sem promover fragmentações na densidade de seus significados.

Por isso, ao término deste trabalho a sensação é de incompletude do caminho e portanto de novas perguntas. É também momento de reflexão acerca do significado dessa experiência.

A compreensão de uma cultura exige múltiplos olhares, de formas e lugares diferentes e mesmo assim este será sempre um processo inacabado, pois é impossível aprêende-la na sua totalidade. Compreender as práticas não-alopáticas entendendo-as como uma cultura, leva-nos a refletir sobre questões de natureza

teórico-metodológica e outras relacionadas diretamente ao grupo cultural estudado que pode ser compartilhada com outros grupos afins.

Desse modo, a cultura das práticas não-alopáticas aqui estudadas permitiu um olhar centrado para a articulação dessa na realidade do serviço público de saúde. Toda etnografia é geradora de uma experiência que muitas vezes está colocada nas entrelinhas do trabalho de campo e que não é revelada. Hoje, os antropólogos pós-modernos, dentre eles Clifford ressaltam o valor dessa experiência, pelo conhecimento que ela gera tanto para o pesquisador e os pesquisados. Desse modo, não cabe, na perspectiva da antropologia interpretativa, apresentar idéias conclusivas sobre a cultura estudada.

Decidi apresentar aqui as experiências que são decorrentes desse processo e das minhas opções, resgatando as questões que ficam implícitas durante a construção do texto etnográfico, como as relações de poder, a autoridade etnográfica e os efeitos do significativo contato com o grupo cultural.

Um dos aspectos mais significativos da cultura é o fato de que elementos díspares se combinam e recombinaem em tantas diferentes expressões onde cada uma das partes é simbolicamente essencial para as pessoas de uma cultura particular. No caso das práticas não-alopáticas foram vários os aspectos que se combinam e recombinaem indicando o caráter processual da inserção do Programa que já avançou em muitos distritos sanitários e vem ganhando expressão no nível local, nas unidades básicas de saúde.

Nesta perspectiva é que eu compreendi a construção desse texto como um processo articulado de intersubjetividade, interação e saberes que foram sendo concretizados com o desenrolar da pesquisa. Por isso essa experiência etnográfica para mim começou a partir do momento que eu fui entendê-la em outra cultura conforme recomenda WOLCOTT (1996) ao mencionar a importância do pesquisador ter tido uma experiência com outros povos de outras culturas no desenvolvimento da etnografia. A justificativa é que o contraste com outras culturas ajuda a entender melhor o sentido que o grupo estudado atribui às suas experiências.

E foi assim que aconteceu comigo ao partilhar com diferentes profissionais de saúde as experiências de incorporação de práticas não-alopáticas em instituições hospitalares e de ensino nos Estados Unidos, durante a minha bolsa

Sandwich na Universidade da Califórnia em San Francisco, tornei-me mais sensível culturalmente o que me levou a descobrir a natureza coletiva da etnografia. Ao buscar pistas para entender a cultura onde vivi por mais de uma ano, comecei a compreender a partir das minhas vivências conceitos antropológicos, como diversidade, universalidade, aculturação que até então tinham uma dimensão mais teórica do que propriamente a sua inteligibilidade a partir do vivido.

Ao mesmo tempo esta experiência foi revertendo-se de outros significados quando eu me inseri na realidade do centro de saúde do serviço público de saúde. Com outros olhos pude então começar a compreender o usuário desse serviço, suas buscas pela saúde, a cronicidade da sua doença e do próprio significado do “serviço público de saúde”. O cenário do serviço público com um espaço para re-criação de experiências que fomentem o vínculo, a solidariedade, e o sentido da pessoa humana precisa ser resgatado para que outros programas da natureza do que foi estudado possam ser implantados.

A maior descoberta dessa experiência etnográfica foi, a possibilidade de ter tornado-me mais sensível culturalmente para de fato entender quem é o “outro” que estamos representando na escrita do texto etnográfico.

Foram inúmeras as vezes que eu me perguntava, como fez GEERTZ (1989) na aldeia balinesa – “O que eu estou fazendo aqui?”, -“O que uma enfermeira está fazendo aqui?”. Intrigava-me como eu sendo enfermeira estaria autorizada a representar um grupo de médicos. Nestes momentos experimentei os mais diversos sentimentos e emoções buscando aprender diferentes formas de aproximação com a cultura estudada.

Coloquei-me em vários cenários diferenciando o lugar do qual eu estava falando, que poderia ser de dominância ou de relativa subordinação. Certamente esta também foi uma questão que deve ter ficado implícita para o grupo de colaboradores, pois acredito que em alguns momentos isto pode ter sido um incomôdo para ambos os lados pesquisadora e colaboradores.

