

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

ROBERTA DE PINHO SILVEIRA

**VERDADES EM (DES)CONSTRUÇÃO: UMA ANÁLISE
DOCUMENTAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE**

Porto Alegre
2018

ROBERTA DE PINHO SILVEIRA

**VERDADES EM (DES)CONSTRUÇÃO: UMA ANÁLISE
DOCUMENTAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre
2018

CIP - Catalogação na Publicação

Silveira, Roberta de Pinho

Verdades em (des)construção: uma análise documental das práticas integrativas e complementares em saúde / Roberta de Pinho Silveira.

-- 2018.

107 f.

Orientadora: Cristianne Maria Famer Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. 2. Promoção da saúde. I. Rocha, Cristianne Maria Famer, orient. II. Título.

ROBERTA DE PINHO SILVEIRA

**VERDADES EM (DES)CONSTRUÇÃO: UMA ANÁLISE
DOCUMENTAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 11 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcus Setally Azevedo Macena
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. Dra. Adriana Roese Ramos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha (*Orientadora*)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Para minha mãe, Joana de Pinho (in memoriam)
e para o nosso cachorro, Sol (in memoriam),
minhas maiores saudades.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Cristianne Maria Famer Rocha pelo aprendizado, pela generosa atenção e por tornar o trabalho de pesquisa uma experiência transformadora.

À professora Adriana Roese pela contribuição atenta, qualificada e sempre muito próxima em todas as etapas dessa pesquisa; à professora Henriqueta Luce Kruse pela importante direção que deu a minha pesquisa no momento da qualificação e, junto com minha orientadora Cristianne, pelas maravilhosas terças foucaultianas; ao professor Marcus setally por partilhar seus conhecimentos variados e consistentes com tanta simpatia.

Às colegas do Grupo de Orientação Ampliado – GAO, especialmente Luísa Silveira, Camila Mallmann, Liara Brite, Malvi Pereira, Mariana Martins, Rosane Rollo, Fernanda Mattioni e Marisangela Spolaôr, Rosana Maffaccioli, Jerônima Daltro, Priscila Nakata, Neuza Raupp e Carla Bottega, pelos encontros em roda para trabalhar coletivamente nossas pesquisas, momentos preciosos e sempre afetuosos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por proporcionar aprendizado e encontros com tantos professores e colegas engajados na permanente construção do sempre ameaçado SUS.

À minha família, Ricardo, Maria, Maia, Daniel, Thierry, Helen e Willem pela torcida, pela presença e pelo carinho.

Às amigas que, mesmo, nas fases da vida em que o tempo fica curto, marcam presença e fazem toda diferença, especialmente Mary, Renato, Ana, Clara, Feijó, Fabi, Rodrigo, Lú, Mark, Anouk, Lauren, Camila, Fernando, Cáren Cecília, Helena, Pippe, Karine, Bira e Léo.

À minha irmã, Janaína de Pinho, pela amizade que sempre me alegra e pelo amor que me fortalece.

Ao Hopi Chapman, meu companheiro de vida, por todo nosso amor.

RESUMO

Nesta pesquisa busco conhecer como foram se constituindo os regimes de verdade sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas políticas públicas de saúde, especialmente na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), implantada a partir da Portaria GM nº 971 (BRASIL, 2006), que incluiu saberes e práticas não convencionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, analiso as PICS como uma invenção, uma fabricação que teve sua emergência na PNPIC. Ao olhar para a história como a emergência de invenções e fabricações das coisas, dos saberes, da própria formação dos sujeitos, percebemos o seu caráter político, interessado e construtivo. Portanto, é necessário considerar que as histórias ao se estabelecerem como uma verdade, são mais precisamente o resultado de diferentes disputas empreendidas por variados grupos sociais num tempo e lugar, e não constituem a única história sobre um tema. Assim, essa pesquisa, de abordagem qualitativa inspirada na genealogia de Michel Foucault, se inscreve em uma perspectiva Pós-Moderna para olhar, refletir sobre e analisar os documentos como monumentos da história. Dessa forma, possibilita saber que os regimes de verdade que constituem as PICS, silenciam os saberes e práticas dos povos originários do nosso país e convergem para os discursos e as práticas de Promoção da Saúde, na sua vertente que responsabiliza os estilos de vida nos processos de saúde e doença ao mesmo tempo que por meio do dispositivo do risco conduz as condutas dos indivíduos e da população produzindo corpos e subjetividades controlados pelas políticas neoliberais.

Palavras-Chave: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Regimes de Verdade, Genealogia, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The present research aims to know how a system of truths was formed concerning the public policies for health Integrative and Complementary Practices (PICS), especially in the National Policy for Integrative and Complementary Practices (PNPIC), implemented in the Administrative Act no. 971, which included non-conventional knowledge and practices in the Single Health System. Thus, I analyse the PICS as an invention, a fabrication that emerged from the PNPIC. Looking at history as an emergency of inventions and fabrications of things, of knowledge, of one's formation of oneself, we realize its interested, constructive and political character. Therefore, it is necessary to consider that stories when established as the truth are more likely to be the result of different disputes pursued by a myriad of social groups in a time and place and do not constitute as the only story about a theme. Henceforth, this research, presents a qualitative approach inspired by Michel Foucault's genealogy, inserted in a post-Modern perspective to look at, reflect about and analyse the documents as monuments of History. In this way, it is possible to learn that the system of truths which constitute the PICS silences our country's native peoples' knowledge and practices, converging to the Health Promotion discourses and practices, in the aspect which places responsibility on life styles in the processes of health and sickness at the same time that, through risk operative, conducts the individual and the population's attitudes thus, producing bodies and subjectivities controlled by liberal policies.

Key words: Health Integrative and Complementary Practices, System of Truths, Genealogy, Health Promotion.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1- Atual definição da OMS para as PICS	65 - 66
-----------------------------------------------------	---------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensão

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEREPAL – Centro de Reabilitação Porto Alegre

DAB – Departamento de Atenção Básica

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensão

INPS – Instituto de Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MAC – Medicinas Alternativas e Complementares

MT – Medicina Tradicional

MTC – Medicina Tradicional e Complementar

PAB - Piso de Atenção Básica

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

OMS – Organização Mundial de Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1.	SOBRE AS INVENÇÕES.....	11
2.	MEMÓRIAS, DESASSOSSEGOS E PERCEPÇÕES.....	19
3.	MODOS DE OLHAR: FERRAMENTAS CONCEITUAIS.....	25
4.	EM BUSCA DE HISTÓRIAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	34
5.	SOBRE COMO ARTICULAR FRAGMENTOS PARA CONTAR UMA HISTÓRIA.....	49
6.	(DES)CONSTRUINDO OS REGIMES DE VERDADE SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	53
6.1.	EIXO DAS PROVENIÊNCIAS.....	54
6.1.1.	VERDADES DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ACADÊMICAS.....	54
6.1.2.	VERDADES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.....	62
6.1.3.	VERDADES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	68
6.2.	EIXO DA EMERGÊNCIA.....	73
6.2.1.	REGIMES DE VERDADE DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	74
7.	SE ESTÁ TUDO DOMINADO... ..	86
8.	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE.....	102

1 SOBRE AS INVENÇÕES

Sou uma mestra em Especiarias. Sei lidar com as outras coisas também. Mineral, metal, terra e areia e pedra. As gemas, com aquela luz clara e fria. Os líquidos cujos tons ardem em nossos olhos até nada mais enxergarmos (...) Mas as especiarias são a minha paixão. Conheço a origem de todas, o significado de suas cores, os cheiros. Sei o nome original que cada uma recebeu quando a casca da terra se abriu, oferecendo-a ao céu. Tenho o calor delas todas correndo no sangue. Do *amchur* ao açafraão, elas se curvam às minhas ordens. Basta uma palavrinha e elas liberam para mim suas propriedades ocultas, seus poderes mágicos (DIVAKARUNI, 1997, p. 1).

Nesta pesquisa busco conhecer como foram se constituindo os regimes de verdade sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nas políticas públicas de saúde, especialmente na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Esta foi implantada a partir da Portaria GM nº 971 (BRASIL, 2006a), que incluiu saberes e práticas não convencionais no Sistema Único de Saúde (SUS). No seu primeiro momento, em 2006, a PNPIC reunia as seguintes práticas de saúde: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo/Crenoterapia. Em março de 2017, mais catorze práticas foram incluídas na PNPIC, são elas: Arteterapia, *Ayurveda* Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, *Reiki*, *Shantala*, Terapia Comunitária e *Yoga* (BRASIL, 2017a). E, mais recentemente, também passaram a fazer parte da PNPIC as seguintes modalidades: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (BRASIL, 2018c).

Entre as 29 modalidades de PICS¹, podemos encontrar uma pluralidade de saberes e práticas de saúde. Algumas, como a *Yoga* e o *Chi Kung*, são fundamentadas no conhecimento Oriental, que tem na sua formação influências

¹ Há um apêndice com um glossário que apresenta as definições sobre as PICS de acordo com os regimes de verdade produzidos pelos discursos do Ministério da Saúde, publicados no período de 2006 a 2018.

científicas, filosóficas e espirituais (MARQUES, 2012). Outras, como a Osteopatia, se utilizam de técnicas de manipulação das estruturas anatômicas em busca de uma homeostase para favorecer as funções corporais, partem do conhecimento biomédico acerca da anatomia e da fisiologia (POVOA et al., 2011). Há, ainda, a Homeopatia que se desenvolveu, no final do século XVIII, sob a influência da Medicina Moderna. Samuel Hahnemann, o fundador da Homeopatia, era um clínico conceituado na Alemanha e fazia uso das técnicas terapêuticas do seu tempo (MONTEIRO; IRIART, 2007). Além de práticas que relacionamos objetivamente com cuidados em saúde, a PNPIC oferece também práticas que a princípio poderíamos relacionar ao lazer ou a cultura, como a Musicoterapia, a Arteterapia, as Danças Circulares, entre outras. Nesse sentido, as mais diversas atividades da vida social, como os hábitos esportivos, as práticas artísticas e religiosas passam a ser consideradas práticas de saúde (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

Tamanha variação numa mesma política suscita curiosidade, qual seria a convergência ou o que justificaria a reunião de práticas tão heterogêneas, num mesmo grupo, formando uma unidade como a colocada pela invenção das PICS?

Quando me refiro às PICS como uma invenção, aponto para a emergência desse objeto, que reúne saberes e práticas heterogêneos, nas políticas públicas de saúde, especialmente a PNPIC, como um grupo de práticas que apresentam convergências em suas possibilidades terapêuticas. A ideia de invenção de algo implica mesmo numa mudança paradigmática em relação a história, ao passado, aos documentos, com a memória e com a temporalidade ao indicar que a realidade e o conhecimento são socialmente construídos (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007). Dessa forma, é possível afirmar que o conceito de PICS não se limita a descrever terapêuticas que já existiam, mas que “cria propriamente o que há para ser descrito” (TONIOL, 2015, p. 30).

Por invenção, de acordo com Albuquerque Júnior (2007), entendemos o momento de emergência de algo, quando há fabricação ou instituição de alguma coisa nova. Remete a uma dada ruptura ou momento em que uma nova prática se estabelece. Portanto, a noção de invenção afirma o caráter político, interessado e construtivo da história, por ser o resultado de práticas discursivas ou não discursivas, que instituem, recortam, nomeiam, classificam e produzem os fragmentos que podem

compor uma história. Segundo Veyne (1982), são as práticas que engendram os objetos e, nesse sentido, não há objetos naturais, estes são correlatos das práticas e se explicam pelo o que foi feito em cada momento da história. Portanto, são as práticas que proporcionam os saberes.

Existem diversas possibilidades para narrar uma história, seja de uma vida, de um saber ou mesmo da implementação de uma política pública de saúde. São as histórias sobre como as coisas, as pessoas e as vidas chegam a ser o que são, por meio dos discursos e das práticas empreendidas, que nos contam as condições que tornam algo possível. Nesta pesquisa, considero os discursos como um conjunto de enunciados que partilham das mesmas condições de existência (FOUCAULT, 1972) e as práticas como uma composição simultânea entre uma conduta e a sua mentalidade correspondente (VEYNE, 1982). Ao conhecer variados discursos e práticas que se relacionam a alguma coisa, podemos observar com mais nitidez o que se passou, como se passou e, portanto, que efeitos o processo histórico de um objeto provoca no presente. Saber como chegamos a ser o que somos hoje, nos remete ao passado, mas em contrapartida pode nos oferecer ferramentas para ampliar nossas condições de possibilidades atuais, desacomodando nossos pensamentos e desnaturalizando os objetos, os conceitos, as verdades.

O trabalho da pesquisa, ao resgatar fragmentos das histórias dos saberes e práticas de saúde, que não participam das histórias oficiais, pode nos revelar outras impressões e possibilitar outras histórias. Duvidar, colocar em questão, procurar saber como as coisas acontecem pode ser um exercício bastante potente, porque faz com que as mudanças possam parecer uma opção tão ou mais “natural” do que as normas e as tradições². Assim, os saberes e as práticas em saúde podem ser analisados à luz da atualidade, observando sua construção histórica. Dessa forma, as verdades que se estabelecem nos nossos discursos sobre a saúde não devem ser tomadas como absolutas ou imutáveis porque são contingentes e estabelecidas por meio de disputas interessadas e políticas. A verdade é produzida, fabricada e posta em circulação segundo relações estratégicas, relações de poder onde há posições

² Para Foucault (1972) a noção de tradição tem como objetivo estabelecer um isolamento das novidades em um fundo de permanência porque permite repensar a dispersão própria da história na forma do mesmo. Dessa forma, a tradição autoriza “reduzir a diferença própria a qualquer começo, para remontar sem descontinuar a citação indefinida da origem” (p. 31).

tomadas, onde o homem encontra-se situado e, portanto, adere a alguma perspectiva (FOUCAULT, 2013b).

Nesse sentido, a história não pode ser tomada como numa narrativa metafísica de contínuo e inequívoco progresso de uma tendência original ou essencial. Para Foucault (2013a), a ideia de um começo de todas as coisas, onde encontraríamos uma essência em estado de perfeita criação é risível e ilusória. Ao contrário, o que encontramos no começo de todas as coisas são disputas, interesses e lutas. Portanto, podemos olhar para a história como a emergência de invenções. A pesquisa nessa perspectiva deve, segundo Fischer (2003):

Fugir das explicações ideológicas das teorias conspiratórias da história, de explicações mecanicistas de todo tipo: é dar conta de como nos tornamos sujeitos de certos discursos, de como certas verdades se transformaram em verdades para cada sujeito, a partir de práticas mínimas, de infinitos enunciados, de cotidianas e institucionalizadas regras, normas e exercícios. Pesquisar a partir desses pressupostos históricos e filosóficos significa também, e finalmente, dar conta de possíveis linhas de fuga, daquilo que escapa aos saberes e aos poderes, por mais bem montados e estruturados que eles se façam aos indivíduos e aos grupos sociais (p. 386).

A ideia de que a realidade é uma invenção foi, segundo Foucault (2013b), inspirada no conceito filosófico, proposto por Nietzsche, de que o conhecimento é uma invenção, uma narrativa ficcional que a análise genealógica deve desconstruir. De acordo com Foucault (2013b), Nietzsche mostrou como o conhecimento ocorre em consequência de embates, de instintos que se confrontam entre si. Nesse sentido, o conhecimento é produzido por mecanismos ou realidades diversas, num embate onde o conhecimento ocorre por meio da violência, da dominação ou violação das coisas a conhecer (2013b).

Esse modo de pensar na história do conhecimento dos objetos, apresenta uma ruptura entre o conhecimento e os objetos. Ideia contrária a tendência de uma essência original que evolui continuamente ou naturalmente. Olhar a história dos saberes, articulando-os com as práticas, para conhecer as condições de possibilidade de sua existência é um modo filosófico de questionar nosso presente e nossos regimes de verdade (PORTOCARRERO, 1994).

Portanto, é necessário considerar que as histórias ao se estabelecerem como uma verdade, são mais precisamente o resultado de diferentes disputas empreendidas por variados grupos sociais num tempo e lugar, e não constituem a

única história sobre um tema. Assim, tomei o cuidado de considerar que as narrativas construídas são expressão de diferentes grupos sociais num tempo e lugar, e, portanto, não constituem a única história (MATTOS; BAPTISTA, 2011). Nesse sentido, segundo Rago (2015), “é preciso deslegitimar o presente, desfazendo os fios da continuidade histórica, que sustentam as noções de identidade” (p. 257) para que a releitura do passado possa mostrar outras histórias.

Em razão do acima exposto, é possível perceber a parcialidade dos conhecimentos e seus vínculos com poderes políticos e econômicos estabelecidos no campo da saúde. Situação que poderia ser combatida com o que Foucault (2011) aponta como *parresía* - a fala franca e corajosa – atitude com capacidade ética para problematizar os regimes de verdade que regulam as práticas e os saberes no campo da saúde. Uma reflexão que considero extremamente necessária na pesquisa que proponho aqui, por ser uma problematização das verdades que se constituem sob o estatuto das evidências científicas, como as propostas pela biomedicina³, que operam sustentando certezas e censurando dúvidas, amparadas numa pretensa ideia de que a razão moderna seria um conhecimento universalizante. Essa postura, muitas vezes parece não possuir o rigor necessário para realizar uma pesquisa. Rigor, que do ponto de vista da *parresía*, exige uma coragem relacionada a ausência de compromisso com o já dado, o instituído ou o convencional.

Em busca dessa experiência de pesquisar sobre um objeto que reúne saberes e práticas que de alguma forma são realizadas no SUS, mas que não podem ser consideradas biomédicas, e, portanto, formam uma unidade composta pelo não convencional, pretendo empreender, como em Larrosa (2004), um ensaio na escrita, no pensamento e na vida. Procuo nessa escrita ensaiar-me como uma atitude existencial. O ensaio como uma forma não regulada da escrita e do pensamento (LARROSA, 2004). Portanto, uma forma mais variada e subjetiva de investigação. Um modo experimental do pensamento, da escrita e, também, da vida. Um modo de se voltar para o nosso presente e indagar o que podemos pensar e dizer hoje, nesse

³ Denominação para Medicina Ocidental Contemporânea que aponta para uma adequada reflexão sobre a vinculação dessa racionalidade médica com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia (CAMARGO JR., 2003). Ainda, podemos observar que suas bases cosmológicas são fundamentadas na física newtoniana articulada à metáfora cartesiana do corpo como máquina guiada pela capacidade mental (LUZ, 2012).

exato momento histórico. Para Foucault (2014), “existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir” (p. 13). Esse é o sentimento que movimenta essa pesquisa, uma disposição para desacomodar, para assumir o estranhamento em relação aos discursos e às práticas empreendidos no campo da saúde.

Assim, ao ensaiar o pensamento, interessa “não a verdade do nosso passado, mas o passado de nossas verdades; não a verdade do que fomos, mas a história do que somos, daquilo que, talvez, já estamos deixando de ser” (LARROSA, 2004, p. 34). Ao problematizarmos nossos saberes e práticas podemos perceber toda a artificialidade, arbitrariedade e fabricação do que nos parecia dado, natural e familiar (LARROSA, 2004). No ensaio, crítica e autocrítica estão lado a lado e para quem experimenta ensaiar o pensamento, a escrita e a vida, abre-se a possibilidade de transformação porque “tem a ver com a des-sujeição dos jogos de verdade” (LARROSA, 2004, p. 39).

Pensando nessa atitude filosófica, que devemos tomar ao considerar as questões referentes aos saberes e práticas em saúde, vale lembrar o que escreveu Foucault (2014a):

O “ensaio” – que é necessário entender como experiência modificadora de si no jogo da verdade, e não como apropriação simplificadora de outrem para fins de comunicação- é o corpo vivo da filosofia, se, pelo menos, ela for ainda hoje o que era outrora, ou seja, uma “ascese”, um exercício de si, no pensamento (p. 14).

Pesquisar com as lentes dos referenciais teóricos pós-modernos pode provocar algum estranhamento porque estamos acostumados demais às certezas e verdades da razão científica moderna. É inegável o estatuto da ciência como o mais poderoso regime de verdade inventado pela modernidade⁴, é ele que legitima, valida, agrega prestígio e assegura importância e credibilidade aos objetos/conceitos (COSTA, 2007). Nesse sentido, será necessário romper com as representações que

⁴ A modernidade é uma invenção do Ocidente que foi se desenhando a partir do século XVI e ganhando densidade e corpo ao longo do século XVII ao narrar a evolução que o domínio sobre a natureza conferia à humanidade. Desde então o homem deveria distanciar-se do passado numa atitude de constante busca do novo e do futuro, em busca do progresso. O mundo iluminado sob as luzes da razão e a crença de que esta seria a única maneira de conhecer a verdade (COSTA, 2007).

constituem nossos modos de pensar e pesquisar, pois, como nos lembra Fischer (2007):

Somos constantemente subjetivados, no meio científico e universitário, por uma série de conceitos, referenciais teóricos, práticas institucionais (...) que vão se tornando marcas quase obrigatórias na construção dos nossos objetos de pesquisa, as quais temos muita dificuldade de questionar, de colocar sob provisória suspeita (p. 56).