A questão da autoridade tornou-se mais eloquente quando tive que buscar apoio técnico dos próprios colaboradores para compreender melhor os pressupostos teórico-filosóficos de cada uma das racionalidades estudadas. Como eu interpretar racionalidade terapêuticas com a sua diversidade de significados? Sob esse prisma

concordo com as idéias de CLIFFORD (1998) que propõe com a autoria compartilhada com todos aqueles que me emprestaram suas subjetividades para construção deste trabalho considerando a questão da ruptura da autoridade monológica

Como os nativos ensinam a interpretar as sua própria tradição. A construção de uma etnografia envolve um aprendizado constante num jogo de intersubjetividade que não pode ser compreendido sem uma reflexão político-epistemológica sobre a escrita e a representação da alteridade. Se a etnografia produz interpretações culturais através de intensas experiências de pesquisa, como uma experiência incontável se transforma num relato escrito e legítimo?

A iniciação dos médicos ocorreu o estratégia de alianças e reciprocidade à princípio benéficas para pesquisadores e pesquisados. Mesmo não sendo uma condição necessária é vista como uma consequência e pode ajudar na observação participante.

Embora exista na literatura uma vasta abordagem sobre o impacto da etnografia nos diferentes grupos culturais, foi uma surpresa constatar que espontaneamente eu vivenciei este processo. Ainda que intuitivamente a minha participação no grupo cultural foi propulsora de *insights* de ação para o grupo que passou a elaborar seus próprios projetos de pesquisa. Este é um fato relevante que denota a ressonância que as metodologias de pesquisa qualitativa provocam na cultura estudada, onde ambos pesquisador e colaboradores podem influenciar e ser influenciados durante o processo.

Quanto ao Programa, descrever a edificação de uma proposta voltada para implantação de práticas embasadas em pressupostos teórico-filosóficos diferentes dos já consolidados serviços de saúde, é trazer à tona a luta de profissionais, que sempre acreditaram na democratização dessas práticas e que foram protagonistas na construção de um modelo na rede pública.

O Programa de Práticas Não-Alopáticas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH sendo a institucionalização de uma proposta inovadora, que nasceu num momento de mudanças políticas na área da saúde decorrentes da operacionalização do SUS, apesar de não ser prioritário na SMSA/BH tem condições de ser ampliado para outras unidades básicas, considerando o

contingente de profissionais da rede que estão fazendo formação em homeopatia, medicina tradicional chinesa. Quanto aos objetivos propostos, o Programa precisa investir mais na sensibilização dos profissionais de saúde e a população para uma mudança na compreensão do paradigma do processo saúde-doença e também para uma maior divulgação das práticas não-alopáticas, já que estas ainda são pouco conhecidas da população. Ressalta-se ainda a necessidade de capacitação de outros profissionais para o envolvimento com o Programa.

O desenvolvimento da pesquisa permitiu assumir uma visão crítica do da terapêutico da forma como ele é atualmente proposto pela medicina oficial. Neste sentido considero que a SMSA/BH deve incentivar a ampliação do Programa e ao mesmo tempo buscar a expansão e acessibilidade à medicina tradicional chinesa, de tal forma que atinja um contingente maior da população. Ao mesmo tempo é necessário criar mecanismos de avaliação das práticas não-alopáticas com referenciais e indicadores pertinentes a concepção preconizada pelas mesmas.

Neste sentido o DISAB vem dando sua contribuição ao criar o Grupo Técnico do Programa de Práticas Não-Alopáticas depois de ter acumulado uma experiência na evolução do Programa e apresentando propostas concretas de integração das práticas não-alopáticas para a intervenção nos problemas de saúde, como ocorreu na epidemia da dengue. Posteriormente um dos únicos distritos que tinha a preocupação de criar um projeto mais político com o Programa a demonstração disso foram as reuniões técnicas e o esboço de uma proposta para atuar na epidemia da dengue.

Percebi uma inclinação por parte de alguns profissionais de uma atuação complementar as demais práticas vigentes no serviço público de saúde, o que revela que as resistências às práticas não-alopáticas vem diminuindo e futuramente quem sabe poderão constituir-se em uma medicina mais integrada e ampliada. Por isso ressalto que este trabalho aponta possibilidades e limites das práticas não-alopáticas no contexto do serviço público, bem como os caminhos e descaminhos na fase de implantação levando em consideração a diversidade de saberes e as especificidades.

A maior descoberta foi a construção de novos modelos de assistência com a sua prática no espaço do serviço público englobando profissionais que incorporaram um modelo mais sensível de atendimento à clientela.

Frente a um fenômeno que se inscreve numa problemática contemporânea, o sistema da saúde de muitos países já demonstraram sensibilidade para a inserção destas práticas nos serviços de saúde dedicando-se à criação de órgãos governamentais que se incumbiram da fiscalização das mesmas e outros para o desenvolvimento de pesquisas.

Depois de descrever os impactos da experiência etnográfica. Convém apontar alguns caminhos que tenciono percorrer nas diversas áreas de minha atuação nas áreas de ensino, pesquisa e extensão.

Na pesquisa e na extensão:

Acredito ser importante promover uma interlocução com os profissionais de saúde interessados em discutir a integração das práticas não-alopáticas nos serviços de saúde pública não só ambulatoriais mas também no âmbito das unidades hospitalares. Considerando que o espaço hospitalar é carente de experiências dessa natureza, onde os profissionais de saúde e clientes convivem com o estresse e podem beneficiar-se de massagens, sessões de relaxamento, práticas terapêuticas da medicina antroposófica. É essencial que a medicina dos próximos anos incorporem novas práticas independente do contexto em que se encontram.

Nesta perspectiva é importante que SMSA/BH estimule a formação de equipes com a integração de outros profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros. Além disso é necessário a organização de seminários sobre temas relacionados às práticas não-alopáticas para a população e profissionais do serviço que desconhecem o que são estas práticas e seus processos terapêuticos.

Em relação a divulgação do Programa acredito que podem ser realizadas oficinas de trabalho nas unidades básicas tanto para usuários como para os profissionais de saúde que atuam nos serviços e desconhecem os pressupostos das práticas não-alopáticas.

Quanto à pesquisa:

No nosso país esta ainda é uma área que carece de muitos estudos e muitos problemas ainda não foram suficientemente discutidos. Assim, acredito que

este estudo poderá contribuir para organização e integração mais efetiva das práticas não-alopáticas nos serviços de saúde públicos ou privados, desmistificando preconceitos à respeito dessas práticas e instigando outros profissionais à pesquisa.

Quanto ao **ensino** é essencial que os currículos, em especial no ensino de graduação das universidades públicas, desenvolvam programas na área das práticas não-alopáticas, evitando que sejam ministrados cursos por instituições não credenciadas. Além disso, compete à Universidade criar núcleos e linhas de pesquisa que contemplem investigações nesta área, conforme a experiência que vem sendo desenvolvida no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Práticas Terapêuticas Integrativas e Cuidado Humano- NEPTICH- na Escola de Enfermagem da UFMG. Estas considerações colocam a Universidade como um *locus* de vanguarda para a disseminação das mesmas uma aplicabilidade .

É bom ressaltar que as práticas não-alopáticas trazem em seu bojo um componente pedagógico fundamental que inspira a necessidade de resgatar a participação do sujeito em seu processo curativo. Ademais, existem concepções ligadas a estas práticas, especificamente, na antroposofia, aspectos que se aplicam a diversos segmentos, como: a pedagogia Waldorf, questões metodológicas ligadas ao holismo e multidisciplinaridade que poderiam estar subsidiando outras propostas de trabalho no serviço público de saúde.

Modelo assistenciais que na área de saúde está construindo para pensar a vida e a saúde construindo produzindo novos comportamentos desenvolvendo diferentes tradições para atender à população, sendo para isso necessário flexibilidade e adaptação.

Ao terminar uma etapa deste trabalho convido aos profissionais de saúde a assumir uma visão mais crítica do processo curativo diante de como ele é proposto pela medicina oficial. Para efetuar esta elucidação evoco, inicialmente, o papel que a linguagem representa no acompanhamento terapêutico, assim como no resgate da intuição individual como fenômeno atuante no processo de recuperação clínica, potencialmente respaldado em toas as racionalidades terapêuticas aqui estudadas.

Considero ainda a perspectiva da criação de outras opções terapêuticas que resgatem modelos de saúde culturalmente sensíveis e humanizados, onde a

intuição, a compaixão, a solidariedade tenham espaço reservado na nossa prática de cuidadores. Para dar uma pausa ...

Temos que olhar para frente com absoluta equanimidade para com tudo que possa vir e temos que pensar somente que tudo o que vier nos será dado por uma direção plena de sabedoria. Isto é parte do que temos que aprender nesta era: viver com pura confiança sem qualquer segurança na existência.

(Rudolf Steiner)

REFERÊNCIAS

Acharán K. **Manual de medicina natural**. Rio de Janeiro: Hemus;1979.

Alster KB. **The holistic health movement**. Tuscaloosa: The University of Alabama Press; 1989.

Alvim NAT. **Práticas naturais de saúde no ensino de enfermagem: o que são e o que poderão ser -um estudo de representações de docentes**. Rio de Janeiro; 1994. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Educação da UFRJ].

Arcari PM, Domar DA, Jacobs SC, Mandle LC. The efficacy of relaxation response interventions with adult patients: a review of the literature. **J Cardiovasc Nurs** 1996; 10 (3): 4-26.

Auteroche B, Navailh, P. **O diagnóstico na medicina chinesa**. São Paulo: Organização Andrei Editora ;1986.

Ávila-Pires FD. Fundamentos biológicos da saúde pública e as práticas alternativas. **Cad Saúde Pública** 1987; 3: 62-70.