Contudo, é importante lembrar que não existe neutralidade na pesquisa, como bem lembrado por Machado (2006), na introdução à *Microfísica do Poder*, a neutralidade objetiva e universal não existe porque não há saber neutro. Todo saber é político porque sua gênese está situada em relações de poder.

A ideia de que as coisas podem ser “naturalmente” de uma determinada maneira e não de outra é desconstruída por Michel Foucault, em livros como *A história da Loucura*, *Vigiar e Punir*, *O Nascimento da Clínica* e *História da Sexualidade*, quando escolhe como objeto de análise construções históricas como a loucura, a delinquência, a Medicina e a sexualidade, o autor nos mostra outras narrativas possíveis para estes objetos.

O paradigma da modernidade, como nos lembra Veiga-Neto (2007), acumula fraturas desde o século XIX com as suas tentativas de sistematizar os conhecimentos em noções totalizantes, chegou ao ponto do esgotamento. Nesse momento nos situamos numa “transição entre epistemologias que se esgotam e novos estados de pensamento que recém estão surgindo” (p. 29). Onde o que interessa é saber como se pensam as verdades ou realidades e não saber se existe determinada verdade ou realidade. Na perspectiva pós-moderna, especialmente se tomamos os conceitos formulados por Foucault como lentes para pensar nossa atualidade, ao problematizar os objetos das nossas pesquisas, segundo Fischer (2007), devemos considerar que as teorias e as práticas andam juntas, o que faz com que as coisas ditas sejam sempre históricas, o que significa que elas “funcionam em práticas muito concretas” (p. 41), e, também, que o discurso seria “como uma prática que forma os objetos de que fala” (p. 45). Nessa perspectiva, saber quais são as práticas muito concretas produzidas pelos regimes de verdade que constituem as PICS parece ser um bom caminho para empreender uma problematização do objeto dessa pesquisa.

Nesse capítulo, apresento o tema e o objeto que proponho investigar, assim como, a abordagem histórica escolhida para orientar a pesquisa, a qual se realiza por meio da problematização proposta pela perspectiva pós-moderna, especialmente por meio dos conceitos ferramentas, elaborados por Michel Foucault.

No segundo capítulo, exponho alguns fragmentos das memórias que possam expressar um pouco as experiências e as ideias que me inspiraram na realização dessa pesquisa. Minha motivação para essa exposição se dá porque acredito que o olhar do observador influencia o objeto e em consequência disso não pode haver neutralidade nas pesquisas que realizamos. Portanto, torna-se necessário falar do lugar que constitui o olhar de quem observa, pesquisa e analisa.

No terceiro capítulo, desenvolvo os conceitos ferramentas que são as lentes que orientam o olhar/refletir/analisar nessa pesquisa. São eles: Poder/Saber, Jogos de Verdade, Regimes de Verdade e Biopolítica.

No quarto capítulo, apresento as histórias das políticas públicas de saúde, sobretudo no Brasil, no intuito de enriquecer o entendimento das condições de possibilidade para que as PICS tivessem na PNPIC sua superfície de emergência.

No quinto capítulo, apresento o caminho metodológico, que se inspira na genealogia de Michel Foucault, e se mostra um guia surpreendente com sua capacidade de abrir trilhas e rumos que nos levam para experiências difíceis porque deixam marcas, derrubam certezas e desconstroem verdades.

No sexto capítulo, apresento as análises sobre a constituição dos regimes de verdade sobre as PICS nas políticas públicas de saúde, especialmente na PNPIC. Para tal, desenvolvo dois eixos: um eixo das proveniências, que se divide em três subcategorias e um eixo da emergência, onde é possível perceber tanto o dito como o não dito nos regimes de verdade sobre as PICS.

No sétimo capítulo, exponho minhas considerações finais, mas, não definitivas ao retomar a questão posta pela sociedade de controle, em seu aspecto modulador das nossas condutas e subjetividades articuladas às possibilidades colocadas pelos saberes e práticas não convencionais em saúde.

2 MEMÓRIAS, DESASSOSSEGOS E PERCEPÇÕES

Diante da constatação de que somos historicamente construídos, podemos indagar sobre nossas chances de produzir subjetividades não colonizadas pelas narrativas hegemônicas. Nesse sentido, conto um pouco da minha própria história, para que se saiba de onde fala a pesquisadora. De que lugar histórico fala a observadora do objeto desse estudo e como se relaciona com ele.

Nasci numa família com ideias, costumes e valores diferentes do que cedo aprendemos ser o considerado “correto” ou “normal”, talvez as características mais gerais fossem uma visível estética influenciada pela contracultura e o engajamento político aos ideais socialistas. Cresci frequentando referenciais culturais considerados “alternativos” e contra-hegemônicos que propiciavam experiências diferentes e produziam em mim subjetividades menos sujeitadas.

Quando, mais tarde, minha família trocou o Rio de Janeiro por Porto Alegre, e eu ingressei na Graduação de Fisioterapia no Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista – IPA – Faculdade de Ciências da Saúde, pude entender a sorte que me acompanhava até então: eu havia vivido toda minha vida, até aquele momento, numa realidade social e cultural mais libertária e diversa. A mudança para um ambiente menos plural culturalmente e mais convencional nos costumes me impôs alguma introspecção. Foi assim que elegi a biblioteca como meu lugar preferido na faculdade. Ali, entre os livros de anatomia, fisiologia, patologia entre outras especialidades das ciências da saúde moderna, podia encontrar, também, livros mais envolventes de autores como Fritjof Capra e Carl Gustav Jung, que foram importantes para que eu conhecesse narrativas mais holísticas sobre a humanidade e suas questões, especialmente as relacionadas ao que podemos entender por saúde e doença. Afinal, eu estava estudando para ser fisioterapeuta e muitas vezes pensei sobre que tipo de fisioterapeuta eu gostaria de ser. As possibilidades que o curso oferecia me desassossegavam, pois este era organizado conforme as especialidades médicas, e era dessa forma que íamos conhecendo as possibilidades de atuação profissional. Minha primeira certeza, a partir das experiências que o curso me proporcionava, era a de que eu não iria trabalhar num hospital.

Pude conhecer bem o trabalho da Fisioterapia hospitalar, ele não é nada fácil. Admiro quem consegue se manter uma pessoa alegre nesse ambiente de trabalho. No entanto, sempre me perguntei se era mesmo necessário todo o disciplinamento que há num hospital, ao me colocar no lugar dos pacientes que ali estavam, ocorriam-me questões como, por exemplo, por que os pacientes internados na Unidade intensiva de tratamento (UTI) não podiam contar com acompanhante familiar 24 horas? Por que a comida servida no hospital parecia ser tão pouco nutritiva? Por que a iluminação tão fria? Por que um ambiente tão pouco acolhedor? Somando-se a essas “friezas” que caracterizam um hospital, ainda me sentia entristecida e impressionada com a forma como muitas pessoas que trabalham num hospital se colocam no ambiente, com gestos tão mecânicos, secos e automáticos, parecendo não encontrar espaço para sentimentos, exceto uma porção de vaidade, ao meu ver tão inapropriada, nesses mesmos gestos.

Pensando bem, a Graduação foi quase uma experiência antropológica para mim. Percebi nos discursos sobre saúde que circulavam nas aulas, no hospital, nos livros e nos artigos científicos, os modos considerados apropriados para praticar atenção à saúde. Assim como, pude também, ter uma boa noção dos imaginários dos colegas, e de estudantes de outros cursos, que eu convivia mesmo que sob as hierarquias do hospital. E, portanto, me preocupava a ideia de que pessoas investidas de uma vaidade relacionada ao poder simbólico do conhecimento médico, estariam no hospital, agindo sobre outras pessoas, que ali estavam, numa enfermaria do SUS, nos áridos anos 1990. Era possível sentir os objetos e seus efeitos de poder, o avental branco e o estetoscópio. O agir sobre o corpo do outro, ali envolto em tecnologias duras⁵, sondas, drenos, respiradores artificiais. Quantos sentimentos envolvidos, de um lado, apenas uma estudante experimentando as práticas que compõem seu conhecimento, sua competência e, de outro, alguém precisando de cuidado, em busca de superar algum sofrimento, algumas necessidades em saúde.

No hospital, frequentemente me questionava sobre muitos aspectos relacionados aos modos de atuar e de interagir com os pacientes, não me parecia que a norma de atuação na atenção à saúde e as possibilidades ali oferecidas fossem as

⁵ De acordo com Mehry (2009), as tecnologias duras são processos que utilizam trabalho morto, que são os objetos produzidos anteriormente, como os aparelhos diagnósticos ou instrumentos para procedimentos cirúrgicos ou outros, somado ao trabalho vivo dos operadores na atenção à saúde.

melhores que a vida deveria proporcionar, para pessoas em momentos de fragilidade e de angústia, consequentes de tudo o que pode envolver a condição humana, em suas variadas intensidades de sofrimento que o adoecimento ou mesmo a sensação de finitude evocam. Muitas vezes, pensei que nós, estagiários, éramos ainda muito inexperientes para a responsabilidade de aplicar as práticas de saúde hospitalares em pessoas de carne, ossos e sentimentos. Essa sensação me acompanhou durante muito tempo, só mesmo perto do final da graduação pude sentir-me com alguma propriedade para oferecer cuidados fisioterapêuticos nos atendimentos que realizava no hospital. Mas, ainda me sentia devedora em relação aos pacientes porque eles me ofereciam um aprendizado, mesmo que involuntariamente. E será que alguém em situação hospitalar deveria ofertar aprendizado à estagiários? Na minha opinião essa relação era desigual, eu me sentia recebendo mais do que ofertava. Essa sensação me fazia puxar o freio e agir com muita cautela, mas, ainda assim, me perturbava. Essa foi uma angústia que não encontrou respostas ou espaço para reflexão durante a Graduação de Fisioterapia.

Não recordo da presença, no projeto pedagógico, de propostas que promovessem esse tipo de problematização, nosso aprendizado era de fundamentação biologicista e orientado pelo modelo flexneriano⁶ de ensino em saúde. O curso tinha como objetivo nos preparar tecnicamente para trabalhar no setor privado, apesar de treinarmos as habilidades fisioterapêuticas no ambiente do SUS. O qual me foi apresentado nesses estágios, através das especialidades de cada enfermaria que frequentávamos para aprender técnicas de cuidado bastante fragmentadas. A rotina do estágio consistia em um momento de estudo teórico, onde discutíamos um relato de caso para nos apropriarmos de técnicas fisioterapêuticas e um momento de prática, quando íamos para as enfermarias onde, a depender da especialidade médica do semestre, encontrávamos pacientes em melhores ou piores condições de saúde.

⁶ Baseado no Relatório Flexner, que em 1910 influenciou o ensino norte-americano e, também, a prática médica mundial. Indicava o paradigma da Medicina científica como o modelo a ser seguido na formação de médicos e de profissionais da área da Saúde. Entre as principais características encontramos um ensino baseado em especialidades e ambientado no hospital (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Foi uma boa surpresa conhecer o Centro de Reabilitação Porto Alegre (CEREPAL), outro ambiente do SUS, que frequentei como estagiária, e, onde me permitiram realizar um trabalho mais inventivo. Apesar da sobrecarga de pacientes, foi uma experiência satisfatória e, inclusive, tive a oportunidade de realizar ali meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC): uma comparação da eficácia dos exercícios do *yoga* com os de cinesioterapia⁷ em pacientes com lombalgia.

A experiência de usar *yoga*, num local onde as práticas de saúde eram delimitadas pela lógica biologicista sobre o corpo e a saúde, foi muito gratificante e encorajadora. Assim, no universo do trabalho senti que nem tudo estava perdido. Na vida fora da faculdade eu poderia exercer uma Fisioterapia mais criativa ou mais “alternativa”, ao menos em alguns locais. Pensar sobre o adjetivo “alternativa(o)” que tantas vezes se fez presente em minha vida, vindo de enunciados judiciosos de outras pessoas, mas, também, inscrito no meu próprio discurso, apresenta-se como uma oportunidade de desconstruir essa ideia, refletir sobre o que essa adjetivação significa, para o que serve, que coisas coloca em movimento. Ultrapassar esse tipo de cristalização me interessa e me mobiliza há algum tempo, refletindo-se na escolha da Pós-Graduação em Acupuntura, que frequentei imediatamente após a conclusão da Graduação em Fisioterapia. Esse mergulho em uma outra forma de pensar sobre a saúde e sobre a vida me fez muito bem porque possibilitou um olhar capaz de se deslocar, de procurar, de desacomodar e de se transformar. Um olhar menos iludido com os discursos definitivos que a racionalidade científica moderna costuma produzir. A possibilidade de desconfiar das “verdades” científicas, especialmente as do campo da saúde, foi dando espaço para que outros conhecimentos participassem das minhas escolhas sobre as práticas relacionadas de alguma forma com a minha profissão, mas, também, com minha vida pessoal.

Assim, acredito que pude fazer algumas escolhas “alternativas” para levar uma vida menos invadida pelo modelo de “normalidade” que nos é ensinado desde cedo. Como as escolhas que faço em relação ao meu corpo e a minha saúde, e, também,

⁷ Uso do movimento ou exercício com objetivos terapêuticos. No Ocidente, os primeiros registros do uso dos exercícios terapêuticos datam da Antiguidade Grega e Romana, mas foi a partir da I Guerra Mundial que os exercícios terapêuticos se tornaram um recurso para a reabilitação física. A principal finalidade da cinesioterapia é a manutenção ou desenvolvimento dos movimentos do corpo humano (GUIMARÃES; CRUZ, 2003).

na forma como organizo o meu trabalho em saúde. Assim, ao produzir meu próprio consultório de Fisioterapia e Acupuntura, em um estilo não comercial, gosto de chamá-lo de artesanal, tento não aderir à lógica capitalista de trabalhar, ao não tratar a saúde como uma mercadoria. Essa escolha sofre limitações porque, afinal, minha vida acontece numa sociedade capitalista e num país subjugado pelos efeitos de políticas neoliberais. Como todos, também sou assujeitada por relações de poder, um bom exemplo disso seria a campanha da corporação médica pelo ato médico⁸. Como resistência à política difamatória promovida na campanha pelo ato médico, senti a necessidade de pesquisar acerca da legislação referente às profissões da saúde e ao sistema de saúde, o que resultou no encontro com a Saúde Coletiva e a sua histórica luta por justiça social, orientada na direção da garantia da pluralidade de modos de levar a vida.

Frequentar essas reflexões, fora das dualidades restritas da cultura ocidental moderna, possibilita outras subjetividades, que podem tecer outros modos de produzir cuidado em saúde. Afinal, não seria preciso apostar nos (des)caminhos povoados por saberes e práticas plurais para manter uma atitude ética na escrita, no pensamento e na vida? Nesse sentido, procurar nutrir uma disposição curiosa pode ser necessário se quisermos imaginar as coisas do mundo a partir de variados olhares, possibilitando a invenção de maneiras de existir, em busca da arte da existência (FOUCAULT, 2014b). Que pode ser criada ao experimentar a vida a partir de subjetividades menos colonizadas pelo discurso hegemônico. As PICS podem nos oferecer experiências diferentes que, segundo Tesser (2015), têm um potencial pedagógico relevante, podendo promover ressignificações e aprendizados em resposta a experiência do adoecimento e do sofrimento. Talvez, as PICS, também, possam promover ressignificações e aprendizados, em resposta a outros estímulos que não apenas a doença. Poderiam as PICS fortalecer nossa saúde ao ofertar outras experiências, e, portanto, outras subjetivações?

⁸ O projeto de lei do ato médico (PL 7.703/06) foi apresentado em sua primeira versão ao Senado Federal do Brasil em 2002 ao propor uma regulamentação da profissão médica. Mas converteu-se em uma política que buscou conquistar um monopólio sobre procedimentos em saúde legitimamente realizados por outros profissionais de saúde. Não havendo na literatura científica mundial justificativa fundamentada para tal monopólio. Além disso, tal proposta de monopólio, fere a legalidade jurídica que respalda as competências das outras profissões da saúde (NICARETTA, 2010).

Com a disposição para resistir às capturas que costumam colonizar nossas subjetividades, pretendo, nessa investigação, analisar como foram se constituindo os regimes de verdade sobre as PICS nas políticas públicas de saúde brasileiras, de modo que uma outra história sobre os saberes e práticas de saúde possa ser contada.

3 MODOS DE OLHAR: FERRAMENTAS CONCEITUAIS

Neste capítulo, procuro apresentar e refletir sobre os conceitos-ferramentas foucaultianos: Poder/Saber, Jogos de Verdade, Regimes de Verdade e Biopolítica, que orientam nesta pesquisa a problematização acerca da constituição dos regimes de verdade relacionados com a invenção e a emergência das PICS nas políticas públicas de saúde brasileira. Esse referencial teórico possibilitou que fosse considerado o caráter constitutivo das PICS, colocando em dúvida os discursos de verdade produzidos nas relações de poder/saber e seus domínios sobre a ciência. Ao desnaturalizar os discursos de verdade de um objeto podemos entender suas condições de possibilidade, os efeitos que produzem, as práticas que legitimam e as subjetivações que tornam possíveis. Trata-se de evidenciar as estratégias sociais, econômicas e culturais usadas nas disputas para estabelecer ou manter regimes de verdade (FOUCAULT, 2006).

O saber, para Foucault (1972, p. 220), seria “um conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva e que são indispensáveis à constituição de uma ciência”. Mas, de acordo com Portocarrero (1994, p. 45), “mesmo quando não legitimado como ciência, o saber possui uma positividade e obedece a regras de aparecimento, organização e transformação que podemos descrever”. Ainda é preciso considerar que a “ciência” não existia antes do século XVIII, até ali o sistema que organizava, articulava e comunicava os saberes era a Filosofia (FOUCAULT, 2005). Existiam, portanto, os saberes heterogêneos e polimorfos que foram sendo disciplinados sob o que se denominou progresso da razão. Assim, os saberes técnicos que emergiram no século XVIII, que eram plurais e variavam conforme as regiões geográficas e a estrutura material de suas oficinas, categoria social, econômica e educacional, lutavam entre si e tinham preocupação com os seus segredos tecnológicos, pois valiam riquezas (FOUCAULT, 2005).

Essa disputa foi se tornando mais tensa a medida que iam se desenvolvendo as formas de produção e, dessa maneira, os saberes artesanais foram dominados pelos saberes que haviam crescido com o processo de industrialização dessa época. Configurando uma luta econômica e política que contou com a intervenção do Estado, através de procedimentos como a desqualificação dos saberes menores, a

normatização dos saberes dispersos de modo a ajustá-los uns aos outros, uma classificação hierárquica que subordinava os saberes específicos às formas mais gerais, mais formais e que envolviam os saberes com suas diretrizes. O Estado representava uma centralização piramidal que se ocupava em conhecer os conteúdos dos saberes menores e ao mesmo tempo orquestrava um conjunto através de organizações gerais que devia fazer prevalecer (FOUCAULT, 2005).

Assim, os dispositivos⁹ reguladores dos discursos, ao se apropriarem dos saberes os dispõem, conforme a conveniência, como conhecimentos verdadeiros ou falsos, como saberes qualificados ou desqualificados. Entre estes, há os saberes que passaram por um assujeitamento como resultado dessas relações de poder e só podem ser resgatados do silenciamento histórico por meio da erudição. Há ainda, os saberes considerados desqualificados, por uma suposta insuficiência no que se refere ao nível de cientificidade requeridos (FOUCAULT, 2005).

Nesse sentido, Foucault (2005), aponta a possibilidade de percebermos nas práticas discursivas uma fixação de normas para a elaboração dos conceitos e das teorias, em um jogo de prescrições que regem exclusões e escolhas. As práticas discursivas não são apenas modos de fabricação de discursos. São, também, os conjuntos técnicos, as instituições, os esquemas de comportamentos, os tipos de transmissão e difusão, as formas pedagógicas, enfim, o que pode manter e impor uma prática discursiva (FOUCAULT, 2014a).