Balshem M. **Cancer in the community: class and medical authority**. Washington (DC): Smithsonian Institution Press; 1993.

Bannerman RH. La medicina tradicional en la moderna atencion de salud. **Foro Mundial Salud** 1982; 3: 8-28.

Bannerman RH, Burton J, Wen-Chieh, Ch'en. **Tradicional medicine and health care coverage: a reader for health administrators and practioners**. Geneva: World Health Organization; 1983.

Barbosa MA. **A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros**. São Paulo; 1994. [Tese de doutorado - Escola de Enfermagem da USP].

Barros NF. **Médicos em crise ou em opção: uma análise das práticas não-alopáticas em Campinas**. Campinas; 1997. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

Blanco GA. **O que é ser adulto? A metamorfose da vida humana**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Médicos Antroposóficos; 1999.

Bechtel GA, Hamilton D. Research implications for alternative health therapies **Nurs Forum** 1996; 31(1):6-10.

Biocchini J, Luz MT, Ferreira MV de JB, Zibecchi ME. As práticas alternativas na reformulação do sistema de saúde: contribuição para a VII Conferência Nacional de Saúde. In: Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva/ Escola Nacional de Saúde Pública. **A questão da homeopatia**. Rio de Janeiro;1987. p.7-11. (PEC/ ENSP- Textos de Apoio, 1).

Brasil. Lei n.7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun.1986.

Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente em caráter permanente ou eventual por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. **Saúde Debate** 1990;(30) 15-20.

Bohm D. A matéria como campo de significação. In: Weber R. **Diálogos com cientistas e sábios: a busca da unidade**. São Paulo: Cultrix; 1988.p.137-162.

Boltanski L. **As classes sociais e o corpo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

Bourdieu P. **La distinction: critique sociale du jugement**. Paris: M les éditions de minuit; 1979.

Bourdieu P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero Limitada; 1983.

Bourdieu P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense; 1990.

Bott V. **Medicina antropológica: uma ampliação da arte de curar**. 3ª ed. São Paulo: Associação Beneficente Tobias; 1991.

Buckle J. The status of complementary/alternative medicine in the United Kingdom. **Nurs Pract Forum** 1994 5:118-20.

Burke C. Cancer nursing: complementary/conventional approaches combine. **Complement Ther Med** 1993; 1:158-63.

Campos CR. A produção da cidadania :construindo o SUS em Belo Horizonte.

Campos GW de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1992.

Canesqui AM. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves PC , Minayo M C de S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p.13-33.

Capra F. **O ponto de mutação: a ciência,a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix; 1982.

Capra F. **Sabedoria incomum**. São Paulo: Cultrix; 1988.

Carneiro MLM. **A bioenergia como caminho: do processo saúde-doença ao processo saúde-enfermidade**. São Paulo; 1999. [Tese de doutorado - Escola de Enfermagem da USP].

Clifford J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1998.

Cohen MH. **Complementary and alternative medicine: legal boundaries and regulatory perspective**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1998.

Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1000/80. Reconhecimento da homeopatia como especialidade médica, **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 jul 1980. Seção I, parte II.

Conselho Federal de Medicina. Resolução n.1455 de 11 de agosto de 1995. Reconhecimento da acupuntura como especialidade médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1995. Falta a data do jornal. Faltam seção e paginação.

Conselho Federal de Medicina. Resolução n.1499 de 26 de agosto de 1998. Proíbe os médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 de setembro de 1998. Seção I pág. 101.

Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação CIPLAN. Resolução n.4 de 8 de março de 1988. Implanta a prática da homeopatia nos serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 mar 1988. p. 3996.

Costa Val VM. da. A estruturação do Projeto de Assistência Farmacêutica no Município. In: Campos CR.et. al.. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. p.307-323.

Dallari SG. **Municipalização dos serviços de saúde**. São Paulo: Brasiliense; 1985.

Dallari SG. O direito à saúde. **Rev Saúde Pública** 1988; 22: 57-63.

Denzin NK. **Interpretative ethnography: ethnography practices for the 21 st century**, Thousand Oak, CA: Sage Publications; 1997.

Denzin NR, Lincoln Y S. **Handbook of qualitative research**. London: Sage Publications; 1994.

Dethlefsen T, Dahlke R. **A Doença como caminho: uma nova visão da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. São Paulo: Cultrix; 1983.

Diniz AE. Medicina alternativa chega à rede pública. **O Estado de Minas**, Belo Horizonte, 1994; 14 nov; cad 3:26.

Dobson SM. **Transcultural nursing: a contemporary imperative**. London: Scutari Press; 1991.

Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calvins DR, Delbanco T. Unconventional medicine in United States: prevalence, costs and patterns of use. **N Engl J Med** 1993; 328:246-52.

Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. **Writing ethnographic fieldnotes**. Chicago: The University of Chicago Press; 1995.

Fawcett J et al. Use of alternative health therapies by people with multiple sclerosis: an exploratory study. **Holist Nurs Pract** 1994; 8(2): 36- ?.

Ferguson M. **A conspiração aquariana**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1980.

Ferreira AB de H. **Novo dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

Ferraz AF. **“Aprender a viver de novo”: a singularidade da experiência do tornar-se portador do HIV e doente com AIDS**. São Paulo; 1998. [Tese de doutorado - Escola de Enfermagem da USP].

Field PA, Morse JM. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. London: Sage; 1995.

Freitas MEA. **Corpo vivencia que assusta: a percepção de trabalhadores de enfermagem**. São Paulo; 1999. [Tese de doutorado - Escola de Enfermagem da USP].

Freitas MEA,. Carneiro MLM, S MS. **Projeto Cuidar...Cuidando-se!** Belo Horizonte; 1998 [Projeto de Extensão – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais]

Fundação João Pinheiro Escola de Governo. **Descentralização e governança no setor saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte; 1998.

Gates B. The use of complementary and alternative therapies in health care: a selective review of the literature and discussion of the implications for nurse practitioners and health-care managers. **J Clin Nurs** 1994; 3:43-7.

Geertz C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar; 1989.

Gerber R. **Medicina vibracional: uma medicina para o futuro**. São Paulo: Cultrix; 1993.

Gevitz N. Alternative medicine and the orthodox canon. **The M Sinai Journal of Medicine** 1995; 2: 127-131.

Gianesella EMF. **Homeopatia nas escolas médicas: ensino, assistência e pesquisa no Estado de São Paulo**. São Paulo; 1997. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Good BJ. **Medicine, rationality, and experience: an antropological perspective**. NewYork: Cambridge University Press; 1994 .

Gordon J. **Manifesto for a new medicine: your guide to healing partnerships and the wise use of alternative therapies**. NewYork: Addison-Wesley Publishing Company; 1996.

Gottschalk-Olsen 1989 apud Segen JC. **Dictionary of alternative medicine**. Connecticut: Appleton & Lange, Stanford; 1998. p.180.

Grof S. **A mente holotrópica**. Rio de Janeiro: Rocco; 1994.

Gualda DMR. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. São Paulo. São Paulo; 1993. [Tese de doutorado - Escola de Enfermagem, da USP].

Gullo A. Vitória alternativa. **Isto É** 1996; (1413);134-40.

Hahn R, Kleiman A. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. **Ann Rev Anthropol** 1983; 12:305-33.

Hahnemann S. **Organon- da arte de curar**. 6ª ed. São Paulo: Robe Editorial; 1996.

Hammersley M, Atkinson P. **Ethnography: principles in practice**. New York: Routledge; 1995.

Helman.CG. **Cultura, saúde e sociedade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Hill A . **Guia das medicinas tradicionais**. São Paulo: Hemus; 1993.

Howell SL. Natural / alternative health care practices used by women with chronic pain: findings from a grounded theory research Study. **Nurs Pract Forum** 1994; 5:98-105.

Hubble M. A nurse's role in complementary medicine. **Complement Ther Med** 1995; 3:171-4.

Huesbscher RR. What is natural/alternative health care? **Nurs Pract Forum** 1994; 5(2):66-71.

Hughes E. **Understanding alternative medicine: implications for clinical practice**. San Francisco: University of California; 1997.

Janesick VJ. The dance of qualitative research design: metaphor, methodology, and meaning. In: Dezin N R, Lincoln YS. **Handbook of qualitative research**. London: Sage; 1994. Cap.12, p.209-19.

Júnior CA . **Antropologia e interpretação: explicação e compreensão nas antropologias de Lèvi-Strauss e Geertz.** Campinas: Editora da UNICAMP; 1993. Júnior não é sobrenome. Entrar pelo sobrenome seguido de Junior. E alfabeta.

Kleinman A. **Patients and healers in context of culture : an exploration of the borderland between antropology, medicine, and psychiatry.** Los Angeles: University of California Press; 1980.

Kleinman A. **Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine.** Los Angeles: University of California Press; 1995.

King CS. Alternatives to traditional illness models. **Adv Prac Nurs Q** 1997; 3(1): 43-5.

Krieger DO. **Toque terapêutico: versão moderna da antiga técnica de imposição das mãos.** São Paulo: Cultrix; 1993.

Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. London: Sage; 1996.

Landmann J. **As medicinas alternativas: mito, embuste ou ciência? homeopatia, medicina herbal, acupuntura, meditação, ioga, biofeedback e cura pela fé.** Rio de Janeiro; 1989.

Lindenbaum S, Lock M. **Knowledge, power & practice: the antropology of medicine and everyday life.** Los Angeles: University of California Press; 1993.