No entendimento de Portocarrero (1994), ao deslocar a noção da ciência para o domínio do saber, as análises de Foucault nos retiram a delimitação imposta pelas disciplinas ou pela ciência, ao mesmo tempo que nos abrem para a descrição de

⁹ “Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (FOUCAULT, 2006, p. 244). Ao ampliar a classe dos dispositivos foucaultianos, Agambem (2005), considera como dispositivo qualquer coisa que tenha a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos. Nesse sentido, aponta que além dos dispositivos institucionais, como as prisões, os manicômios, as escolas, as fábricas, as disciplinas jurídicas entre outras, existem outros dispositivos menos evidentes, como: a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, a agricultura, o cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares e, até, a própria linguagem. Portanto, formulando duas grandes classes: os seres vivos e os dispositivos. E, entre eles, os sujeitos que resultam da relação entre as duas grandes classes.

positividades, que são “as regras segundo as quais uma prática discursiva pode formar grupos de objetos, conjuntos de enunciações, jogos de conceitos, séries de escolhas teóricas” (p. 48). As positividades não caracterizam formas ou estados de conhecimento e não estão condicionadas à cientificidade, não podendo, portanto, ser julgadas por uma referência que não seja do próprio saber em questão (GIACOMONI; VARGAS, 2010).

Essa positividade que não pode ser entendida como ciência, mas que, também, está presente na ciência, de acordo com Giacomoni e Vargas (2010), confere capacidade à prática discursiva para “formar objetos, enunciações, jogos conceituais e escolhas temáticas e teóricas visando à construção de proposições (com ou sem coerência), descrições, verificações e teorias” (p. 128) e deve ser pensado como um saber, sobre o qual nos interessa a sua produção histórica e concreta.

A noção de saber precisa ser pensada considerando a noção de poder. Essas duas noções são imanentes e só podem ser analisadas através da história. Essa análise não deve se engajar num modelo linear, gradual e progressivo. É necessário procurar olhar as continuidades e as descontinuidades, pois o que ocorre em nossa sociedade é um certo número de práticas pelas quais se produz uma verdade que não existia anteriormente (PORTOCARRERO, 1994).

De acordo com Machado (2006), a noção de poder foucaultiana se refere a práticas ou relações de poder. Não existe um poder enquanto propriedade, o que existe é um exercício do poder, um funcionamento do poder que se dissemina por todo o tecido social. Nesse sentido, a rede de poder engloba, inclusive, os movimentos de resistência que não estão isentos dessas relações de poder.

Apesar da figura central do Estado, na composição política das nações europeias, ao pensarmos sobre o poder não devemos imaginá-lo como um sistema de dominação centralizado que se propagaria por derivações ao corpo social. Ao contrário, o poder se exerce como uma multiplicidade de correlações de forças, não funciona como uma unidade, se produz por meio das desigualdades presentes nesses embates, num movimento incessante e em todas as relações entre um ponto e outro (FOUCAULT, 2014).

Outra característica das relações de poder analisadas por Foucault (2014), é que este não é apenas repressor, essa face do poder existe, mas não somente, pois o poder também tem uma face produtiva, a qual estimula comportamentos e conduz nossas condutas. Essa forma produtiva do poder ocorre por meio da constituição de verdades, nas palavras de Foucault (2005):

Somos forçados a produzir a verdade pelo poder que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar; temos de dizer a verdade, somos coagidos, somos condenados a confessar a verdade ou a encontrá-la. O poder não para de questionar, de nos questionar; não para de inquirir, de registrar; ele institucionaliza a busca da verdade, ele profissionaliza, ele a recompensa. Temos de produzir a verdade como, afinal de contas, temos de produzir riquezas, e temos de produzir a verdade para poder produzir riquezas. E, de outro lado, somos igualmente submetidos a verdade, no sentido de que a verdade é a norma (...) Afinal de contas, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder (p. 29).

A constituição da verdade ocorre por meio de um jogo do verdadeiro e do falso que o conjunto de práticas discursivas e não-discursivas proporciona (FOUCAULT, 2003). A verdade é resultado das relações de poder e se estabelece neste mundo a partir de múltiplas coerções que regulam e produzem efeitos de poder. Podemos observar como cada sociedade tem seu regime de verdade, ao incentivar e acolher alguns discursos como verdadeiros ou falsos (FOUCAULT, 2006).

Nas sociedades influenciadas pela razão moderna existe uma economia política da verdade, que tem características históricas importantes, conforme analisada por Foucault (2006):

a “verdade” é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a uma constante incitação econômica e política (necessidade de verdade tanto para a produção econômica, quanto para o poder político); é objeto, de várias formas, de uma imensa difusão e de um imenso consumo (circula nos aparelhos de educação ou de informação, cuja extensão no corpo social é relativamente grande, não obstante algumas limitações rigorosas); é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação); enfim, é objeto de debate político e de confronto social (as lutas “ideológicas”) (p. 13).

Penso nos jogos de verdade como as condições de possibilidade para que os variados discursos e práticas disputem o estatuto da verdade e se apresentem como uma realidade, por serem eles que remetem às relações do verdadeiro e do falso e, dessa forma, balizam o que podemos entender de nós mesmos e do mundo (VEIGANETO, 1996). Para Birman (2002), a verdade toma forma nos jogos de verdade, que

são a instância onde a produção dos enunciados e as regras que estabelecem sua legitimidade são reguladas pelas relações de poderes. Nesse sentido, Birman (2002), afirma que:

Pode-se reconhecer que o projeto filosófico de Foucault se constituiu pela indagação crítica dos jogos de verdade estabelecidos, propondo, ao mesmo tempo, outros jogos de verdade sobre as mesmas problemáticas. Com efeito, da desrazão à sexualidade, passando pela Medicina, pela discursividade e pelas modalidades de punição, a filosofia de Foucault é uma desconstrução insistente dos jogos de verdade (p. 319).

Ainda de acordo com Birman (2002), os jogos de verdade tomariam forma no campo das disciplinas onde o saber ocupa uma posição estratégica, portanto, o saber como um poder disciplinar tem um peso importante na composição dos jogos de verdade, que são onde se travam as disputas que buscam forjar subjetividades.

A verdade tem uma economia política em nossa sociedade ao sustentar os sistemas de poder. Nesse sentido, segundo Foucault (2006), os regimes de verdade delimitam “os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros” (p.12) e estão vinculados a um “regime político, econômico e institucional de produção de verdade” (p. 14).

De acordo com CandiOTTO (2010, p. 10), “a genealogia foucaultiana é apresentada então como uma história crítica dos jogos de verdade, a partir dos quais o sujeito é constituído”. Os discursos de verdade e, também, os sujeitos são constituídos por conta das condições de possibilidades que as articulações entre os jogos de regras, mecanismos e estratégias de poder faz com as práticas sociais e culturais num determinado tempo e espaço (CANDIOTTO, 2010).

No curso *O Governo de Si e dos Outros*, Foucault (2010b), nos mostra como os regimes de verdade, ou a própria ideia de verdade, foram sendo constituídos na Antiguidade grega, por meio das tragédias¹⁰, como a de Íon¹¹ ou de Édipo Rei¹² onde

¹⁰ Na Antiguidade grega as tragédias eram encenações teatrais que manifestavam o pensamento político em forma de espetáculo (SILVA, 2013). Nasceram no culto à Dionísio, Deus do vinho, da alegria e da potência criadora. As Tragédias foram inicialmente apresentadas clandestinamente porque a aristocracia grega não via com bons olhos aquela manifestação que personificava a liberdade, a desobediência à ordem e à medida (SANTOS, 2005)

¹¹ “Em Íon, Eurípides põe em cena um mito de fundação do povo heleno, dramatizando a história do epônimo dos jônios, nações nômades patriarcais, cujos descendentes habitaram e colonizaram a península anteriormente habitada por povos pré-patriarcais” (MARQUES; CAMARANI, 2010, p. 14).

¹² Nessa tragédia, o herói Édipo “ao investigar o assassinato de Laio, descobre-se pai de quatro belos filhos, que são frutos de uma relação incestuosa, e o matador de seu próprio pai, ou seja, o culpado da peste que se abate sobre Tebas” (SANTOS, 2005, p. 56).

podemos observar exemplos e modos variados de veridicção, que seria a ação de dizer a verdade. Assim, vamos percebendo como o tema do dizer a verdade aparece por meio de diferentes discursos, como a parresía - a fala franca - que requer uma disposição filosófica para pensar (FOUCAULT, 2011), produzindo uma vida engajada na experiência do próprio pensamento, num esforço ético para escapar das armadilhas da conveniência, da norma e do instituído.

Nesse sentido, Foucault (2010b), procurou fazer uma história do pensamento, que pode ser entendido como focos de experiência que envolvem três eixos que se articulam: as formas possíveis de saberes, as matrizes normativas de comportamento para os indivíduos e os modos de existência virtuais para sujeitos possíveis.

Ao estudar a experiência como matriz para a formação de saberes, Foucault (2010b), buscava identificar quais práticas discursivas que poderiam constituir matrizes de conhecimentos possíveis, deslocando o eixo da história do conhecimento para a análise dos saberes, das práticas discursivas e das regras de veridicção.

O segundo deslocamento realizado por Foucault (2010b), se deu ao analisar as matrizes normativas do comportamento por meio das técnicas e procedimentos pelos quais se investe na condução da conduta dos outros. Analisando, dessa forma, o poder nos procedimentos de governamentalidade, que na sociedade moderna, seriam as técnicas para controlar e regular os indivíduos onde menos se pode esperar, na liberdade de cada um. O contato entre as tecnologias de dominação sobre os outros e as tecnologias de si, são para Foucault (2004), a governamentalidade. E, por fim, o terceiro deslocamento, ao analisar as diferentes formas pelas quais o indivíduo é levado a se constituir enquanto sujeito por meio das práticas de si, no lugar de se limitar a teoria do sujeito (FOUCAULT, 2010b).

De acordo com Foucault (2010b) a noção de parresía “corre de um sistema a outro, de uma doutrina a outra, de tal sorte que é muito difícil definir com exatidão seu sentido e identificar sua economia exata” (p. 45). A parresía se mostra uma noção plural ao longo da Antiguidade, apresentando diferenças em momentos históricos como na democracia ateniense e no Império Romano (FOUCAULT, 2010b).

Assim, segundo Foucault (2010b), Quintiliano apontava a parresía como uma figura de pensamento com grau zero de retórica ao afirmar que “a figura de

pensamento consiste em não utilizar figura alguma” (p. 53). A parresía não é retórica pois não tem como finalidade persuadir o outro. Também, não podemos dizer que a parresía seja uma pedagogia porque ela é abrupta ao lançar verdades que podem levar um interlocutor tirânico ao excesso, à injustiça. Sendo assim, não orienta o interlocutor na direção do saber. Há um risco inerente à parresía, envolvendo inclusive a própria vida daquele que diz a verdade (FOUCAULT, 2010b). Esse risco, faz pensar como o descompromisso com os regimes de verdade estabelecidos pode atrapalhar os procedimentos de governamentalidade, como acontece quando produzimos discursos contra-hegemônicos, que disputam as práticas e seus espaços nos corpos e nas subjetividades.

Na parresía, de acordo com Foucault (2010b), aquele que fala realmente acredita no que diz. Não se trata de um enunciado performativo:

A parresía é uma maneira de se vincular a si mesmo no enunciado da verdade, de vincular livremente a si mesmo e na forma de um ato corajoso. A parresía é a livre coragem pela qual você se vincula a si mesmo no ato de dizer a verdade. Ou ainda, a parresía é a ética do dizer-a-verdade, em seu ato arriscado e livre (FOUCAULT, 2010b, p. 64).

Há, também, um discurso profético, podemos observar esse modelo na produção discursiva do oráculo de Delfos, a verdade ali é dita de modo reticente, enigmático e de difícil compreensão. Ao carecer de interpretação torna-se passível de engano. Foucault (2010b), analisa essa reticência oracular como uma dificuldade dos deuses em dizer-a-verdade sobre suas próprias faltas, o que demonstra que a veridicção, a parresía é destinada aos homens, que devem desencavar essa verdade e pratica-lá ao dizer-a-verdade por meio do questionamento filosófico e não filiado a nenhum sistema de pensamento totalizante.

Ao analisar as cartas de Platão, Foucault (2010b), nos mostra como os filósofos do círculo da escola Platônica refletiam sobre a atuação política para que sua participação fosse definitiva nos enunciados sobre a verdade de seu tempo, a Antiguidade grega. Por meio das cartas de Platão também é possível constatar que a parresía pode ser arriscada em qualquer forma de governo. Desse modo, Platão não ousa questionar a natureza do modelo de governo, apenas oferece a sabedoria filosófica para fazer com que a *phoné* (voz) da cidade esteja de acordo com o tipo de governo. Ao analisar as cartas de Platão, Foucault (2010b), nos mostra que havia um pensamento político como racionalização da ação política. Os discursos dessa

racionalização são retóricos, proféticos, técnicos (especializados), mas não são livres da ordem do discurso vigente e, portanto, não apresentam a capacidade de desacomodar os regimes de verdade, como pode o discurso parresiástico.

O exemplo da parresía, pode nos inspirar processos de engajamento no próprio pensamento. Dessa forma, podemos analisar os regimes de verdade e as práticas realizadas no campo da saúde. Podemos, também, perceber o que se estabelece como verdade conforme uma ordem do discurso que é hegemônica. Os poderes que partilham dessa ordem buscam por meio dos seus jogos de verdade estabelecer suas práticas, mantendo dessa maneira maior presença e dominância nos regimes de verdade.

Para Foucault (2010b), há uma prova do real que é filosófica com importante participação no campo político ao assegurar uma reflexão ética. No sentido de que as práticas, os discursos e as experiências sejam comprometidas com a diversidade que constitui a humanidade. No entanto, estamos longe dessa condição, somos construídos pela contingência histórica, a qual vem sendo tecida por dispositivos de controle como nos mostra o conceito de Biopolítica.

O conceito de Biopolítica foi introduzido por Foucault, em 1974, ao relacioná-lo com o nascimento da Medicina Social (CAPONI, 2014; FORTES, 2011). Ali, o autor demonstrou que a Medicina moderna representou uma prática social que se utilizava de certa tecnologia do corpo social, fundamental para o desenvolvimento do capitalismo em fins do século XVIII e início do século XIX (FOUCAULT, 2006). Primeiro como Medicina do Estado, na Alemanha, que praticava uma política de saúde baseada na polícia médica, a qual organizou um saber no campo da Medicina ao produzir informações estatísticas sobre a natalidade, a morbidade, as epidemias, entre outros, referentes à população. Ao mesmo tempo em que classificou as doenças num padrão bipolar, entre o normal e o patológico, que legitimou um controle e um poder coercitivo sobre a população (FORTES, 2011).

Revel (2005), atenta para uma possível confusão que o conceito de Biopolítica pode causar, pois, apesar de num primeiro momento, estar relacionado com um poder disciplinar e repressivo (polícia médica) não se limita à estas funções, ao contrário, a

biopolítica, também tem a sua função produtiva, funcionando como um conjunto de biopoderes. O poder estaria na própria vida através do trabalho e da linguagem, mas,

(...) também, no corpo, nos afetos, nos desejos e na sexualidade – o lugar de emergência de um contra-poder, o lugar de uma produção de subjetividade [...] o tema da Biopolítica seria fundamental para a reformulação ética da relação com o político que caracteriza as últimas análises de Foucault (p. 28).

Para Caponi (2014), o poder disciplinar foi uma estratégia de individualizar e tornar os corpos fortes e capacitados para multiplicar o trabalho, ao mesmo tempo que lhes enfraquecia politicamente. Já a biopolítica, não substituiu o poder disciplinar, mas integrou a este a capacidade para dirigir-se à população e seus processos biológicos e biosociológicos, configurando uma estratégia de poder massificadora que se refere ao homem como espécie humana.

O conceito de Biopolítica é um instrumento eficaz para olhar para os processos de gestão das populações, a fim de perceber como estes ao mesmo tempo que perpetuam desigualdades são, também, ocupados com a prevenção de riscos. A partir do conjunto de dados sobre a população, como as taxas de mortalidade, o número de suicídios, de alcoolismo ou da loucura, entre outros controles, se estabelece uma lógica securitária. Esta, apresenta-se como antecipadora dos riscos que podem nos alcançar e esse dispositivo risco-segurança estabelece as garantias para que se constitua uma legitimidade e uma aceitabilidade da população a essa estratégia de poder massificadora (CAPONI, 2014).

Em uma tentativa de questionar as evidências de nosso presente, nesse caso, de problematizar a Promoção da Saúde e uma biopolítica que investe na longevidade para uns (fazendo viver) e para outros oferece a inequidade (deixando morrer), é possível empreender uma reflexão ao tomar as PICS como um dispositivo de governo das condutas que se estabelece por meio dos discursos de autocuidado, formulados pelas políticas de promoção da saúde em sua vertente que responsabiliza os estilos de vida nos processos de saúde-doença.

4 EM BUSCA DE HISTÓRIAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Politik kills
 Politik kills
 Politik needs votes
 Politik needs your mind
 Politik needs human beings
 Politik needs lies
 That's why my friend it's an evidence:
 Politik is violence
 Politik Kills
 Politik uses drugs
 Politik uses bombs
 Politik needs torpedoes
 Politik needs blood
 That's why my friend it's an evidence:
 Politik is violence
 Politik needs force
 Politik needs cries
 Politik needs ignorance
 Politik needs lies
 Politik Kills¹³

Manu Chao, 2007.

Para realizar uma reflexão crítica sobre o objeto desse estudo, será necessário considerar as histórias derivadas de diferentes perspectivas que de alguma forma possam responder aos questionamentos relativos às PICS. O olhar aqui proposto não converge para uma ordem do discurso disciplinar como a que se produz nos discursos das verdades científicas, ao contrário, converge para a construção de um conhecimento que busca se assumir como variado, diverso e plural. Ao partir desse lugar, implicado com a produção de um agir em saúde que em sua micropolítica faça crescer a luta, tão antiga, em busca de uma sociedade menos desigual, considero de grande importância conhecer essa diversidade de histórias sobre um mesmo tema, para compreender a realidade como a construção social que é, foi e será.

¹³ A política mata: a política mata/ a política precisa de votos/ a política precisa da sua mente/ a política precisa de seres humanos/ a política precisa de mentiras/ isso tudo é uma evidência, meu amigo:/ a política é violência/ a política mata/ a política usa drogas/ a política usa bombas/ a política precisa de minas/ a política precisa de sangue/ isso tudo é uma evidência, meu amigo/ a política é violência/ a política precisa de força/ a política precisa de gritos/ a política precisa de ignorância/ a política precisa de mentiras/ a política mata (MANU CHAO, 2007, tradução minha).

Assim, visito as histórias das Políticas Públicas de Saúde para buscar histórias esquecidas ou não consideradas significativas com a intenção de compor uma narrativa histórica. Procuo saber como foram os processos históricos que estabeleceram as políticas públicas de saúde, os documentos oficiais, as normas e regimes de verdade que, afinal, contam a história dos saberes e práticas de saúde com “ares” de oficialidade e de verdades inabaláveis. Dessa forma, ao olhar os detalhes sobre seus mecanismos, seus poderes e seus efeitos ao longo das histórias que ainda nos alcançam, torna-se possível refletir criticamente para compreender o nosso presente. Então, nesse capítulo, apresento alguns fragmentos que me pareceram relevantes para compor essa investigação. Começo voltando para o nascimento do Estado Moderno.

Na Modernidade, o termo política apresenta-se modificado, e é contemplado por expressões como “Ciência do Estado”, “Doutrina do Estado”, “Ciência Política”, “Filosofia Política”, com intenção de indicar “a atividade ou conjunto de atividades que, de alguma maneira, têm como termo de referência a *pólis*, ou seja, o Estado” (BOBBIO, 1998, p. 954).

O entendimento da Política relacionada à atuação do Estado como responsável na intermediação de interesses, com o objetivo de manter a ordem e garantir o bem comum, ou seja, aquilo que reconhecemos como governo, tem sua trajetória ligada na formação do Estado Moderno (BAPTISTA; MATTOS, 2015). Numa perspectiva histórica, ainda segundo Baptista e Mattos (2015), a transformação de um Estado arcaico e medieval em um Estado Moderno ocorreu de maneira descontínua e não-linear, sob a influência de um tempo de expansão de territórios, através de uma prática comercial, que proporcionava o contato entre diferentes culturas. Esta conjuntura, fez com que pensadores como, por exemplo, Maquiavel¹⁴ e Hobbes¹⁵ se detivessem sobre as questões políticas, em busca de respostas para as configurações que se apresentavam numa Europa de conquista e expansão. Dessa forma, foi criada “uma

¹⁴ Maquiavel, filósofo italiano (1469-1527), afirmava o poder como objeto de estudo da política. E preocupava-se em entender como as organizações políticas se constroem e se desmoronam. Via na desordem gerada pelos conflitos a oportunidade para manter a ordem (NASCIMENTO, 2012).