Lanz R. **Noções básicas de antroposofia.** 4ª ed. São Paulo: Editora Antroposófica; 1997.

Laplantine F, Rabeyron PL. **Medicinas paralelas.** São Paulo: Brasiliense; 1989.

Laplantine F. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes; 1991.

Laplantine F. **Aprender antropologia.** 6ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1993.

Laraia R.de B. **Cultura: um conceito antropológico**. 10ª ed. Zahar: Rio de Janeiro; 1995.

Law D. **Guia da medicina alternativa**. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981.

Leal G. Campinas usará plantas para tratar pacientes. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 14 nov. 1994. Seção? Caderno? Página?

Ledermann EK. **Philosophy and medicine**. Cidade?: Cambridge University Press; 1986. A cidade desta Editora pode ser New York. Melhor verificar.

Leininger M. **Qualitative research methods in nursing**. Detroit: Grune & Stratton; 1985.

Leininger M. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. **Nurs Sci** 1988; 1:152-60.

Lowenberg JS. **Caring and responsibility: the crossroads between holistic practice and traditional medicine**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1992.

Loyola MA. Estudo antropológico da prática homeopática no Rio de Janeiro, 1983-1985. In: Luz M. **A questão da homeopatia**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1987. 63-78. (Textos de Apoio, 1).

Ludke M, André M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU; 1986.

Lupton D. **Medicine as culture: illness, disease and body in western societies**. London: Sage; 1995.

Luz MT. História político-institucional da homeopatia no Brasil (séc.XIX): a implantação. In: Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva/ Escola Nacional de Saúde Pública. **A questão da homeopatia**. Rio de Janeiro; 1987. p.7-11.

(PEC/ ENSP- Textos de Apoio, 1).

Luz MT. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993. (Estudos em Saúde Coletiva , 62).

MacCormack CP. Holistic health and a changing western world view. **Anthropol Med** 1991; 7:259-73.

Malinowski B. **Uma teoria científica da cultura**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1970.

Martins e Silva J. Alternative therapies, homeopathy and medical science. **Acta Med Port** 1990; 3:301-4.

McCabe P. Natural therapies in Australia: a nurse naturopath's view. **Nurs Pract Forum** 1994; 5:114-7.

McGinnis, LS. Alternative therapies, 1990: an overview. **Cancer** 1991; 67: 1788-92.

Meines, M. Should alternative treatment be integrated into mainstream medicine. **Nurs Forum** 1998; 33: 11-17.

Mendes EV, organizador. **Distrito Sanitário : o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

Mendes EV, organizador. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.

Mezzono TM. **Entre o oficial e o legítimo: o sub-sistema não-institucional de atenção saúde em São Paulo**. São Paulo; 1992. [Dissertação de Mestrado em Administração Publica- Fundação Getúlio Vargas].

Micozzi MS. **Fundamentals of complementary and alternative medicine**. London: Churchill Livingstone; 1996.

Ministério da Saúde/ Ministério da Previdência e Assistência Social/ Ministério da Educação/ Ministério do Trabalho. Secretaria Geral? Resolução CIPLAN n.4-8. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 mar.1988.

Ministério da Saúde. Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei (preliminar). **Saúde Debate** 1993; (38):19-20.

Moraes WA de. **Os quatro sistemas, os quatro éteres, as quatro almas**. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica; 1994.

Morse JM, Field PA. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1995.

Mosch M. Arquitetura antroposófica : as artes plásticas e o desenvolvimento da alma humana. **Chão Gente** 1998; (30):12-5.

Nassif MRG. **Compêndio de homeopatia**. São Paulo: Robe Editorial; 1995.

National Institutes of Health on Alternative Medical Systems and Practices in the United States. **Alternative medicine: expanding medical horizons**. Chantilly, VA; 1992.

Neto GM. **Homeopatia em unidade básica de saúde: um espaço possível**. São Paulo; 1999. [Dissertação de mestrado- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Nogueira MJ de C. Terapias alternativas em enfermagem - por que não? **Rev Paul Enferm** 1983; 3(5): p177-179.

Nogueira MJ. Abordagem holística: uma proposta para a enfermagem brasileira. In: **Anais do 37º Congresso Brasileiro de Enfermagem**; 1985; Recife. ABEn- Seção PE.1985.p.508-526.

O'Connor BB. **Healing traditions: alternative medicine and the health professions**. Philadelphia: University of Pennsylvania; 1995.

Olensen V. **Fields notes: some suggestions, some examples**. San Francisco: Sage;1991.

Oliveira RC de. **Sobre o pensamento antropológico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1988.

Organización Mundial de la Salud. **Promoción y desarrollo de la medicina tradicional**. Ginebra; 1978. (OMS - Série de Informes Técnicos, 622.)

Ortiz R. **Pierre Bourdieu**. 2ª.ed. São Paulo: Ática; 1994. (Coleção Sociologia - Grandes Cientistas Sociais, 39).

Paes MHS. **A década de 60, rebeldia, contestação e repressão política**. São Paulo: Ática; 1992. (Série Princípios ,221).

Paulo EP. **A fitoterapia como terapêutica alternativa: estudo realizado junto à cliente um centro de saúde**. Rio de Janeiro; 1989. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro].

Peck SD. The effectiveness of therapeutic touch for decreasing pain in elders with degenerative arthritis. **J Holist Nurs** 1997; 15: 176-98.

Pereira LS. Medicinas paralelas e prática social. **Sociol Probl Prát** 1993; (14):159-75.

Prigogine I, Stengers I.A **nova aliança: metamorfose da ciência**. Brasília: Universidade de Brasília; 1991.

Queiroga I. A nova era e o resgate da espiritualidade: Por quê? **O Estado de Minas**, cidade?, 19 nov. 1991. Caderno Cidades. p.12

Rauckhorst L. Balancing therapeutic options: integration of complementary and mainstream medical therapies. **Clin Excel Nurs Pract** 1997; 1: 63-8.

Rebollo RA. **Um exame das bases científicas e metafísicas da homeopatia de Samuel Hahnemann**. São Paulo; 1993. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas USP].

Reis AT dos et al. **Sistema Unico de Saúde em Belo Horizonte; reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã ; 1998.

Remen RN. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus; 1992.

Richardson J. Complementary therapy in the NHS: service development in a local district general hospital. **Complement Ther Nurs Midwifery** 1995;1(3):89-92.
Observar os comentários das demais referências com et al.

Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In:
Merhy EE e Onocko R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo:
Hucitec; 1997.

Romano JO. As mediações na produção das práticas. O conceito de *habitus* na obra de Pierre Bordieu. In: Ribeiro I et al, organizadores. **Família e valores**. São Paulo: Loyola; 1987. cap. 1, p.43-84.

Rosaldo R. **Culture & truth: the remarking of social analysis**. Boston: Beacon Press; 1993.

Rosebaum P. **Homeopatia e vitalismo: um ensaio acerca da animação da vida**. São Paulo: Robe Editorial; 1996.

Rossi EL. **A psicobiologia da cura mente- corpo: novos conceitos de hipnose terapêutica**, 2ª ed. São Paulo: Psy Ed.; 1997.

Saks M. The alternatives to medicine. In: Gabe J et al. **Challenging of medicine**. London: Routeledge; 1994. p.84-103.

Serviço de apoio às micro e pequenas empresas de Minas Gerais – SEBRAE-MG. **Barreiro: diagnóstico sócio-econômico**. Belo Horizonte: 1998.

Sharma U. Contextualizing alternative medicine:the exotic,the marginal and the perfectly mundane. **Anthropol Today** 1993; 9:15-8.

Silva BM, Marques EV. **As essências florais de Minas: síntese para uma medicina das almas.** Belo Horizonte: Luz Azul; 1994.

Silva JBG da. **Avaliação do tratamento por acupuntura em ambulatório de hospital- escola: estudo de caso.** São Paulo; 1999. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Spigelblatt L, Laïne-Ammara G, Pless B, Guyver A. The use of alternative medicine by children. **Pediatrics** 1994; 94:811-4.

Spradley JP. **The ethnographic interview.** New York: Holt, Rinehart & Winston; 1979.

Spradley JP. **Participant observation.** New York: Holt Rinehart & Winston; 1980.

Soares SM. **Agentes voluntários de saúde: uma proposta alternativa de atendimento à populações urbanas periféricas.** Rio de Janeiro; 1987. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro].

Soares SM. **A ação educativa do enfermeiro em centros de saúde da rede municipal de Belo Horizonte.** Belo Horizonte: 1990. [Trabalho de conclusão do curso sobre participação popular e saúde na USP].

Soares SM, Rabelo SE, Teixeira JS, Souza A A. Fitoterapia e diabetes onde está o problema

Souza, AA. **Barreiro: 130 anos de história – da argila ao aço.** Belo Horizonte: Mannesmann S.A; 1986.

Steagall-Gomes DL, Romanholi LM, Souza MTG. A fitoterapia e a homeopatia como práticas alternativas **Rev Bras Enferm** 1985; 38:329-48.

Steiner R, Wegman I. **Elementos fundamentais para uma ampliação da arte de curar : segundo os conhecimentos da ciência espiritual.** São Paulo: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica; 1994.

Setzer S. Associação Brasileira de Medicina Antroposófica [on line]1999. Disponível em URL: <http://www.ime.usp.br/~vwssetzer>. [22/11/99].

Teixeira SF, organizador. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2ª ed. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. (Coleção Pensamento Social e Saúde, 3).