¹⁵ Thomas Hobbes (1588-1679), elaborou uma teoria política onde apresentou a instalação do Estado como a solução para o caos em que se encontrava a Europa, especialmente a Inglaterra. Afirmava que sem o poder coercitivo do Estado a vida seria constantemente ameaçada pela violência (LOPES, 2012).

narrativa de governo, de Estado, de Sociedade e de Política” (BAPTISTA; MATTOS, 2015, p. 83).

Nessa transição de um Estado arcaico/medieval para um Estado Moderno, o poder soberano foi sofrendo restrições, que puderam ser colocadas em prática através da razão do Estado, com o estabelecimento de regras que limitavam tanto a atuação de governos como das pessoas, firmando um pacto “de liberdade e restrição mútuas em favor de uma ordem social e de um modelo de reprodução da vida embasado no modo de produção do capital” (BAPTISTA; MATTOS, 2015, p. 87), definindo-se, dessa forma, uma sociedade baseada no liberalismo que se valeu da disciplina como mecanismo de controle social da população e do território (BAPTISTA; MATTOS, 2015).

Para Foucault (2008), o liberalismo, inaugurado no século XVIII, ao mesmo tempo que incentivou a liberdade, produziu controles e coerções que a limitaram. E, de acordo com Baptista e Mattos (2015), é na esteira desse liberalismo que se construiu um campo de conhecimento fragmentado em Ciência Política, Ciência Social e Ciência Econômica (as Ciências Humanas só apareceriam mais adiante) e essa desarticulação entre Política, Sociologia e Economia engendrou o contexto que proporcionou o aparecimento da Ciência Política que, por sua vez, contribuiu para a formação de regimes de verdade somente acessíveis à pensadores “ capazes de desvendar a verdade de cada área de atuação do Estado” (BAPTISTA; MATTOS, 2015, p. 94).

Essa necessidade de analisar o papel do Estado e suas instituições consolidou, na Europa, a área de conhecimento das Políticas Públicas, de maneira mais relacionada com uma produção teórica do próprio governo, com objetivo de assegurar, através de ações bem estudadas, o poder do Estado. Nos Estados Unidos, as Políticas Públicas aparecem como área de conhecimento e disciplina acadêmica e não estabeleciam relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, sua ênfase estava nos estudos sobre as ações dos governos em consonância com o pressuposto teórico de que, em democracias estáveis, as práticas do governo são passíveis de serem formuladas cientificamente e analisadas por pesquisadores independentes (SOUZA, 2007).

A produção científica norte-americana, no campo das Políticas Públicas, diferencia dois termos importantes, são eles: *politics*, que se refere aos conflitos relativos ao poder, envolvendo os partidos políticos, o processo eleitoral, entre outros fatores; e, *policy*, que faz alusão a um sentido administrativo como os modos de ação, as linhas de atuação ou as condutas escolhidas para responder as demandas políticas (DI GIOVANNI, 2009).

Em seu artigo de revisão de literatura, cujo objetivo era atualizar os conceitos e as análises das Políticas Públicas, Souza (2007), aponta os fundadores desse campo: Lasswell (1936), formulou a expressão *policy analysis* com intenção de estabelecer uma relação entre as pesquisas científicas da área e a produção empírica do governo; Simon (1957), criou a ideia de *policy makers*, que previa a limitação dos decisores públicos frente aos problemas como informações insatisfatórias, tempo inadequado para tomada de decisão, auto-interesse dos decisores, entre outras dificuldades para alcançar os resultados desejados de uma Política Pública; Lindblom (1959; 1979), propôs que se considerassem outras variáveis nas análises das Políticas Públicas, como por exemplo, as relações de poder e as diferentes fases do processo decisório que envolvem as Políticas Públicas; e, Easton (1965), afirmou que as Políticas Públicas são influenciadas por *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse.

Outras definições foram propostas para as Políticas Públicas, como por exemplo, a formulada por Jenkins (MATTOS; BAPTISTA, 2015), que mesmo considerando existir nas construções das Políticas Públicas, a influência de atores diversos, além dos atores governamentais, ainda via a Política Pública vinculada à composição possível a partir de possibilidades oferecidas pelo governo, como metas e recursos disponíveis. Podemos contar, também, com a definição de Anderson (1984), que via na Política Pública uma busca por solução para um problema, de um ator ou grupo de atores, cujo interesse não se estenderia à coletividade (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Entre as definições do que seria uma Política Pública, Souza (2007), considera algumas mais significativas que outras, entre elas: “o que o governo escolhe fazer ou não fazer” formulada por Dye, em 1984; “como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos”, afirmou Lynn em 1980; “decisões e análises sobre

Política Pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”, considerada a definição mais conhecida, elaborada por Lasswell, em 1936.

De acordo com Lucchese (2004), podemos definir as Políticas Públicas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público” (p. 3). Para Di Giovanni (2009), a Política Pública pode ser definida como “uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas” (p. 4). Mattos e Baptista (2015), consideram que a Política Pública não deveria se restringir às respostas que o Estado e seus governos oferecem aos problemas públicos, reconhecidos a partir do próprio Estado, mas incluir na construção de Políticas Públicas a participação dos movimentos sociais, os quais agregariam as lutas sociais na agenda dos debates governamentais.

O estudo de uma Política Pública exige uma reflexão sobre os diferentes grupos sociais em disputa numa determinada sociedade, dessa forma podemos compreender a variedade de realidades que caracterizam os processos que envolvem as Políticas Públicas. Nesse sentido, podemos perceber como a política é um exercício de poder, onde os sujeitos disputam com a finalidade de defender seus interesses. Assim, ao analisar uma política, analisamos o poder em ação (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

As Políticas Públicas quando contemplam o campo da saúde abarcam a ação social do Estado, que deve cuidar das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e coletividades (LUCCHESE, 2004). Mas, podemos observar, que as Políticas Públicas de Saúde podem ser omissas ou atuantes na produção de resposta social que uma organização, como o Estado, realiza em relação aos determinantes e às condições de saúde dos indivíduos e das populações. Assim como, em relação as ações como produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que influenciam a saúde humana e o ambiente (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

De acordo com Polignano (2001), antes de analisarmos a história das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, devemos estabelecer algumas premissas, como a de

que a sua evolução acompanha a evolução política, social e econômica da sociedade brasileira, que esteve sempre servindo aos interesses da lógica capitalista. Estabelecendo, conforme analisou Silva (1996) em sua pesquisa sobre os dilemas e desafios para a institucionalização do SUS, um formato da Política de Saúde, no Brasil, como de outras Políticas Sociais, que seguiram uma lógica que ao longo do tempo, favoreceu as parcerias com o capital privado ou ofereceu ao mesmo capital um controle sobre as demandas reivindicatórias da população, estabelecendo conjunturas sociais e políticas favoráveis aos interesses econômicos de uma elite dominante capitalista.

Na história das Políticas Públicas de Saúde, podemos observar que, até a instalação do Império, não havia nenhum tipo de política ou modelo que se ocupasse da saúde da população. As práticas de saúde eram realizadas por curandeiros que utilizavam recursos disponíveis na terra, como ervas e plantas. Com a vinda da Família Real para o Brasil se organizou uma mínima estrutura sanitária (BERTOLLI FILHO, 1996 apud CIELO et al., 2015).

Apenas no início do período da República Velha, com o fim da Monarquia, que foram criadas algumas normas para que um conjunto de práticas sanitárias atenuassem a situação caótica pela qual passava a Saúde Pública brasileira (CIELO et al., 2015). Esse período em que se iniciava no Brasil um processo de modernização e urbanização das cidades com um constante aumento populacional, especialmente nas capitais dos estados mais importantes, aumentando, assim, a complexidade social e econômica. Nesse contexto, o governo precisou elaborar uma política sanitária em resposta ao “incremento das doenças transmissíveis como a cólera, a peste bubônica, a febre amarela, a varíola, a tuberculose, a lepra e a febre tifoide que poderiam prejudicar os interesses ligados à economia exportadora do café” (KRUSE, 2006, p. 404).

Dessa forma, se configurou no Brasil um modelo de Política Pública de Saúde sanitário campanhista, o qual caracterizava-se por uma postura repressiva que incluía uma vigilância policial sobre a população. A Revolta da vacina, em 1904, foi uma demonstração da insatisfação da população ao modelo sanitário campanhista, que impôs a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, proposta pelo sanitarista Oswaldo Cruz. O modelo sanitário campanhista foi eficaz no controle das doenças

epidêmicas e isto era importante para a economia agrária-exportadora que se realizava no Brasil até aproximadamente 1930 (CIELO et al., 2015). Para Mendes et al. (2011), o esvaziamento progressivo do modelo sanitário campanhista ocorreu em resposta às necessidades da industrialização da economia, dando lugar ao modelo médico-assistencial privatista. Para Reis et al. (2016), desde o período campanhista o campo da saúde é pautado pela lógica do capitalismo.

Em 1923, se instituiu no Brasil o seguro social com sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) que atendia os trabalhadores ferroviários, marítimos e estivadores. Esse modelo de seguro foi sendo substituído pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que era organizado reunindo o conjunto de trabalhadores de um determinado ofício ou setor de atividade. Era através desses sistemas que se realizava, para uma parcela da população, assistência médica e fornecimento de medicamentos. O atendimento universal em saúde, ainda que limitado ao serviço de urgência, foi ofertado através do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), em 1949, numa iniciativa inovadora que se sustentava com o financiamento consorciado entre todos os IAPs. Devido às disparidades normativas entre os IAPs, como o tempo de internação, a cobrança suplementar aos trabalhadores ou os limites de investimentos diferentes, surgiram reivindicações por um sistema de previdência unificado. Nessa conjuntura, foi promulgada a Lei nº 3807, de 26 de agosto de 1960, conhecida como a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) (BRASIL, 1960a), regulamentada, no mesmo ano, pelo Decreto nº 48.959 (BRASIL, 1960b), que unificou as regras, mas manteve a organização institucional segmentada (MERCADANTE, 2002).

O sistema previdenciário, na metade da década de 1960, contemplava apenas 7,3% da população brasileira, apesar do crescimento gradual no número de categorias profissionais. Com o objetivo de aumentar a eficiência desse sistema, minimizando sua segmentação entre os institutos, em 1966, foi criado o Instituto de Previdência Social (INPS) pelo Decreto Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966 (MERCADANTE, 2002).

De acordo com Escorel e Moreira (2012), a primeira década do regime militar, que inicia com o golpe em 1964, foi marcada pela supressão dos direitos políticos e civis, além de uma violenta repressão aos movimentos sociais. No que diz respeito à

saúde, nesse período configurou-se um sistema de atenção estatal com preponderância da lógica e do modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde, que foi enfraquecido normativa e financeiramente. Com a criação do INPS, em 1966, a previdência ganhou função assistencial e redistributivista, mas limitada ao contingente de trabalhadores com carteira assinada. Os demais cidadãos que não contribuíam para a previdência social podiam, se estivessem dentro do perfil dos programas como o materno-infantil, tuberculose, hansenianos, entre outros, receber atenção à saúde em centros de saúde. As demandas que não estavam dentro desse perfil contavam com os serviços filantrópicos das Santas Casas ou em clínicas e consultórios privados.

Podemos observar, nesse momento, um sistema de saúde público dividido entre Medicina Previdenciária, que ofertava assistência à saúde dos trabalhadores formais e a saúde pública, que se ocupava das zonas rurais e aos setores mais pobres da população sob o comando do Ministério da Saúde, através de ações preventivas de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Foi nesse período, de maior repressão e autoritarismo no Brasil, que se construiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social. Nos departamentos de Medicina Preventiva, foram elaboradas as bases universitárias do Movimento Sanitário, que apontava para a necessária transformação do sistema de saúde vigente. Consideravam o caráter político da área da saúde e a determinação social do processo saúde-doença, assim como, a historicidade do conceito saúde-doença. Essas reflexões foram estratégicas e visavam o favorecimento de uma transformação da sociedade por meio de uma abordagem médico-social que fortalecia a consciência sanitária e social no país. Dessa forma, ao tomar o campo das Políticas Públicas, se formou o Movimento Sanitário, que fortaleceu a resistência política ao regime de exceção da ditadura militar brasileira. Ao crescer, o Movimento Sanitário, pode desenvolver uma intensa participação na luta pela democratização do país (SCOREL; MOREIRA, 2012).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi um movimento de luta pela democracia no país, a partir do campo da saúde, que tinha em sua composição o movimento dos estudantes, professores universitários, setores populares e entidades profissionais de saúde (SCOREL; MOREIRA, 2012). Para Fleury (2009), a construção do projeto da

RSB foi uma resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social, partindo dessas discussões para a construção de um Estado democrático social.

Os criadores da RSB que estavam no meio acadêmico ocupavam os departamentos da Medicina Comunitária nas universidades públicas e formavam competências necessárias para ocupar os quadros técnico-científicos nas agências estatais. Dessa forma, ocupando posições em instituições governamentais, membros do Movimento da Reforma Sanitária criaram, em 1976, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, o PIASS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Esse Programa, elaborado sob a ótica da Medicina Comunitária em voga nessa época e contemplada por investimentos de instituições internacionais, tinha como objetivo levar a Atenção Primária à Saúde (APS) em direção aos municípios do interior, em zonas rurais (ESPERIDIÃO, 2014).

O período da distensão política “lenta, segura e gradual” da ditadura militar no Brasil, iniciado em 1974, durante o Governo Geisel, não foi menos violento que o período anterior (ESCOREL, 2012), mas, não havia método repressivo capaz de ocultar o aumento da mortalidade infantil, a epidemia dos acidentes de trabalho, o crescimento de endemias e a epidemia de meningite, que atingiu dezoito mil pessoas, em São Paulo (PAIM, 2008). Apesar dessa conjuntura, o governo militar incentivava a expansão do setor privado de saúde, por meio de ampliação das compras de serviços através da previdência e de incentivos fiscais para empresas, inclusive chegavam a considerar a privatização dos serviços médicos estatais com objetivo de aumentar a lucratividade. Nessa lógica o INPS eliminou o modelo de gestão tripartite (União, empregadores e empregados) retirando a participação dos empregados/usuários nas decisões tomadas nos Institutos que lhes representava (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ainda na década de 1970, a ascensão da doutrina neoliberal e a crise do petróleo fizeram com que o estado de bem-estar social e seus padrões de solidariedade fossem perdendo força; no Ocidente o papel do Estado se modifica em função da lógica capitalista neoliberal. Mas, ao mesmo tempo, no Brasil o quadro sanitário era alarmante, com baixa cobertura assistencial e elevada disseminação de doenças relacionadas à pobreza. Situação que o regime militar tratou com a aplicação

de programas verticais que buscavam controlar algumas doenças e, em 1975, a instituição do Sistema Nacional de Saúde por meio da Lei nº 6229 (BRASIL, 1975), que consolidou a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) formulou pela primeira vez a proposta do SUS, ao apresentar o documento *A questão democrática na área da saúde* no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (PAIM, 2015). Dessa forma, os estudos e as proposições desenvolvidos pelo movimento da Reforma Sanitária, ao longo do tempo de resistência política e da luta por um país democrático e socialmente justo, inspiraram o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi de grande importância para o capítulo “Saúde” da Constituição de 1988 ao incluir a saúde como um direito universal e dever do Estado (PAIM, 2015; REIS et al., 2016).

Este fato configurou uma importante vitória alcançada, que fez circular e instituir o discurso pela democracia e direito a saúde nas proposições contra-hegemônicas do movimento pela Reforma Sanitária. Para Reis et al. (2016), “a implantação do SUS em 1989 constituiu-se em um projeto marcadamente contra-hegemônico” (p. 123). Podemos perceber essa conjuntura na análise desenvolvida pelo Cebes, em 2005:

Mais do que um arranjo institucional o processo da Reforma sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa ampliação da esfera pública, à inclusão social e a redução da desigualdade. Se a Reforma sanitária é a expressão do nosso desejo de transformação social sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta com as contingências que se apresentaram nessa trajetória. Em outras palavras, expressa a correlação de forças existentes em uma conjuntura particular (p. 386).

No entanto, na avaliação de Fleury (2009), o contexto em que o projeto neoliberal exercia amplo controle da sociedade brasileira, dificultou a construção do SUS em convergência com as propostas formuladas pelo Movimento da Reforma Sanitária, apontando um paradoxo na história do movimento: ao se instituir como Política Pública, em condições adversas e parciais, perdeu sua força transformadora e seu caráter libertário de movimento instituinte. Nesse contexto, ainda de acordo com a autora, nossas chances de reaver a luta pela superação da iniquidade estrutural que

caracteriza a sociedade brasileira, passa pela construção permanente do sujeito, para que possamos novamente colocar o instituinte no lugar do instituído.

Sobre essa questão, Paim (2009), reflete acerca da dedicação e do empreendimento das forças que constituíram o projeto da RSB e conclui que não foram suficientes para a superação de “certos problemas na realidade (...) referentes ao sistema de serviços de saúde, como financiamento, organização, infraestrutura e gestão, que já poderiam ter sido equacionadas considerando-se possibilidades reais de um país como o Brasil” (p. 28). Afirmou ainda, que os esforços cujo objetivo fossem realizar o projeto proposto pela RSB, deveriam passar pelo desenvolvimento de modelos de atenção integral, efetivos e de qualidade.

Para Guizarde e Cavalcanti (2010), “o aprofundamento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira passa, fundamentalmente, por uma radicalização democrática do cotidiano institucional do sistema de saúde” (p. 634), como lugar capaz de provocar um avanço nas garantias institucionais ao mesmo tempo que também possibilita “novas formas de subjetivação que permitam alcançar a almejada revolução nos modos de vida” (p. 634). O SUS em seu cotidiano e em sua dimensão micropolítica poderia disputar pela realização do ideário proposto pelo movimento da Reforma Sanitária, ao intencionar um sistema de saúde que supere a reforma setorial com propostas de transformações para além das questões referentes à assistência em saúde.

No entanto, a conjuntura política brasileira durante os anos 1990 não era favorável às lutas pela diminuição das desigualdades sociais, na medida que as forças políticas atuantes nesse período estavam à serviço da ampliação de políticas econômicas neoliberais. Nesse contexto, a descentralização, uma das diretrizes do SUS que não colidia com os interesses neoliberais, como observam Machado et al. (2007), pôde ser desenvolvida na década de 1990, e proporcionou “a passagem de um sistema extremamente centralizado para um cenário em que centenas de gestores municipais e estaduais tornam-se atores fundamentais no campo da saúde” (MACHADO et al., 2007, p. 144).

Apesar da descentralização da saúde ter ocorrido nesse período, Machado et al. (2007), consideram que, sua aplicação se fez em condições adversas relacionadas

ao ajuste fiscal, às restrições à contratação de pessoal e à grande diferença de realidade entre os municípios. Nesse contexto, esses elementos colocaram em evidência as divergências entre as agendas da reforma sanitária e a do Estado neoliberal.

Ainda na década de 1990, o Programa de Saúde da Família (PSF), foi uma política prioritária para organização da APS, num clima de contrarreformas das políticas sociais sob orientação do Banco Mundial, o qual elaborou documentos com orientações para o sistema de saúde brasileiro com determinações contrárias às conquistas da Constituição de 1988, especialmente os princípios de universalidade, integralidade e equidade na saúde (CARREIRO; DIAS, 2015). Nesse contexto, de acordo com Krüger (2014), a implementação do PSF, sob financiamento do Banco Mundial, se deu como uma cesta básica de saúde para os pobres. Ainda assim, segundo Carreiro e Dias (2015), chega em 1997 com sua dimensão reformulada. Passando a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), que iniciou sendo implantada em áreas consideradas de risco, mas que rapidamente se expandiu atingindo 90% dos municípios brasileiros em 2001.

Contudo, na década de 1990, os investimentos em saúde foram considerados como gastos e essa concepção neoliberal da saúde implicou em uma contínua intenção em fazer regredir as conquistas dos anos 1980, que garantiam cidadania à população brasileira. Dessa forma, os anos 1990 foram permeados de contradições, avanços e rupturas com a condução política da década anterior, refletindo os embates decorrentes da crise do Estado e a captura por interesses privados e pela globalização (SILVA; BAPTISTA, 2014).

Foi nessa conjuntura que os ideais produzidos acerca da Promoção da Saúde começaram a ocupar espaço no debate político-institucional brasileiro, apresentando-se de forma polarizada. Assim, segundo Buss (2000), a conceituação acerca da Promoção da Saúde pode aparecer mais relacionada aos estilos de vida dos indivíduos e produzir programas ou atividades que focam “em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos” (p. 166) ou se alinhar mais às discussões acerca dos determinantes sociais da saúde e propor atividades que se relacionam mais com a ideia de coletividade e ambiente

que deve ser compreendido num sentido amplo por incluir aspectos “físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde” (p. 167).

Apesar da polarização conceitual acerca da Promoção da saúde, não houve empecilho para sua presença como eixo fundamental na formulação de políticas públicas de saúde, sobretudo porque o Ministério da Saúde, no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), em 1997, tinha como objetivo a realização da municipalização das políticas de saúde no Brasil, operada por meio de uma maior divulgação e oferta da Promoção da Saúde como estratégia de política pública para remodelar a estrutura da assistência à saúde (SILVA; BAPTISTA, 2015).

O discurso sanitário que se estabelece por meio da responsabilização dos estilos de vida desloca as políticas de saúde da centralidade da assistência médica para a autorresponsabilização de cada indivíduo por sua saúde com objetivo de diminuir os gastos em saúde (FERREIRA NETO et al. 2009). Dessa forma, o enfrentamento do subfinanciamento do SUS, que, de acordo com Miranda et al. (2017), tem sido desde o início do SUS “um dos principais desafios para que o sistema de saúde assegure o acesso universal, integral e equânime a ações e a serviços de saúde” (p. 333), fica diluído frente ao discurso sanitário do autocuidado e gestão dos riscos em saúde trazido pelas políticas orientadas pelo ideário da Promoção da Saúde.

Na década seguinte, com a vitória do Partido dos Trabalhadores nas eleições presidenciais, houve uma crescente expectativa de mudanças relativas as políticas sociais e, portanto, também, em relação às políticas de saúde, especialmente a partir de 2003. Mas as expectativas se viram um tanto frustradas, na análise de Teixeira e Paim (2005), não houve:

(...) proposições consentâneas com as expectativas em relação à conjuntura que se iniciava: nada sobre a regulação dos ‘planos de saúde’; muito pouco em relação à indústria farmacêutica e à produção de genéricos; nenhum plano de expansão dos investimentos nos serviços públicos; nenhum compromisso claro com a força de trabalho em saúde (p. 272).

A agenda federal para saúde incluiu, entre 2003 e 2008 os seguintes programas: ESF, Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Farmácia Popular. A expansão do acesso nessas áreas foi significativa

para concretizar os princípios de universalidade e integralidade na saúde (MACHADO et al., 2011).

Além disso, mesmo com uma política econômica contrária ao desenvolvimento de melhores determinantes e condicionantes de saúde, o Governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva contou com uma equipe no Ministério da Saúde, que segundo Teixeira e Paim (2005):

(...) procurava honrar compromissos históricos, mesmo diante das limitações orçamentárias e dos estratagemas de segmentos do governo. Era possível notar esforços para a gestão participativa, a exemplo da antecipação da convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a elaboração do Plano Nacional de Saúde que exigiu várias reuniões e seminários no âmbito do MS (p. 276).

Nesse esforço, projetos que priorizavam o acolhimento e a humanização, a ampliação do ESF e dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB), maiores repasses para atenção especializada em hospitais públicos, expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reforço do atendimento de urgência e apoio aos hospitais universitários federais, podem ser considerados marcadores dessa equipe como tentativa de modificações no modelo de saúde em direção a uma concepção mais abrangente para organização do SUS (TEIXEIRA; PAIM, 2005).

De acordo com Malta et al. (2016), o SUS se compromete com a Promoção da Saúde ao adotar uma compreensão ampliada de saúde “com foco na análise dos efeitos dos condicionantes sociais, culturais, econômicos e bioecológicos” (p.1684). Ainda segundo as autoras (2016), a Promoção da Saúde, uma garantia constitucional do SUS, só foi aprovada pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) em 2006, com a perspectiva de operar transversalmente, de modo a produzir uma rede com intenção de melhorar a qualidade de vida ao reconhecer a importância dos condicionantes e determinantes sociais da Saúde.

Nos anos seguintes, a transversalidade da PNPS pode ser observada na sua inclusão na Agenda de Compromissos pela Saúde, nos Pactos em Defesa do SUS, em Defesa da Vida e de Gestão e na agenda estratégica do Ministério da Saúde e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes (MALTA et al., 2016).

Assim como a PNPS, a PNPIC também foi implementada em 2006, e segundo Tesser (2009), existe entre elas algumas convergências. Para esse autor, as PICS podem ser promotoras da saúde pela capacidade de operar transformações nos estilos de vida, ao enfatizarem a reorientação de hábitos e comportamentos, que podem desenvolver habilidades pessoais e fomentar estilos de vida saudáveis. Ainda segundo o autor (2009), as PICS praticadas em grupo, como nas práticas tradicionais de *yoga ou tai chi chuan*, também podem promover o empoderamento comunitário e envolvimento dos indivíduos em ações coletivas de participação social e política.

Contudo, Lima (2013) observa que, as PICS apesar de capazes de produzir novas compreensões do processo saúde-doença, numa perspectiva holística e de empoderamento individual, têm sua realização dificultada pelo restrito acesso, pela falta de intersectorialidade e, também, pela dificuldade do trabalho interdisciplinar no ambiente do SUS, que, no caso das PICS, faz com que os usuários percorram itinerários terapêuticos que não conversam entre si, produzindo apenas mais um serviço especializado dentre outros no SUS.

Os saberes e práticas heterogêneos, que constituem uma unidade em consequência de sua reunião na PNPIC, entram nos jogos de verdade do campo da saúde para disputar uma realidade no sistema de saúde. Este, um lugar que diz respeito à população, a todos nós, por ser a saúde um campo de definição de muitas dimensões da vida, como posto pelos discursos das Políticas de Promoção da Saúde. Nessa arena de disputa das práticas históricas, que constituem a realidade sanitária, há uma predominância do modelo biomédico. Nesse sentido, segundo Rago (2015), o presente histórico se constitui de marcas dos acontecimentos que ainda ocupam as tramas que constituem nossas possibilidades, nossas contingências. Assim, observamos nas PICS essas marcas da contingência histórica, de um regime de verdade proveniente das biopolíticas contemporâneas.

5 SOBRE COMO ARTICULAR FRAGMENTOS PARA CONTAR UMA HISTÓRIA

Nessa investigação pretendo compor uma história, entre tantas possíveis, sobre como foram se constituindo os regimes de verdade sobre as PICS nas Políticas Públicas de Saúde. Destaco que o objetivo não é buscar as origens de cada saber ou prática de saúde presente na PNPIIC. Ao problematizar essa reunião de saberes e práticas heterogêneas de saúde, numa unidade homogênea como a proposta pela PNPIIC, procuro desacomodar a ideia de um “objeto natural” *a priori* e buscar as condições de possibilidade para a emergência de determinadas práticas (KRUSE, 2008).

A perspectiva da pesquisa se inscreve no pós-modernismo ao utilizar conceitos foucaultianos como ferramentas analíticas, as quais apresento e desenvolvo no terceiro capítulo desse estudo. Esse referencial teórico possibilita considerar o caráter constitutivo das PICS ao problematizar os seus discursos de verdade produzidos nas políticas de saúde por meio de uma análise de inspiração genealógica. Dessa forma, o estudo se configura numa abordagem eminentemente qualitativa, a qual possibilita o desenvolvimento de uma investigação histórica sobre as PICS a partir da sua interface com as Políticas Públicas de Saúde.

Nas pesquisas empreendidas por Foucault, o caráter histórico envolve sempre um olhar filosófico, que ao pensar sua própria história “pode liberar o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente, e permitir-lhe pensar diferentemente” (FOUCAULT, 2014b, p. 15). Portanto, não há pretensão de ser uma pesquisa conclusiva, mas sim, uma problematização que possa colocar questionamentos aos saberes de modo articulado às práticas. Procura, portanto, conhecer as condições de possibilidades dos regimes de verdade que constituem às PICS nas políticas públicas de saúde do SUS.

O *corpus* da pesquisa é composto por documentos que possibilitam analisar como foi se constituindo, historicamente, o conceito de PICS. O material empírico primário é composto por documentos do Ministério da Saúde que apresentam em seus discursos a emergência de regimes de verdade sobre as PICS, são eles: a própria

PNPIC (2006a), a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (2006b), a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 que inclui mais catorze práticas na PNPIC (BRASIL, 2017b), as definições elaboradas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) para as PICS, numa campanha informativa chamada *O SUS das Práticas Integrativas*, que podemos acessar na página virtual do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2017b), o *Glossário Temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*, elaborado pela secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2018a) e a Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 que inclui mais dez práticas na PNPIC (2018c). E, o material empírico secundário, que responde sobre as proveniências do objeto da pesquisa, são eles: *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata* (OMS, 1978), *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005* (OMS, 2005) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023* (OMS, 2014), *Relatório Final da VIII Conferência Nacional Saúde* (BRASIL, 1986) e algumas produções científicas acadêmicas sobre as PICS, cujas abordagens se situam nos campos das Ciências Sociais, na Saúde Coletiva e nas Ciências da Saúde.

O trabalho de pesquisa para analisar os documentos foi movido por questionamentos sobre o como dos acontecimentos, sobre as condições de possibilidade das insurgências. Nesse sentido, entendo, seguindo Cellard (2008), que os documentos são tudo o que pode nos oferecer pistas do passado, tudo o que servir de testemunho. Podem ser textos escritos, registros, anotações ou relatórios e, podem ser, também, documentos de natureza iconográfica ou cinematográfica ou, inclusive, objetos do cotidiano e elementos folclóricos.

Sobre os documentos, Foucault (1972), afirma:

A história mudou sua posição acerca do documento: ela se dá por tarefa primeira, nem tanto interpretá-lo, nem tanto determinar se ele diz a verdade e qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, delimita elementos, define unidades, descreve relações. O documento, pois, não é mais para a história essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstruir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e do qual apenas permanece o rastro: ela procura definir, no próprio tecido documental das unidades, conjuntos, séries, relações (p. 13-14).

De acordo com Fischer (2007), para que uma investigação tenha vitalidade, precisamos assumir que “não estamos passando à margem dos graves problemas sociais, econômicos, educacionais, culturais, filosóficos, de nosso tempo” (p. 51). Portanto, o trabalho investigativo se propõe a ultrapassar os limites das lógicas dominantes e, para isso, se permite lançar o olhar para além da razão moderna. O que significa que o próprio caminho investigativo oferece pistas, direções e perguntas que não podem ser previstas. Nesse contexto, proponho uma análise documental para explorar a história da constituição dos regimes de verdade sobre as PICS.

A genealogia é uma pesquisa paciente e documentária, que busca perceber os pequenos jogos de verdade das histórias que se estabelecem como fiéis retratos da verdade. Para tal, precisa olhar cuidadosamente as minúcias, os detalhes que parecem não ter importância. A genealogia é cinza, não haverá nada que salte aos olhos num colorido destaque. É preciso olhar sem pressa, demoradamente porque o que há por trás das coisas é uma construção histórica que resulta de disputas, de relações de poder e, por consequência, estabelecimento de verdades. A pesquisa genealógica não busca uma essência ou uma origem (FOUCAULT, 2006). Ela pode nos mostrar como os objetos são inventados a partir das práticas sociais, quando olhamos para a singularidade dos acontecimentos (GUIMARÃES, 2015). Esse método de pesquisa busca analisar as condições políticas de possibilidades dos discursos (MACHADO, 1982), utilizando como materiais os documentos colocados como monumentos, porque são lidos na sua externalidade e não em uma internalidade linear. Assim, podemos olhar para as relações que se estabelecem entre os enunciados e aquilo que descrevem (VEIGA-NETO, 1996). A genealogia busca a partir das discursividades locais, colocar saberes em jogo (MOREY, 2008), possibilitando compreender o campo das práticas sociais e como elas corroboraram para a invenção de determinados objetos, discursos de verdade e práticas. Nesse sentido, a genealogia trata, segundo Foucault (2006), da insurreição dos saberes locais:

Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome de uma ciência detida por alguns (...) trata-se da insurreição dos saberes (...) contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (p. 171).

Para Foucault (2006), as forças que estão colocadas em jogo na história se estabelecem através do acaso da luta. Dessa forma, nas análises genealógicas, segundo Mattos (2015), a investigação busca olhar para as lutas que propiciaram o aparecimento dos saberes, as relações de poder que esses saberes produzem e, também, as práticas não-discursivas engendradas por estes saberes. Tal investigação opera um deslocamento: o saber passa a ser analisado por sua natureza política. Assim, conforme Foucault (2006):

A genealogia seria, portanto, com relação ao projeto de uma inscrição dos saberes na hierarquia de poderes próprios à ciência, um empreendimento para libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico (p. 172).

As análises genealógicas nos mostram a proveniência e emergência do objeto pesquisado por meio dos seus acontecimentos¹⁶. Podemos observar a proveniência nas marcas deixadas pelos acontecimentos no corpo, que é a realidade mais concreta do indivíduo. E é tomado como objeto de investimento político, portanto, é assujeitado por relações de poder. Para observar a emergência dos acontecimentos, devemos reconhecer as relações de forças envolvidas, suas configurações, o espaço que marca a desigualdade entre as forças em disputa e a disposição concreta que relaciona toda uma heterogeneidade de elementos discursivos e não discursivos (MATTOS, 2015).

De acordo com Revel (2005), o método genealógico tenta desassujeitar os saberes históricos, ao ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro. Portanto, a genealogia procura tornar os saberes e práticas não hegemônicos, capazes de lutar e resistir a uma ordem do discurso, que no campo da saúde se formou e se atualiza por meio dos discursos da verdade científica fundamentados na razão moderna.

¹⁶Para Foucault, acontecimento é “um efeito temporário do jogo de forças e dos encontros corporais (...) induz a um mundo agonístico de relações cujo caráter é vitalista (...) o mundo é complexo, feito de feixes diferentes de conexões entre forças, onde o embate é parte constitutiva e na qual a vida e a força estão no ponto de irrupção das relações existentes” (BRANCO, 2011, p. 141).

6 (DES)CONSTRUINDO OS REGIMES DE VERDADE SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Com o início da cura mágica, o pajé chamado, depois de preparar um longo charuto, feito de folhas secas de fumo, enroladas em outras de vegetação rasteira, conhecida como *caeté* (uma quase miniatura de folha de bananeira), acende-o e aspira fortemente, várias vezes, soprando a fumaça no corpo do doente, com a finalidade de retirar-lhe os eflúvios maléficos lançados pelos espíritos.

Terminada essa primeira operação de cura, o pajé convoca todos os demais curadores da aldeia, agora com a intenção de atrair os *mamaés* e aplacá-los a ira (VILLAS BÔAS, 1992, p. 138).

Para analisar como foram se constituindo os regimes de verdade sobre as PICS nas políticas públicas de saúde no Brasil, é preciso, inicialmente, buscar pistas nas produções científicas acadêmicas sobre esse tema. Nessas pesquisas, são apontadas as continuidades e descontinuidades discursivas relativas às PICS, que podem mostrar em suas variações e repetições os jogos de verdade que constituem o objeto do estudo.

Assim, movida pelo desejo de contar uma história sobre as PICS que ultrapasse a retórica da verdade científica, produzida pelos discursos biomédicos, elaboro essa pesquisa, de inspiração genealógica, com a intenção de buscar outras possíveis visibilidades (apontando possíveis invisibilidades construídas) e outros discursos, que coloquem em circulação o que tem sido sistematicamente silenciado na história dos saberes e práticas de saúde. Nesse contexto, elaboro dois eixos de análise. O primeiro, eixo das proveniências, inclui três subcategorias, são elas: verdades da produção científica acadêmica brasileira; verdades da OMS e verdades da participação social em saúde. Por meio desses eixos procuro problematizar o objeto desse estudo, além de apontar os discursos que compõem os regimes de verdade sobre as PICS nas políticas de saúde do SUS. O segundo, eixo da emergência, analiso a insurgência das PICS no SUS por meio das políticas públicas de saúde. Nesse eixo, procuro mostrar como os regimes de verdade que constituem as PICS são o resultado de jogos de verdade, marcadamente relacionados aos discursos da promoção da saúde que funcionam como “um dispositivo de regulação da vida, dando uma continuidade ao projeto biopolítico moderno, tal como descrito por Foucault” (FURTADO; SZAPIRO, 2012, p. 811). Assim, ao problematizar os regimes de verdade

que constituem as PICS podemos perceber as disputas que envolvem este objeto e o caráter interessado das verdades que o definem.

6.1 Eixo das proveniências

A proveniência de um objeto nos fala das marcas singulares que se manifestam em multiplicidades de acontecimentos dispersos (FISCHER, 2004), conta uma história por meio da variedade de práticas heterogêneas que inventaram e fabricaram um objeto. Nesse sentido, as proveniências desnaturalizam os discursos de verdade, levantando o solo das certezas para que outros saberes e outras histórias possam emergir. Nessa investigação, procura por pistas, fragmentos de histórias, pedaços de narrativas para pensar sobre os discursos e as práticas relacionados às PICS. Não para buscar suas origens, mas, para agitar o que se percebia imóvel, para mostrar a heterogeneidade do que se pensava homogêneo. Com a análise das proveniências busca-se romper com a ideia de uma continuidade evolutiva dos objetos, para fazer aparecer seus acontecimentos múltiplos (FOUCAULT, 2006).

6.1.1 Verdades das produções científicas acadêmicas

Ao pesquisar sobre as PICS nas produções acadêmicas podemos perceber que seus sentidos são variados. Alguns autores as entendem como Medicinas Alternativas, cujas racionalidades ou práticas partilhariam a perspectiva vitalista de saúde (que se caracteriza numa visão holística e integradora ao perceber a energia como constituidora e organizadora da matéria). Nesse sentido, as Medicinas Alternativas colocariam questionamentos importantes frente ao “reducionismo biológico, o mecanicismo, a ênfase na estatística, o primado do método sobre o fenômeno e a doença sobre o doente” (QUEIROZ, 2006, p. 19).

Para Martins (2012), seriam outras Medicinas, compostas por um conjunto de saberes, práticas e tecnologias de variadas origens históricas e geográficas, cujo crescimento e aceitação ocorre no mundo todo, a despeito do discurso biomédico que aponta uma carência de legitimidade científica nas Medicinas Alternativas e, em razão do que os profissionais da biomedicina consideram uma insuficiência, restringem tais Medicinas a alguma funcionalidade técnica, desde que aplicadas por um profissional médico.

Os profissionais da enfermagem, na pesquisa de Schweitzer e Zoboli (2014), costumam relacionar as PICS com a “valorização das tecnologias leves” (p. 193), que são os modos de cuidado que se realizam no momento mesmo do trabalho, onde o próprio encontro terapêutico, baseado em práticas de saúde menos tecnológicas e mais relacionais é o que se considera importante para o cuidado em saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Por outro lado, é possível observar que muitos profissionais de saúde em seus discursos sobre as PICS evocam ideias mais afinadas com uma atenção à saúde convergente ao modelo biomédico da prevenção, quando se referem aos benefícios para a saúde proporcionados pelas PICS por meio de termos como “evitar”, “prevenir” ou “informar” (LIMA et al., 2013, p. 266).

Em alguns estudos (TIAGO, 2009; HERBELÊ, 2013; GONTIJO, 2014), podemos constatar que não há um conhecimento significativo sobre as PICS nem no próprio SUS. Boa parte dos gestores, profissionais e usuários não estão familiarizados com estas Práticas. Em consequência, os discursos sobre as PICS não circulam entre nós com uma significativa intensidade. A PNPIC, para Tesser e Sousa (2012), trouxe um incentivo e crescimento das PICS, mas não o suficiente para uma saída da marginalidade institucional. De acordo com Perurena (2014), o maior impeditivo para o fortalecimento das PICS no SUS se deve ao poder hegemônico da biomedicina, que se intitula como autoridade máxima para definir as possibilidades de atenção à saúde da população. Dessa forma, em alguns momentos opta por desqualificar as PICS e em outros por capturá-las e moldá-las conforme o paradigma biomédico (Martins, 2012).

Os discursos sobre as PICS nos mostram os múltiplos interesses que se relacionam e se articulam com objetivo de normatizar os saberes e práticas para operar tecnologias de disciplinamento e regulamentação sobre a vida das pessoas. Nesse sentido, estes discursos podem nos mostrar como operam as tecnologias de disciplinamento e de regulamentação da vida, na medida em que as PICS encerram saberes e práticas não convencionais, que não se constituem como conhecimentos científicos da razão moderna ocidental. Mas, mesmo assim, os saberes e práticas não convencionais em saúde são classificados pela biomedicina de forma descontínua, dispersiva, a depender dos jogos de verdade colocados na disputa.

Nesse sentido, o papel da biomedicina para a manutenção dos discursos da verdade científica, a “verdadeira verdade”, tem uma função econômica e política, como nos mostra Foucault (2005),

Não há exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcionam nesse poder, a partir e através dele. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercer o poder mediante a produção da verdade (p. 28-29).