Traverso D. La pratique médicale alternative.L'expérience de l'homéopathie et del'acupuncture. **Sociol Trav** 1993; (2):181-98.

Unger NM. **O encantamento do humano: ecologia e espiritualidade**. Rio de Janeiro: Loyola; 1991.

Utzeri F. "Medicina doce" cada vez mais os franceses. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15 dez 1985. p.41.

Velho G. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Zahar; 1994.

Verhoef MJ, Sutherland LR. General practitioners' assessment of and interest in alternative medicine in Canada. **Soc Sci Med** 1995; 41:511-5.

Wardwell WI. Alternative medicine in the United States. **Soc Sci Med** 1994; 38:1061-8.

Weber R. **Diálogos com cientistas e sábios:a busca da unidade**. São Paulo: Cultrix; 1986.

Weil P. Abordagem holística em medicina. **Rev Bras Med** 1985; 22:5-12.

Weil P. **Holística:uma nova abordagem do real**. São Paulo: Palas Athena; 1990.

Wen TS. **Acupuntura clássica chinesa**. 2ª ed. São Paulo: Cultrix; 1989.

Wilber K, Pribram K, Capra F, Ferguson M, Pelletier KP, Weber R e col. **O paradigma holográfico e outros paradoxos: explorando o flanco dianteiro da ciência.** São Paulo: Cultrix; 1994.

Wolf MA. **Thrice told tale: feminism, postmodernism & ethnographic responsibility.** Stanford, CA: Stanford University; 1992 .

Whorton JC. The first holistic revolution: alternative medicine in the nineteenth century. In: Stalker D, Glymour C. **Examining holistic medicine.** New York: Prometheus Books; 1985.

Vithoulkas G. **Homeopatia: ciência e cura.** Rio de Janeiro: Círculo do Livro; 1986.

ANEXOS

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO DA DIREÇÃO DO SERVIÇO**

Distrito Sanitário: _____

Centro de Saúde: _____

Declaro que ao ser apresentada a proposta da pesquisa **“Práticas Terapêuticas Não-Alopáticas no Serviço Público de Saúde: caminhos e descaminhos- estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte”** de autoria de Sônia Maria Soares, autorizo-a a incluir no estudo os dados colhidos neste serviço, desde que os mesmos sejam utilizados exclusivamente com finalidade científica e que serão observados os princípios éticos de sigilo e identificação dos colaboradores.

Belo Horizonte, de de 1998.

Assinatura da direção do serviço

Sônia Maria Soares-Coren n. 14493

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nome do proffissional: _____

Nome que gostaria de ser identificado: _____

Centro de Saúde: _____

Declaro que ao ser apresentada a proposta da pesquisa **“Práticas Terapêuticas Não-Alopáticas no Serviço Público de Saúde: caminhos e descaminhos - estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte”** de autoria de Sônia Maria Soares, autorizo-a a incluir no estudo os dados colhidos neste serviço, desde que os mesmos sejam utilizados exclusivamente com finalidade científica e que serão observados os princípios éticos de sigilo e identificação dos colaboradores.

Belo Horizonte, de de 1998

Assinatura da direção do serviço

Sônia Maria Soares-Coren n.14493

ANEXO 3

Validando as nossas entrevistas

Peço mais uma vez a colaboração de todos que vem contribuindo atenciosamente para a construção da pesquisa intitulada *“Práticas Terapêuticas Não-Alopáticas no Serviço Público de Saúde: caminhos e descaminhos- estudo de caso etnográfico realizado junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte”* para que mais uma etapa do trabalho seja concluída.

No momento é necessário validar as entrevistas realizadas que foram compiladas e estão apresentadas em anexo. O processo de validação é um passo importante da pesquisa antropológica. Você deve ler o texto e se caso houver dúvidas quanto à informação prestada poderá checar nas fitas que estão arquivadas com a pesquisadora.

Caso não ocorra dúvidas no prazo de vinte dias a entrevista será automaticamente validada, para que eu possa dar continuidade a elaboração da mesma.

Agradeço mais uma vez a sua colaboração e comunico que o prazo de término da pesquisa é novembro do corrente ano.

Obrigada e boas vibrações!

**MOVIMENTO MENSAL DE CONSULTAS INDIVIDUAIS
DE HOMEOPATIA, ACUPUNTURA E MEDICINA
ANTROPOSÓFICA**

1Q8

S U S

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

2. DATA

ESPECIALIDADE:

[45] HOMEOPATIA

[98] ACUPUNTURA

[99] MEDIC. ANTROPOSÓFICA

RELAÇÃO DE USUÁRIOS POR NÚMERO DE PRONTUÁRIO:

[illegible][illegible][illegible]

ANEXO 6

**ATENDIMENTO DO USUÁRIO DO PROGRAMA DE PRÁTICAS
NÃO-ALOPÁTICAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

Estrutura oficial
Estrutura informal