A manutenção da estabilidade dessa ordem do discurso moderna, racional e científica se faz por meio da norma, tecnologia que desde o Século XVIII vem sendo usada pela Medicina e envolve mecanismos de disciplinamento direcionados aos corpos individuais, cujos procedimentos envolvem a organização destes, que “devem ser vigiados, treinados, utilizados e, eventualmente, punidos” (FOUCAULT, 2005, p. 289) e mecanismos de regulamentação direcionados à vida que procuram controlar (algumas vezes, modificar) os efeitos de massa próprios de uma população, colocando os corpos na perspectiva dos processos biológicos (FOUCAULT, 2005).

A Medicina ao se encarregar da função da higiene pública e de medicalização da população vai ocupando espaços institucionais de poder e, até sub-estatais (FOUCAULT, 2005). Nesse contexto, “o médico passa a ser o guardião da verdade (...) ele ‘sabe’ a verdade sobre o corpo do paciente” (MARTINS, 2004, p. 25). Essa condição político-médica, na visão de Foucault (2006), desenvolve uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento às quais a população deve acatar e seguir como modelo. Afinal, na modernidade, a Medicina começa a “produzir, peça por peça, uma determinada prática de cuidado dos corpos, que se profissionaliza, e vem compor um dispositivo para controle da população” (KRUSE, 2006, p. 404).

A PNPIC projeta seu desenvolvimento “em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção” (BRASIL, 2006a). A condição da multiprofissionalidade das PICS foi um passo importante para os profissionais de saúde não-médicos, especialmente em relação à prática da Acupuntura, que renderia por si só uma investigação, mas que irei apenas apresentar algumas particularidades nessa pesquisa. Afinal, preveni o possível leitor, no início desse estudo, que não acredito em neutralidade na pesquisa e, portanto, considero importante que sejam construídas narrativas, por meio das nossas

pesquisas acadêmicas, sobre o corporativismo médico e a sistemática produção de desqualificação das outras profissões do campo da saúde.

Não quero dizer, com isso, que todos os médicos sejam corporativistas, existem médicos como Dr. Evaldo Martins Leite (aqui vale especificar que Evaldo é doutor não por tradição, e sim por possuir doutorado), que demonstram por sua história uma atitude bem diferente. Há uma entrevista publicada na Revista Interface, realizada por Rocha e Gallian (2012), em que o Dr. Evaldo Martins Leite relata sua história como médico acupunturista. Essa história é importante porque retrata muito bem a trajetória da Acupuntura no Brasil, a qual tem sido palco de algumas disputas que ilustram as arbitrariedades de que os poderes lançam mão para se manterem em ação.

Dr. Evaldo Martins Leite, relata que na época, década de 1950, em que sentiu despertar sua curiosidade sobre a Acupuntura não haviam cursos ou publicações nacionais sobre essa prática milenar oriental. Havia, em São Paulo, a colônia de japoneses e ele pensou que poderia conseguir ali algum aprendizado sobre acupuntura. No entanto, logo sua esperança se frustrou. A colônia de japoneses era bastante fechada, portanto, não foi possível saber nada sobre Acupuntura, mesmo que essa prática entre os japoneses da colônia fosse bem frequente. Mas, um dia uma amiga lhe informou que havia uma pessoa no Rio de Janeiro que fazia Acupuntura, se tratava de Frederico Spaeth, fisioterapeuta alemão, radicado no Brasil, trabalhava oferecendo tratamentos com Acupuntura e disposto a ensinar qualquer pessoa que tivesse interesse. Desse encontro se produziu um curso de formação em Acupuntura, na cidade de São Paulo, em 1958. Segundo relato do Dr. Evaldo (ROCHA; GALLIAN, 2012):

O Frederico resolveu fazer um curso de Acupuntura geral aqui em São Paulo para quem tivesse interesse. Ele vinha uma vez por semana para São Paulo, passava quarta, quinta e sexta, e trabalhava no Rio de Janeiro sábado, domingo, segunda e terça (...) (ROCHA; GALLIAN, 2012, p. 240).

Ao final desse curso, Dr. Evaldo nos conta que foi fundada a Associação Brasileira de Acupuntura (ABA):

O Frederico, junto com todo o grupo que tinha terminado esse primeiro curso de Acupuntura, fundaram a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental. Em 1972, nós mudamos os estatutos e simplificamos o nome para Associação Brasileira de Acupuntura, porque, na realidade, nossa meta, nosso objetivo e nosso trabalho eram com Acupuntura; as outras práticas da Medicina Chinesa, como, por exemplo, a Fitoterapia, a gente não trabalhava (ROCHA; GALLIAN, 2012, p. 241).

Entre as suas memórias há também o que Dr. Evaldo considera uma tragédia, que seria a disputa empreendida pela corporação médica pelo monopólio da prática da Acupuntura. Assim, relembra:

No início, até o terceiro ou quarto congresso de Acupuntura, havia, na Associação Brasileira de Acupuntura, uma grande presença de médicos. Depois, começou a haver certa convicção por parte de alguns médicos de que somente eles poderiam fazer Acupuntura, e não concordamos. Quem deve fazer Acupuntura é quem sabe, sendo médico ou não... mesmo porque, nos cursos de Medicina aqui no Brasil, o que se ensina de Acupuntura é nada (p. 242).

Seguindo essa reflexão, Dr. Evaldo, ainda nos oferece dois exemplos do prejuízo que o corporativismo médico causa para a população, o primeiro em São Paulo:

Quando a Erundina foi prefeita, ela se mostrou extremamente preocupada com a saúde, ela instituiu, na Secretaria de Saúde do Município, atendimentos de Acupuntura. Nesta época, em muitos postos, foram abertos serviços de Acupuntura, e o Delvo Ferraz foi o coordenador geral dos postos de Acupuntura. Posteriormente, quando o Maluf sucedeu a Erundina, ele estabeleceu que somente médico poderia praticar Acupuntura; com isso, além da qualidade ir para o 'brejo', a maior parte dos atendimentos de Acupuntura nos postos de saúde, criados durante o governo da Erundina, foi interrompida (ROCHA; GALLIAN, p. 242).

O segundo exemplo aconteceu na França:

Um médico francês amigo meu, o Bernard Auteroche, respeitabilíssimo acupunturista e grande profissional, que infelizmente morreu há pouco tempo, me contou que, há cerca de vinte anos, a prática de Acupuntura por não médicos foi proibida na França. Em consequência disso, a qualidade da Acupuntura na França caiu vertiginosamente, e o número de acupunturistas diminuiu tão grandemente que boa parte da população, que tinha condições econômicas, ia se tratar nos países vizinhos... quem morava mais ao norte da França ia para Holanda, Bélgica ou Inglaterra, quem morava mais ao sul, ia para a Itália ou Espanha... Então, a Acupuntura francesa sofreu enormemente, e isso redundou num prejuízo muito grande para a população, a situação foi tão dolorosa e trágica que, alguns anos depois, o Ministério da Saúde Francês voltou atrás. Hoje, na França, assim como na maioria dos países do mundo, médicos e não médicos podem praticar Acupuntura; apenas em alguns poucos países há esta restrição, acredito que na Dinamarca, na Arábia Saudita, e em outro país que eu não me recordo. Na maioria dos países, a Acupuntura é aberta para quem sabe, não para quem tem um diploma disso ou daquilo (ROCHA;; GALLIAN,2012, p. 243).

No Brasil, desde que os saberes e práticas de saúde não biomédicos se estabeleceram com grande procura na oferta privada de saúde, como uma cultura de saúde típica dos centros urbanos (LUZ, 2005), podemos notar uma mudança no discurso médico, o que antes era considerado como práticas charlatãs, são agora tomadas como especialidades restritas à sua categoria profissional. Essa atitude

corporativista pôde ser observada na ocasião da construção da PNPIC, segundo Toniol (2015), durante a construção dessa Política foi aventada a possibilidade de que ela fosse chamada Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC). No entanto, para ser implementada, a PNPIC precisou abrir mão do termo Medicina, precisamente tal termo só poderia remeter à atuação exclusiva do profissional médico. Em função disso, a corporação médica empreendeu disputas na esfera judicial e midiática, com o objetivo de demarcar seu domínio no campo da saúde. Nesta conjuntura, a imposição da troca - Medicina por Prática - foi a condição colocada pela Comissão Nacional de Saúde (CNS) para a aprovação dessa Política legitimando e institucionalizando as PICS no Brasil em 2006.

Outro aspecto que podemos perceber na PNPIC é que, até 2017, ela se referia apenas a cinco Práticas que, como bem analisado por Moebus e Mehry (2017), são justamente as que parecem estar vinculadas “à capacidade organizativa de seus representantes e praticantes, com evidente participação de práticas de alguma forma já operadas ou co-optadas pelas profissões da saúde, em especial a Medicina” (p. 149). O que sugere que não se instituiu qualquer Prática não convencional de saúde, mas exatamente as que, por algum motivo, seriam interessantes de legislar, normatizar e adequar ao discurso biomédico.

É preciso considerar o que nos alerta o Dr. Evaldo Leite: “(...) existem médicos na política e médicos que influenciam na política. Na verdade, esse poderoso *lobby*, que fez a aprovação do Ato Médico, é que lança os engodos, as mentirinhas ou ‘mentironas’(...)” (ROCHA; GALLIAN, 2012, p. 243). Ou seja, conseguem colocar em circulação seus discursos de verdade, que como nos preveniu Foucault (1999), tem sua importância, na medida que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (p. 10). Nessa disputa, os discursos de verdade amparados nas regras e normas da razão científica moderna tem sustentado uma rede de poderes no campo da saúde.

O conceito de Racionalidades Médicas formulado por Luz (2012), a partir da comparação de quatro sistemas médicos complexos, possibilitou afirmar que a Biomedicina não seria a única Medicina portadora de racionalidade. Ao contrário, Luz (2012) indicou existirem outras três racionalidades médicas, na Medicina *Ayurvédica*,

na Medicina Tradicional Chinesa e na Medicina Homeopática. Segundo Luz (2012), para que um sistema terapêutico seja considerado uma racionalidade médica deve ser constituído por seis dimensões, a saber: uma cosmologia, que seria a própria tessitura cultural de onde podem derivar as outras dimensões; uma morfologia, que descreva o corpo humano; uma dinâmica vital, que explica os equilíbrios e desequilíbrios do corpo humano e suas causas; uma doutrina médica, que apresente um repertório das causas, efeitos e definições do adoecer; um sistema de diagnose, que determina as características dos processos mórbidos do corpo; e, por fim, um sistema terapêutico, que ofereça formas de intervenção sobre a doença.

Assim, quando lemos que a PNPIC “contempla sistemas médicos complexos” (BRASIL, 2006a, p. 10), estamos diante da importante contribuição das pesquisas do Grupo Racionalidades Médicas, coordenado por Madel Luz (2007). Essa teorização proporcionou bases científicas para legitimar outros saberes e práticas em saúde, propiciando outras formas de compreensão para os saberes e práticas não convencionais de saúde. Há ainda, segundo Luz (2012), uma semelhança importante nas racionalidades médicas, exceto na biomedicina, que seria a visão vitalista que integra homem e natureza numa perspectiva de macro e micro-universos. Portanto, explicam a doença como a ruptura simultânea de um equilíbrio interno e relacional. “Interno no que concerne ao micro-universo que constitui o homem; relacional, no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual” (p. 41).

Ainda segundo Luz (2007), é preciso diferenciar práticas terapêuticas de racionalidades médicas. Aquelas, apesar de em alguns casos configurarem elementos de uma ou mais dimensões de alguma racionalidade médica específica, são muitas vezes utilizadas de modo isolado, fora do seu contexto de significados, ao seguir mais uma lógica empírica de eficácia do que uma coerência teórica dos sistemas.

Com a conceituação das racionalidades médicas foi possível colocar em circulação e legitimar outras formas de conhecimento, outras ciências tão racionais quanto a biomedicina. Assim, na PNPIC há referência a outros “sistemas médicos complexos” em referência a matriz de análise Racionalidades Médicas. No entanto, desde o ano de 2017, o Ministério da Saúde tem se ocupado da PNPIC com maior

intensidade, incluindo mais 24 práticas, que estão sendo divulgadas em novas publicações sobre a PNPIC, como o *Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS* (BRASIL, 2018), onde não encontramos, como antes, a referência aos “sistemas médicos complexos” e em seu lugar encontramos “sistemas de saúde complexos”. Como podemos observar nos trechos citados a seguir, retirados da PNPIC em momentos diferentes, o primeiro exemplo, em 2006:

O campo da PNPIC contempla **sistemas médicos complexos** e recursos terapêuticos os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (BRASIL, 2006a).

E, o segundo exemplo, em 2018:

O campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) contempla **sistemas de saúde complexos** e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) (BRASIL, 2018b).

Há, no entanto, a participação de outros discursos na PNPIC, também produzidos nas pesquisas acadêmicas, como os resultados do estudo desenvolvido por Santos e Tesser (2012), que apontam métodos para a implantação e promoção do acesso às PICS nos serviços de saúde. Estes resultados foram incluídos no *Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS* (BRASIL, 2018b). O manual, produzido pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo sugerir aos gestores do SUS um modelo de implantação das PICS nos serviços de saúde. As sugestões incluídas no manual não são extensas, basicamente sugerem que se investigue, nas equipes de um determinado serviço ou estabelecimento, a existência de profissionais de saúde capacitados para trabalhar com as PICS ou interessados em adquirir essa capacitação. Os autores ainda indicam, que o grupo de trabalho para a implantação das PICS seja de preferência multiprofissional, o que, na minha opinião, abre uma brecha para que o grupo possa se constituir de forma não multiprofissional. Afinal, em 2006 a PNPIC já se constituía em caráter multiprofissional, portanto, não parece produtivo para sua implantação colocar essa condição em dúvida. Ao contrário, parece contraproducente esperar que a superação dos limites colocados no campo da saúde, possam ser resolvidos unicamente pela categoria médica e pelos saberes e práticas biomédicos. Podemos perceber como aos poucos a PNPIC vai tendo seus discursos alterados e

modificados, apresentando continuidades, como a ideia do autocuidado que segue como um discurso estável nessa trajetória de doze anos da PNPIC e descontinuidades, como na troca dos termos “sistemas Médicos” por “sistemas de saúde” e, também, na imprecisão em relação ao caráter multiprofissional das PICS.

6.1.2 Verdades da Organização Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde, agência internacional subordinada à Organização das nações Unidas (ONU), fundada em 7 de abril de 1948, pode ser considerada uma importante produtora e difusora de discursos sobre a saúde. Assim, em seu momento inaugural definiu-a como “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1948). Tal conceito contemplava os anseios pelo fim do colonialismo e pela ascensão do socialismo e se colocava como demanda reivindicada pelos movimentos sociais atuantes no pós-guerra (SCLIAR, 2007).

Nesse período, onde 40 milhões de pessoas morreram em consequência da II Guerra Mundial, houve uma ruptura que, na análise de Foucault (2010a), promoveu um deslocamento do valor da vida para a saúde. Com o Plano Beveridge¹⁷ a saúde passa a ser um direito e entra para a ordem macroeconômica. O corpo pode adoecer e correr o risco de perder sua produtividade. Assim, o Plano de Beveridge apresentou de maneira pioneira um plano de reformas sociais abrangentes e universalistas propondo a implantação de um forte regime de proteção social que estabeleceu diretrizes básicas da seguridade social na Inglaterra (SILVA, 2010).

Dessa forma, o Plano Beveridge estava em sintonia com a emergência de um Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) (CARDOSO, 2010), que consolidou nos países tidos como centrais (desenvolvidos), após o fim da Segunda Guerra Mundial, sistemas de proteção social para regulação das relações sociais e de trabalho. Dessa forma, o *Welfare State* supera a ideia de intervenção estatal apenas para o amparo dos mais pobres e passa a interferir na vida da comunidade. O Estado participa da economia ao investir em políticas sociais, especialmente no campo da saúde, mas

¹⁷ O Plano de Beveridge pretendia criar um senso de orgulho e solidariedade para a população britânica quando propôs de maneira concreta diversas reformas no âmbito da seguridade social e contribuiu para a consolidação do *Welfare State* inglês. Assim, o relatório indicava, entre outras coisas, que os serviços de saúde deveriam ser gratuitos e de qualidade (CARDOSO, 2010).

também do pleno emprego, produzindo uma ampliação dos direitos sociais por meio de mecanismos promotores de equidade nas oportunidades e fortalecimento da democracia (SILVA; MATTOS, 2009). Se, por um lado, o *Welfare State* parecia destinado a contemplar as questões dos direitos democráticos (CARDOSO, 2010), por outro tratava, segundo Silva e Mattos (2009), de constituir um mercado consumidor protegendo o sistema capitalista de suas próprias oscilações. De acordo com Cardoso (2010), a viabilidade do *Welfare State* ocorreu por meio de “um pacto interclasses acordado através da pressão proletária (organizada em sindicatos) e das tendências da elite econômica, favoráveis na época à adoção de políticas de cunho social para a preservação das próprias forças produtivas” (p. 40).

Ainda assim, no que tangia as ações destinadas às ações de Bem-Estar social no campo da saúde, pareciam aos olhos das elites do capitalismo um tanto excessivas. Como podemos notar, na tensão que se fez, nesse período, entre a ideia de saúde ampliada e a visão mais focada em campanhas verticais de erradicação de determinadas doenças, como a varíola, que caracterizava um enfoque centrado na doença (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007). Tal disputa - entre a saúde como apenas ausência de doença ou também caracterizada como determinação social - vai configurar jogos de verdade entre um enfoque integral de saúde e um enfoque seletivo.

A Medicina Tradicional emerge nos discursos da OMS durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde¹⁸, realizada em Alma Ata no Cazaquistão em 1978, como práticas de saúde que deveriam ser incorporadas aos sistemas nacionais de saúde, no âmbito da APS, especialmente nos países tidos como em desenvolvimento. Experiências como as dos médicos pés descalços chineses, assim como outros médicos tradicionais e parteiras tradicionais, figuravam como exemplos:

Ao nível inicial de contato entre os indivíduos e o sistema de serviços de saúde, os cuidados primários são proporcionados por agentes de saúde da comunidade trabalhando em equipe (...) assim, em diferentes sociedades, podem incluir pessoas com limitada educação submetidas a treinamento elementar em serviços de saúde, “médicos descalços”, assistentes médicos,

¹⁸ O uso da palavra cuidado em Cuidados Primários em Saúde (CPS) ocorre na língua portuguesa de Portugal, mas tem o mesmo sentido de Atenção Primária à Saúde (APS), que é uma tradução da língua inglesa.

enfermeiras práticas e profissionais “feldschers” e tanto clínicos gerais como médicos tradicionais (OMS, 1978, p. 50, grifo no original).

No entanto, o mesmo relatório adverte a necessidade de qualificar os médicos e as parteiras tradicionais para que possam atuar como agentes de saúde nas suas comunidades:

Na maioria das sociedades, existem médicos e parteiras tradicionais (...) com o apoio do sistema formal de saúde esses praticantes autóctones podem transformar-se em importantes aliados na organização de medidas para aprimorar a saúde da comunidade. Certas comunidades poderão escolhê-los como agentes de saúde da comunidade. Logo, vale a pena explorar as possibilidades de fazê-los participar dos cuidados primários de saúde e de lhes proporcionar treinamento apropriado (OMS, 1978, p. 51).

Podemos observar que há uma normatização dos saberes e práticas dos médicos tradicionais por meio do “treinamento apropriado”, sugerindo que o saber dos médicos tradicionais sofresse de uma insuficiência, um saber, portanto, não científico. Dessa forma, a razão moderna ocidental tem produzido disciplinamentos, desde o século XVIII, operando por meio da seleção, normalização, hierarquização e centralização, segundo Foucault (2005), o poder disciplinar produz a

(...) organização interna de cada saber como uma disciplina tendo, em seu campo próprio, a um só tempo critérios de seleção que permitem descartar o falso saber, o não saber, formas de normalização e de homogeneização dos conteúdos, formas de hierarquização e, enfim, uma organização interna de centralização desses saberes em torno de um tipo de axiomatização de fato (p. 217).

Contudo, a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”, uma recomendação da OMS que indicava, aos países membros, a APS como modelo estruturante da organização dos sistemas nacionais de saúde como fica explicitado na “Declaração de Atenção Primária à Saúde”, aprovada após a Conferência de Alma Ata, além de indicar a incorporação de Medicinas Tradicionais, também, proclamava que saúde “exigia um enfoque que ia muito além das intervenções médicas e sublinhava que os fatores sociais, econômicos e políticos eram determinantes para a saúde” (LIMA, 2014, p. 238). O posicionamento da OMS foi considerado fora da realidade pelo Banco Mundial, para este, assim como para a Fundação Rockefeller, Fundação Ford e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o caráter universalista da APS proposto pela OMS deveria ser trocado por uma Atenção Primária à Saúde Seletiva (APSS) que se baseava numa proposta pragmática de limitadas intervenções seletivas e rentáveis (LIMA, 2014).

Apesar da recomendação da OMS para que as Medicinas Tradicionais (MT) e/ou as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) fossem incluídas na APS dos sistemas nacionais de saúde dos países membros, apenas no ano 2002 por meio do documento *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, sua utilização foi recomendada como importante ferramenta para solucionar as dificuldades encontradas nos sistemas sanitários dos países membros. Nesse sentido, a OMS sugere que estes sistemas de saúde sigam suas recomendações para garantia de um uso racional, seguro e eficaz das MT/MAC. Dessa forma, a indicação é que a inclusão dessas práticas de saúde aconteça por meio de políticas públicas de saúde.

Para OMS a Medicina Tradicional pode ser definida como:

(...) práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam Medicinas baseadas e plantas, animais e minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manutenção do bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as doenças (OMS, 2002, p. 7, tradução minha).

As MT/MAC, quando ofertadas em países cujo sistema sanitário seja dominado pela biomedicina, são consideradas Medicinas “alternativas”, “complementares” ou “não convencionais” (OMS, 2002). Mais recentemente, a OMS, no documento *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*, segue incentivando a criação de políticas nacionais para que os países membros insiram as MT/MAC em seus sistemas sanitários. É possível observar neste documento que a denominação passa a ser Medicina Tradicional e Complementar (MTC), saindo de cena a palavra alternativa, restando uma fusão dos termos Medicina Tradicional e Medicina Complementar (OMS, 2014). O quadro abaixo facilita essa compreensão:

Quadro 1- Atual definição da OMS para as PICS

Medicina Tradicional	A Medicina Tradicional tem uma longa história. É a soma total dos conhecimentos, capacidades e práticas baseados nas teorias, crenças e experiências próprias de diferentes culturas, sejam bem explicadas ou não, utilizadas para manter a saúde, prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar enfermidades físicas e mentais.
Medicina Complementar	Os termos “Medicina Complementar” ou “Medicina Alternativa” referem-se a um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde que não são parte da tradição ou da

	Medicina convencional, assim como, também, não estão totalmente integradas no sistema de saúde predominante de um dado país. Em alguns países esses termos são utilizados indistintamente para referir-se a Medicina Tradicional.
Medicina Tradicional e Complementar	Medicina Tradicional e Complementar fusiona os termos “Medicina Tradicional” e “Medicina Complementar”, e abarca produtos, práticas e profissionais.

Fonte: OMS (2014).

Ao olhar com atenção para o que os documentos *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005* e *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023* podemos observar que as Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC) não são mais consideradas em articulação com a ideia de uma APS provedora de saúde para todos. Afinal, essa meta foi, durante os anos 1980, tensionada por uma “nova ordem mundial (...) pautada pelo neoliberalismo com a revalorização do mercado e o questionamento da responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços, inclusive saúde” (LIMA, 2014, p. 238), para que os discursos de verdade da OMS acerca de uma saúde universal chegassem a abrir mão da sua articulação com a APS, a agência passaria, inclusive, por um congelamento orçamentário (Brown et al., 2006 apud LIMA, 2014, p. 238).

Os constrangimentos financeiros aplicados à OMS estavam relacionados aos interesses da indústria farmacêutica e alimentar que se viam prejudicados pelos discursos de verdade da OMS para o campo da saúde. Mesmo assim, a OMS obteve êxito em 1987 quando barrou a proposta do Banco Mundial para reformas dos serviços de saúde que buscavam “adequar a política de saúde dos países às prioridades do ajuste fiscal, ou seja, diminuir o gasto público em saúde” (LIMA, 2014, p. 239). Nesse contexto, podemos observar uma mudança no discurso apresentado pela OMS, nos dois documentos de estratégias para a inclusão das MTC nos sistemas nacionais de saúde. Não parece haver preocupação com o fortalecimento da APS, que é pouco citada no documento. Podemos observar novos termos para se referir à assistência à saúde, como, por exemplo, atenção sanitária e atenção de saúde. O que parece realmente importar no documento *Estrategia de la OMS para medicina tradicional 2002-2005*, é um controle dos usos da MTC, nas questões referentes a: como elas

são utilizadas ou não nos sistemas sanitários; qual a qualificação dos seus praticantes; se há regulamentação por meio de políticas públicas para o uso da MTC nos sistemas nacionais de saúde, entre outras questões que possam caracterizar seus usos no mundo. A partir dessas informações, a OMS apresenta no seu documento recomendações sobre como incluí-las nos sistemas nacionais de saúde ao orientar a implementação de políticas públicas de saúde que normatizem e regulamentem esses saberes e práticas não convencionais de saúde.

Nesse contexto, a MTC chega no documento *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*, como:

estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 ayudará a las autoridades sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto del mejoramiento de la salud y la autonomía de los pacientes. La estrategia tiene dos objetivos principales, a saber: prestar apoyo a los Estados Miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales. Estos objetivos se alcanzarán por medio del establecimiento de tres objetivos estratégicos, a saber: 1) desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales; 2) fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación; y 3) fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de MTC y la autoatención de salud en los sistemas nacionales de salud (p. 8)¹⁹.

Ao apontar a utilidade da MTC para fomentar a Cobertura Sanitária Universal a OMS indica que considera os saberes e práticas não convencionais de saúde como ferramentas para incorporação do autocuidado em saúde, alinhando o seu discurso à pauta da promoção da saúde em sua vertente alinhada às políticas neoliberais para a mercantilização da saúde.

Esta seria o modelo neoliberal para os sistemas nacionais de saúde que se relaciona, de acordo com Lima (2014),

¹⁹ Estrategía da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023, ajudará as autoridades sanitárias a encontrar soluções que promovam uma visão mais ampla em relação a melhoria da saúde e da autonomia dos pacientes. A estratégia tem dois objetivos principais, a saber: fornecer apoio aos Estados Membros para aproveitar a possível contribuição da MTC à saúde, ao bem-estar e à atenção à saúde centrada nas pessoas e promover o uso seguro e eficaz do MTC por meio da regulamentação de produtos, práticas e profissionais. Estes objetivos serão alcançados através do estabelecimento de três objetivos estratégicos, a saber: 1) desenvolvimento de uma base de conhecimento e formulação de políticas nacionais; 2) fortalecimento da segurança, qualidade e eficiência através de regulação; e 3) promoção da cobertura universal de saúde por meio da integração dos serviços de MTC e do autocuidado em saúde nos sistemas nacionais de saúde (OMS, 2014, p. 8, tradução minha).

A privatização dos serviços de saúde, com o controle dos fundos de pensões pelo capital financeiro e com a expansão dos seguros de saúde privados como “alternativa” à seguridade social pública, isto é, refere-se aos propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar em que possa gerar lucros (p. 241).

O marco desse processo em direção a privatização dos sistemas de saúde foi a elaboração do polêmico *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, denominado *Relatório OMS-2000*, que pode ser visto também como um documento conjunto OMS – Banco Mundial. A partir desse documento, as discussões sobre a dificuldade da realização de “saúde para todos” são direcionadas para a proposta de um “novo universalismo”, cujos proponentes justificam com base em argumentos que ilustram muito bem os discursos neoliberais: os escassos recursos públicos para investir em saúde como justificativa para ampliar o ingresso do capital privado na área da saúde – especialmente o capital financeiro – ao mesmo tempo que o papel dos Estados Nacionais seriam reduzidos (LIMA, 2014).

6.1.3 Verdades da Participação Social

A história da participação social no contexto das políticas públicas de saúde remete a luta pela instituição do SUS, que proporcionou aos setores organizados da sociedade a possibilidade de operar por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, instâncias colegiadas em cada esfera do governo e que têm como marco legal a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (DUBOW et al., 2017).

A importância do tema da participação social no campo da saúde pode ser explicada pela sua relação com a formação de uma prática sanitária que viabilizou a construção de cidadania (NEPOMUCENO et al., 2013), além de “um importante marcador do desenvolvimento de uma sociedade com reflexos diretos sobre os níveis de saúde” (ESPERIDIÃO, 2014, p. 245).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são anteriores ao SUS, tendo sido a primeira delas realizada em 1941. Mas apenas em 1986, com a realização da VIII Conferência, se tornaram abertas à participação ampla e democrática da sociedade, pois eram restritas a convidados do gestor federal (RICARDI et al., 2017).

Atualmente, podemos observar duas formas de participação social: uma institucionalizada, legalista, que se desenvolve nos Conselhos de Saúde e nas

Conferências e outra, não-institucionalizada, que envolve a “atuação política cotidiana de usuários, movimentos sociais, movimentos populares, fóruns, redes sociais, entre coletivos existentes na sociedade civil” (NEPOMUCENO et al., 2013, p. 46).

Em 1986, ano em que aconteceu a VIII Conferência, o país começava a dar seus primeiros passos em direção a uma redemocratização, e houve um intenso engajamento da sociedade nos processos relacionados a reforma do sistema de saúde. Foi nessa conjuntura que a VIII Conferência convocada pela Presidência da República, por solicitação do ministro da Saúde, reuniu diferentes setores da sociedade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014) e, realizou o debate sobre os seguintes temas: a saúde como um direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor (BRASIL, 1986). O Relatório Final desse amplo debate sobre as relações entre saúde e democracia influenciaram fortemente o texto da Constituição de 1988, no capítulo Saúde. Entre os discursos no campo da saúde produzidos nesse processo de redemocratização do país circulou nos movimentos sociais a ideia de uma Medicina integral. Que pode ter variado por sentidos como os provocados pela contracultura que promoveu a oferta de Medicinas Alternativas nos centros urbanos na década de 1980 (LUZ, 2005), como, também, pode remeter ao sentido que surgiu depois da Segunda Guerra Mundial, nos EUA, como resposta aos indícios de que a Medicina altamente especializada não daria conta de oferecer os “resultados que prometia - ou seja, cuidar globalmente do outro nas suas necessidades de saúde” (MEHRY, 2005, p. 197).

Para que possamos entender como o Relatório Final da VIII Conferência (1986) recomendou a introdução das “práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (p. 11), assim como, também, “a inclusão no currículo do ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas” (p. 12), precisamos olhar para o passado.

A participação social em saúde derivou da participação comunitária em saúde, que foi uma estratégia formulada nos anos 1960, inicialmente nos EUA, como resposta ao entendimento de que não seria possível ofertar cobertura assistencial para parte da população do país, especialmente a parte da população pobre e idosa, porque a cobertura estava vinculada a condição empregatícia (SILVA, 2014). Ainda de acordo

com Silva (2014), a impossibilidade de ofertar uma Medicina especializada para toda a população fez com que houvesse a necessidade de uma Medicina mais simplificada e com ênfase nas práticas preventivas para que a cobertura à saúde pudesse ser estendida a toda a população.

No entanto, segundo Paim (2012), os programas de Medicina Comunitária nos EUA foram utilizados para “aliviar tensões sociais acumuladas pelas lutas dos negros americanos contra o racismo e pelos direitos civis” (p. 344), posteriormente, esse modelo foi difundido para diversos países, inclusive o Brasil, através de fundações americanas como Kellog e Rockefeller. Assim, a matriz política-ideológica da APS contemporânea, ainda de acordo com o autor, foi construída a partir desse modelo americano da Medicina Comunitária.

Para Donnangelo (1976), esta Medicina buscava solucionar a questão da inadequação da prática médica para dar conta das necessidades de saúde da população, sugerindo que a atenção de grupos sociais deveria preceder a individual e a “superação do corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde” (p. 86). Contudo, a Medicina Comunitária foi um modelo biomédico, que empregou uma prática de saúde protocolar e apoiada em programas de agências internacionais, que partiam do pressuposto de que os povos tradicionais não seriam capazes de se auto organizar ou de que não teriam condições para realizar melhorias em saúde (SILVA, 2014).

Apesar do seu viés assistencialista, a Medicina Comunitária derivou da Medicina Integral, esta foi desenvolvida entre os anos 1940 e 1960 como crítica a especialização e fragmentação da prática médica, que tal como orientou o Relatório Flexner, era hospitalocêntrica (SILVA, 2014). O conceito de Medicina Integral se relaciona com duas ideias: a integração dos serviços preventivo e curativo e o alcance dos aspectos sociais e humanitários no cuidado em saúde que fazia crítica a fragmentação e especialização da Medicina (MELLO; VIANA, 2011). Procurou superar esta conjuntura sanitária articulando os cinco níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação) sobre o processo saúde-doença (PAIM, 2006). Nesse sentido, a Medicina Integral propôs uma visão biopsicossocial, que desenvolvesse um olhar global sobre o cuidado em saúde que

se aproximasse mais da realidade das pessoas, aspecto que a inserção do aprendizado médico no hospital não considerava e, portanto, não havia um modelo de assistência médica não hospitalar para ser seguido. Para que a prática médica pudesse ofertar assistência à saúde fora do hospital, se propôs a disciplina de Medicina Preventiva, que levaria a Medicina para dentro das comunidades (SILVA, 2014).

No entanto, segundo Paim (2006a), a proposta da Medicina Preventiva era parcial e tinha como interesse a preservação da Medicina privada frente a intervenção estatal nos serviços de saúde. Foi dessa problemática que a Medicina Comunitária se desenvolveu, com propostas de simplificação do cuidado incorporadas na estruturação da APS para viabilizar a ampliação da cobertura dos serviços básicos.

Segundo Castiel (2004), o conceito de comunidade é central na Promoção da saúde, embora seja prescritivo e costuma atuar condicionando as questões relativas às comunidades por meio de campanhas, manuais, projetos, portarias, entre outros meios, com resultados pouco resolutivos. Provavelmente, o fato da Medicina Comunitária ter posto em prática programas apoiados por agências internacionais, que partiam do pressuposto de que os povos tradicionais não seriam capazes de se auto organizar ou de que não teriam condições para realizar melhorias em sua saúde (ESPERIDIÃO, 2014), possa ajudar a explicar essa baixa resolutividade.

Com a Medicina Comunitária, o olhar global para a saúde, proposto pela Medicina Integral, sofre uma descontinuidade e no lugar do cuidado biopsicossocial entra em cena o autocuidado da Promoção da Saúde, que considera o aumento das capacidades comunitárias e o empoderamento (*empowerment*) social, as principais estratégias propostas nas políticas de promoção da saúde (ESPERIDIÃO, 2014). Dessa forma, a participação comunitária nos processos de planejamento e implementação de políticas públicas de saúde é considerada uma estratégia fundamental na Promoção da saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A noção de *empowerment* percorreu os anos 1960 e 1970 compondo os discursos relativos as conquistas dos direitos civis, como nos movimentos feministas, que chegou nos anos 1980 utilizado pelos movimentos de autoajuda e, também, na psicologia comunitária (FURTADO; SZAPIRO, 2012). Essa variação de sentidos

parece apontar para a captura da noção de *empowerment*, que no contexto de hegemonia das políticas neoliberais aponta para uma diminuição do compromisso do Estado na garantia de um sistema de saúde público para a população. Nesse sentido, segundo Furtado (2010), “as atividades de promoção estariam voltadas para a coletividade e ao ambiente que rodeia através das chamadas políticas públicas saudáveis e o reforço do saber das comunidades (*empowerment*)” (p. 50). Como observa Esperidião (2014), a autoajuda, o autocuidado e o aumento das capacidades comunitárias, como as propostas pelas políticas de promoção da saúde representam manobras de desresponsabilização do Estado diante de seus compromissos relacionados ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Outra função do *empowerment*, segundo Furtado e Szapiro (2012), seria a educação em saúde, produzindo um indivíduo capaz de atuar em favor de sua própria saúde. Mas, nesse aspecto pode haver uma captura das subjetivações acerca do corpo, das condutas e da vida pelos regimes de verdade da promoção da saúde em sua vertente comportamental, de produção de vidas ativas, empreendedoras e para sempre devedoras (DELEUZE, 1992), num contínuo deslizar da razão moderna, embora não sem obstáculos de resistências que escorregam para fora das redes do neoliberalismo.

Seguindo os autores citados, podemos pensar nas políticas de *empowerment* e de autocuidado como modelos que estimulam uma participação social, mas, ao mesmo tempo, podem também ser um dispositivo de controle, por manter seus discursos nos limites da configuração institucional que se coloca e se posiciona como coordenação, numa relação desigual que, certamente, busca realizar o exercício de sua hegemonia.

Certa vez, Foucault (2006), foi questionado sobre o que pensava dos tribunais populares, ou seja, como ele acreditava que poderia ser gerida essa instância nas tomadas de decisão populares, produzidas nas revoluções contra-hegemônicas, como as socialistas ou comunistas. Ao que o filósofo respondeu não acreditar na possibilidade de que uma revolução se mantivesse, caso optasse por seguir fazendo funcionar um modelo inventado pelos poderes hegemônicos para, justamente, assegurar sua manutenção na ordem do discurso. Nesse sentido, ele é categórico quando aponta que a sua hipótese é “que o tribunal não é expressão natural da justiça

popular, mas, pelo contrário, tem por função histórica reduzi-la, dominá-la, sufocá-la, reinscrevendo-a no interior de instituições características do aparelho do Estado” (p. 39). Por certo, a participação social não está ambientada em uma revolução, mas trata-se de refletir se uma instância organizada em consonância ao aparelho do Estado, por querer dele participar, poderá realmente produzir discursos de verdade e, portanto, práticas contra-hegemônicas. Nesse caso, práticas de saúde não limitadas a racionalidade biomédica e sistemas de saúde não subjugados pelas políticas econômicas neoliberais.

6.2 Eixo da emergência

Nesse eixo podemos ver a superfície de insurgência do objeto da pesquisa. A emergência, como nos avisa Foucault (2006), “se produz sempre em um estado de forças” (p. 23), e sua análise deve mostrar a entrada em cena das forças, onde podemos ver o espaço que se abre entre as forças que se afrontam. Para Foucault (2006), a emergência “designa um lugar de afrontamento; é preciso ainda se impedir de imaginá-la como um campo fechado onde se desencadearia uma luta, um plano onde os adversários estariam em igualdade (...) é de preferência um não-lugar” (p. 24). É nesse interstício que se produz a emergência, portanto, ninguém pode se responsabilizar por ela. Foucault (2006), faz uma analogia da emergência à uma peça teatral:

Em certo sentido, a peça representada nesse teatro sem lugar é sempre a mesma: é aquela que repetem indefinidamente os dominadores e os dominados (...) é por isso que a cada momento da história a dominação se fixa em um ritual; ela impõe obrigações e direitos, ela constitui cuidadosos procedimentos (...) Universo de regras que não é destinado a adoçar, mas ao contrário a satisfazer a violência. Seria um erro acreditar, segundo o esquema tradicional, que a guerra geral se esgotando em suas próprias contradições, acaba por renunciar à violência e aceita sua própria supressão nas leis da paz civil. A regra é o prazer calculado da obstinação, é o sangue prometido. (...) A humanidade não progride de combate em combate, até uma reciprocidade universal, em que as regras substituiriam para sempre a guerra; ela instala cada uma de suas violências em um sistema de regras, e prossegue assim de dominação em dominação (p. 24-25).

Por ser uma relação de forças a emergência não é um resultado final ou um efeito definitivo nos processos históricos. Ao contrário, ela é provisória, mostra apenas o atual episódio de disputas e submissões (FOUCAULT, 2006). Portanto, nesse eixo, mostro como os regimes de verdades sobre as PICS funcionam como investimentos políticos para empreender determinadas práticas, verdades e subjetividades. Assim,

podemos refletir sobre como os discursos dirigidos as PICS são interessados em promover determinados corpos, estilos de vida e realidades.

6.2.1 Regimes de verdade das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde



Foto: União Popular Anarquista, maio/ 2014.

Nessa pesquisa, pretendo analisar os regimes de verdade que, afinal, se estabeleceram nas políticas que se referem às PICS. O que dizem os regimes de verdade sobre as PICS nas políticas públicas de saúde? Quais são as práticas relacionadas aos regimes de verdade que constituem as PICS? Na perspectiva adotada para guiar o olhar e orientar reflexões possíveis, nesse estudo, importa saber das continuidades e descontinuidades que envolvem o objeto. Mas, também, importa refletir sobre os silenciamentos e as desqualificações praticados em relação aos saberes e práticas de saúde não convencionais, e, portanto, não biomédicos.

Racismo e biopoder

Um silenciamento histórico, que expressa muito bem uma triste realidade brasileira²⁰, é o que se aplica em relação aos povos originários. Não encontramos nenhuma prática de saúde indígena referenciada na PNPIC. As práticas indígenas de produção de cuidado poderiam constituir uma “Medicina Tradicional Brasileira”, do mesmo modo que os chineses têm a Medicina Tradicional Chinesa (MOEBUS; MEHRY, 2017). As parteiras também não aparecem na PNPIC, apesar de serem citadas nas recomendações oficiais da OMS, como parteiras tradicionais (OMS, 1978). Da mesma forma, os saberes e práticas de saúde africanos não são incluídos na PNPIC. Posso imaginar alguns motivos para esses silenciamentos. Mas, acredito que para essa pesquisa será interessante desenvolver uma das questões que se relacionam a essas ausências: o racismo, que faz com que índios, negros e parteiras tradicionais (logo nativas, logo não brancas), assim como, também, os quilombolas, as populações ribeirinhas, caiçaras e sertanejas, sejam relegados historicamente ao lugar da desqualificação, de maneira que suas vidas tenham sido, e seguem sendo consideradas inferiores e menos humanas. Para Foucault (2005), o racismo, em tempos de biopoder, funciona como um mecanismo de corte entre o que deve viver e o que deve morrer. Afinal,

(...) como vai se exercer o direito de matar e a função do assassinio, se é verdade que o poder de soberania recua cada vez mais e que, ao contrário, avança cada vez mais o poder disciplinar ou regulamentador? Como um poder como este pode matar, se é verdade que se trata essencialmente de aumentar a vida, de prolongar sua duração, de multiplicar suas possibilidades, de desviar seus acidentes, ou então de compensar suas deficiências? Como, nessas condições, é possível, para um poder político, matar, reclamar a morte, pedir a morte, mandar matar, dar ordem de matar, expor à morte não só seus inimigos mas mesmo seus próprios cidadãos? Como esse poder que tem essencialmente o objetivo de fazer viver pode deixar morrer? Como exercer o poder da morte, como exercer a função da morte, num sistema político centrado no biopoder? (p. 303-304).

Ao produzir uma defasagem em alguns grupos populacionais em relação a outros grupos, através da fragmentação do contínuo biológico da espécie humana,

²⁰De acordo com Relatório do Conselho Indigenista Missionário, em 2014, 138 índios foram assassinados em decorrência de conflitos relacionados as invasões de seus territórios (El País, 2016). Em 2015, mais 137 índios foram violentamente assassinados pelo mesmo motivo (Carta Capital, 2018) e, em 2016, o relatório do CIMI, divulgou mais 118 assassinatos de índios e advertiu que a violência aplicada sobre esses povos tem aumentado sob estímulo da bancada ruralista e de representantes do setor minerador (Agência Brasil, 2017).

subdividindo em grupos, que seriam as raças, e classificando estas em hierarquias que se estabelecem por meio de classificações binárias (raça superior/inferior), o racismo faz “cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder” (p. 305) no interior da população.

Para Foucault (2005), o racismo deve ser entendido como um mecanismo que justifica a exclusão de pessoas, para resolver em tempos de biopoder, “tecnologia de poder que tem como objeto e objetivo a vida” (p. 303), quais os grupos sociais que serão colocados na categoria “fazer viver” e quais serão colocados na “deixar morrer”, pois foi a emergência deste poder sobre o corpo e sobre a vida que inseriu o racismo nos mecanismos do Estado.

O evolucionismo revestiu o discurso político de cientificidade, como conjunto de noções biológicas que descreve uma hierarquização das espécies, uma luta pela vida entre as espécies e a seleção que elimina os menos adaptados. Essa maneira higienista de pensar as relações de colonização, as guerras, a criminalidade, a loucura e as anomalias, coloca a morte do outro (considerado da raça ruim) como o que vai deixar a vida em geral melhor e mais saudável. A sociedade de normalização usa o racismo como justificativa para a função assassina do Estado (FOUCAULT, 2005).

A normalização que se aplica por tecnologias de disciplina e tecnologias de regulamentação ocupou, a partir do século XVIII, tudo o que envolve do orgânico ao biológico, do corpo à população. E, desde então, “os códigos redigidos e reformados, toda atividade legislativa permanente e ruidosa não devem iludir-nos: são formas que tornam aceitável um poder essencialmente normalizador” (FOUCAULT, 2014). A norma passa a funcionar como as técnicas disciplinares que vão definir a disposição, a classificação e a hierarquização das coisas e das pessoas e, ao mesmo tempo, o que produz um corpo social homogêneo por meio das técnicas de regulamentação (FOUCAULT, 1987). Nesse sentido, parece que o racismo além de assegurar a desigualdade social, política e econômica muito vantajosa para uma classe dominante é, também, importante para desqualificar os saberes locais, os quais são muitas vezes cobiçados, como é o caso do conhecimento dos povos tradicionais acerca das plantas medicinais. Os saberes dos povos tradicionais são considerados eficientes filtros para as pesquisas da indústria farmacêutica, com vistas a produzir inovações nesse setor. Segundo Rezende e Ribeiro (2009), mais de 80% dos fármacos com algum princípio

ativo derivado de plantas comercializadas atualmente têm correlação positiva entre a sua aplicação na Medicina Tradicional e a sua indicação terapêutica pelos médicos.

Promoção da Saúde e o governo das condutas

Nesse momento proponho uma análise do que afinal é dito sobre as PICS, ao questionar quais são os regimes de verdade que constituem os seus discursos. Então, retomo o momento inaugural da PNPIC, em 2006, quando a política é implementada, entre outros motivos, como uma resposta a necessidade de garantir a produção da integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2006a). Considerava, também, a necessidade de “conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências” (BRASIL, 2006a, p. 4), que já aconteciam nos serviços públicos de saúde dos municípios e estados, porém, desprovidas de normatização ou regulamentações. Essa presença heterogênea e desregrada das práticas de saúde não convencionais foi entendida pela PNPIC como falta de segurança, eficácia e qualidade, a despeito de se fazer “na perspectiva da integralidade do cuidado da atenção à saúde” (BRASIL, 2006a, p. 5).

Ao se propor como perspectiva para a normalização dos saberes e práticas em saúde não biomédicos, a integralidade, como descrita na PNPIC, parece não superar o modelo da racionalidade moderna ocidental e da evidência científica como critério de segurança. Mas, o que poderia ser a integralidade, se suas respostas/ações estivessem liberadas das redes de jogos de verdade que delimitam o campo da saúde? Saber quais são os sentidos da integralidade pode ajudar no entendimento dos seus motivos, seus usos e suas práticas nesse campo.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS e pode ser pensada, de acordo com Pinheiro (2006), como um modo de produzir uma prática de cuidado que não ofereça apenas respostas delimitadas pela concepção biológica da saúde e incorpore técnicas de prevenção para uma diminuição do consumo de bens e serviços de saúde; proposta de um cuidado em saúde não fragmentado e, portanto, com articulações horizontais entre as práticas de saúde, por meio da aplicação de protocolos para diagnóstico e identificação dos riscos à saúde; por fim, a integralidade pode ser pensada como respostas dirigidas as injustiças sociais ao se propor formular políticas públicas de saúde mais específicas a determinados grupos populacionais. Na opinião de Pinheiro et al. (2011), tais sentidos da integralidade são estratégicos

para a construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade porque possibilitam inovações nas experiências de gestão e de assistência nos serviços de saúde, ao ponto de criar e transformar os saberes e práticas de saúde.

Se, por um lado, é difícil imaginar que os saberes e práticas plurais que compõem as PICS, possam sobreviver aos protocolos atentos para os riscos em saúde, por outro lado, podemos pensar nas PICS como incentivadoras da integralidade no SUS ao promoverem experiências de cuidado em saúde orientadas por saberes e práticas variados, ampliando os sentidos do cuidado em saúde de forma a não restringir as ações às práticas curativas. No entanto, a ideia de uma visão ampliada da saúde está relacionada ao ideário da Promoção da Saúde, que podemos perceber bem representada na definição da PNPIC sobre as PICS:

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006a, p. 10).

Essa citação da PNPIC expressa alguns regimes de verdade. Entre eles, ao se referir às tecnologias eficazes e seguras, sabemos que quer dizer que a biomedicina, cujo método baseado em evidências científicas, é considerado o único verdadeiro, seguro e infalível. Além disso, o discurso sugere que sua influência normativa, regulamentadora e ordenadora pode colaborar na garantia da eficácia e segurança no uso das PICS. No entanto, cabe aqui indagar, se essas seriam preocupações colocadas em questão no interior dos saberes e práticas não convencionais. Ainda, na sequência dessa mesma citação, há referência a visão ampliada do processo saúde-doença e ao autocuidado, que são noções que aparecem articulando práticas e discursos que convergem para o conceito de Promoção da Saúde. O qual se traduz como um regime de verdades que tem empreendido o governo das condutas, produzindo corpos e subjetividades, e, portanto, modos de vida. Nesse contexto, as PICS funcionam como tecnologias para que os sujeitos possam aderir aos regimes de verdade postos no campo da saúde, que responsabiliza cada um pela sua própria saúde e pelo gerenciamento de suas vidas de modo a evitar os riscos de adoecer. Assim, o autocuidado é um importante regime de verdade na sociedade em que

vivemos, como podemos observar na declaração do Coordenador Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde, ao comentar sobre as qualidades das PICS:

As práticas integrativas têm uma abordagem de cuidado que amplia o olhar do profissional de saúde e as opções terapêuticas. Meditação, Yoga Tai Chi não são práticas simples de atividade física. Elas promovem o autocuidado e autoconhecimento, além de melhorar a respiração o movimento das articulações (BRASIL, 2018c).

Nesse contexto, as PICS oferecem prescrições que conduzem a determinadas condutas, como explica, numa entrevista, a médica e professora de meditação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Maíra Polcheira, “as pessoas que meditam apresentam maior autocuidado, com melhora dos hábitos de vida, além de serem mais compassivas, mais cooperativas, menos reativas e mais felizes”. Podemos perceber que ao ampliar a saúde, todas as dimensões da vida podem ser medicalizadas, proporcionando discursos e práticas que convergem para os interesses das biopolíticas de cuidado à saúde.

Para Costa (2004), a medicalização seria “o excesso de intervencionismo médico sobre os corpos e vida das pessoas e está relacionada ao abuso do poder médico e, também, à expansão do consumo de bens e serviços de saúde de interesse para o mercado” (p. 13). Gaudenzi e Ortega (2011), também apontam para essa apropriação sobre a vida das pessoas empreendida pela biomedicina. Segundo Tesser e Barros (2008), a medicalização se relaciona com a incorporação de normas de conduta de origem biomédica, processo onde as experiências humanas passam a ser consideradas como problemas médicos, de tal forma que está “ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas pela biomedicina (p. 915).

Ao analisar os sentidos possíveis da medicalização, Zorzanelli et al. (2014), observam que esta é um dispositivo central no exercício da biopolítica, exercendo-se na patologização de aspectos relativos a questões da vida e dos corpos (como a infância e a sexualidade), que pode ser destacada na obra de Foucault em, no mínimo dois sentidos, indissociáveis e, no entanto, com cronologias diferentes, que seriam: o primeiro, localizado na formação dos Estados Modernos que se constituiu por meio da normalização dos corpos, dos espaços, das cidades e das populações. O segundo, derivação do primeiro, mas localizado no período do pós-Segunda Guerra, diz respeito

“à impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico” (p. 1861).

A ideia de uma ampliação do conceito de saúde é antiga, podemos encontrá-la relacionada a moderna Promoção da Saúde, quando entrou nas discussões com o documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, que ficou conhecido como Informe Lalonde (1974), e teve como motivação a necessidade de enfrentar o dispendioso e crescente custo da assistência médica que se somava a constatação sobre seus resultados pouco significativos em relação ao tratamento das doenças crônicas (BUSS, 2000). Esse documento utilizou a concepção de campo da saúde, o qual se caracteriza por quatro grupos que determinam o processo saúde-doença, que são: a biologia humana, a organização dos serviços de saúde, o ambiente natural e social e o estilo de vida. A ênfase dada ao estilo de vida foi posteriormente apontada como responsável pela culpabilização da vítima, afinal, para extratos da população à margem do desenvolvimento capitalista existe a impossibilidade de manter um estilo de vida livre de riscos (CARVALHO, 2004).

Como costuma acontecer nos jogos de verdade, o Informe Lalonde, ao promover seu discurso sobre a promoção da saúde envolveu outros discursos do campo da saúde em sua pauta. Dessa forma, em Alma Ata, a OMS coloca, além da proposta da APS, os seguintes discursos em circulação: a saúde como um direito humano fundamental; as desigualdades como inaceitáveis; a responsabilidade do governo sobre a saúde dos cidadãos e a participação nas decisões do campo da saúde como um direito da população. Nesse contexto, há uma continuidade desse discurso sobre a saúde, em 1986, na *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, em Ottawa, Canadá, que estabeleceu a ideia de saúde como qualidade de vida e, portanto, resultante de fatores como alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação, entre outros (CZERESNIA, 2003).

Para Carvalho (2004), a Promoção da Saúde emergiu por conta da crise da biomedicina, como uma resposta sanitária para os desafios impostos por essa crise da Medicina, tanto estrutural (não poderia oferecer uma Medicina especializada para toda população), como pelos limites de sua eficácia terapêutica. Nesse sentido, conforme apontou Czeresnia (2003), “do limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer” (p. 1). Ainda segundo a

autora, para buscar a consciência desse limite é preciso modificar radicalmente nossos discursos e práticas. Assim, Czeresina (2003), considera que:

O discurso da modernidade não levou em conta essa restrição. Levando-se em consideração o limite da construção científica e o seu inevitável caráter redutor, pode-se afirmar que nenhum conceito - ou sistema conceitos - poderia se propor a dar conta da unidade que caracteriza a singularidade. O conceito expressa identidades, já a unidade singular é expressão da diferença (p. 3).

De acordo com Furtado e Szapiro (2012), os conceitos acerca da Promoção da Saúde se integram em dois grandes grupos: no primeiro, se relacionam ao âmbito coletivo e às influências do ambiente e dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Nesse grupo, encontramos as políticas públicas saudáveis e o empoderamento (empowerment) dos saberes das comunidades. No segundo grupo, estão as questões relacionadas aos estilos de vida e a adequação aos hábitos considerados saudáveis, com ações que promovem a educação para o enfrentamento dos riscos relativos aos comportamentos individuais.

Para Carvalho (2004), também haveria dois grupos conceituais acerca da Promoção da Saúde, um primeiro, mais inclinado para uma atualização dos compromissos com o bem comum, equidade, democracia, cidadania, participação, entre outros, e, um segundo, que considera os discursos da Promoção da Saúde incentivadores de um modelo neoliberal, que vincula a saúde a uma ideia de autocuidado, assim como, produz discursos de verdade acerca de quais comportamentos e condutas os indivíduos devem seguir e quais devem evitar, para viver com saúde.

Castiel (2010), considera que a Promoção da Saúde desloca a ênfase da medicalização, cuja abordagem comportamentalista advoga por adaptações aos estilos de vida, conforme as direções apontadas pelos fatores de risco. As práticas de prevenção de riscos visam produzir um indivíduo que é o autor de sua própria saúde, com objetivo de prolongar a vida. Nesse sentido, ainda segundo Castiel (2010), vivemos sob um Epidemiopoder, termo cunhado pelo autor, ao apontar uma normatividade de base epidemiológica, que orienta por meio de discursos de Promoção da Saúde os comportamentos saudáveis que podem prevenir doenças. O que significa saber conduzir a própria vida de modo ponderado, seguindo as

informações baseadas em evidências científicas, para aderir a um estilo de vida considerado saudável.

De acordo com Rocha (2005), produzir estatísticas sobre os riscos é um modo de subjetivar e governar a vida, pois regula as condutas em função do medo de ficar ou estar exposto aos perigos a que tais cálculos nos informam. Nesse sentido, o risco torna-se um dispositivo de controle da sociedade e uma importante estratégia biopolítica ao produzir discursos de verdade baseado em critérios científicos que conferem valores morais sobre os modos de levar a vida.

Em nossa atualidade, os dispositivos de disciplina e normalização como a escola, a família, a fábrica, o hospital, entre outros, são modelos cujo apogeu se localizou no início do século XX, assim, segundo Deleuze (1992), a sociedade disciplinar, após a Segunda Guerra Mundial entra em crise, em favor das novas forças que se instalavam lentamente e criaram novos arranjos das relações de poder, que seria a sociedade de controle.

Essa transformação, segundo Rocha (2009), ocorre sob uma mudança na lógica do exercício dos poderes, de tal forma, que:

(...) a violência física (que visa a controlar os corpos e às ações através do suplício, da marca, da força física) ainda existe, embora menos frequente e mais reprovável; o poder-saber continua disciplinando, embora menos acreditado; o controle se instrumentalizou com variadas tecnologias. Mudou (está mudando), sobremaneira, o modo como nos fazemos sujeitos na atual sociedade de controle: são valores, desejos, verdades, práticas etc, que nos agenciam e nos modelam (...) (p. 588).

No contexto das sociedades de controle, segundo Pelbart (2015), a vida foi tomada de assalto por mecanismos que modulam a existência, não é necessária a vigilância panóptica, nós mesmos nos vigiamos ao seguirmos os preceitos científicos, adequando nossos corpos as normas científicas da saúde, que nos informam que devemos ser longevos, equilibrados, ponderados, ativos, felizes, calmos, entre outras condutas. Nesse sentido, Pelbart (2015), afirma que,

(...) o poder penetrou em todas as esferas da existência e as mobilizou e as pôs para trabalhar em proveito próprio. Desde os genes, o corpo, a afetividade, o psiquismo até a inteligência, a imaginação, a criatividade, tudo isso foi violado e invadido, mobilizado e colonizado, quando não diretamente apropriado pelos poderes (p. 20).

Assim, na sociedade de controle devemos gerenciar nossas condutas, como numa empresa nos cabe procurar ficar bem informados para conseguirmos nos manter com saúde, que como vimos é ampla, inclui muitas metas e prescrições para que se consiga alcançá-la. Existem, também, muitos riscos a evitar, como os excessos alimentares ou o sedentarismo, entre outros. São nesses regimes de verdade, relacionados aos estilos de vida referidos pela Promoção da Saúde, que as PICS se encontram incluídas. Elas não deixaram de ser disciplinadas, normatizadas e regulamentadas por meio de regras produzidas pela razão moderna ocidental, mas, parece que, atualmente, o que mais importa é promover um discurso sanitário em que se estabeleça a responsabilidade de cada indivíduo na administração de seus próprios riscos (FURTADO; SZAPIRO, 2012). As PICS como “todo o campo da saúde tem sido sistematicamente modificado pelas políticas de Promoção da Saúde e pelos debates que as acompanham” (FERREIRA NETO et al., 2009).

Nesse contexto, parece que os regimes de verdade da Promoção da Saúde sobre autonomia e responsabilidade individual no cuidado com a saúde, impregnam nossas subjetividades com modelos de vida e discursos sobre como uma vida de verdade deve ser, fundamentados em verdades científicas que circulam na mídia, nas políticas, nas leis, na escola, no trabalho, nas redes sociais, nos serviços de saúde, em conversas casuais, em circunstância qualquer e nos nossos pensamentos com muita facilidade, e que tomamos como definitivas realidades, como evidências naturais e seguras para nos guiar nas escolhas que fazemos ao longo da vida.

Ao aplicar a todas as dimensões da vida uma valoração plasmada à ideia de saúde, como um mecanismo de captura das singularidades, que não são mais tão facilmente disciplinadas, as PICS parecem configurar tecnologias indispensáveis para composição do campo da saúde. Primeiro, pelo discurso do autocuidado bem estabelecido nessas práticas, que retira direitos sociais ao legitimar a liberdade e, segundo, pela variedade que as constitui, que confere a esse objeto o poder de fisgar mais desejos, empreendendo mais subjetivações. Afinal, as 29 modalidades de PICS se prestam para cumprir com diversos discursos de verdade. Ainda que convergentes ao cuidado e gerência de cada um pela sua própria saúde, há, nesse objeto, modos muito variados de atuar sobre o próprio corpo.

E, como o corpo é um objeto de investimento político, os biopoderes visam modular e controlar as experiências que não estão ainda governadas, que podem produzir corpos e subjetividades não sujeitadas aos poderes hegemônicos. Esses corpos e subjetividades desviantes podem ser capturados em sua variedade e adequados a narrativas padronizadas, justamente, por meio da variedade de possíveis experiências que derivam das PICS. Vejamos alguns dos discursos que as PICS podem apresentar nas pesquisas acadêmicas em busca de observar essa variedade a que me referi, nos discursos sobre yoga, por exemplo:

O yoga também tem sido aplicado com bons resultados na área laboral, com diferentes desenhos de programas, principalmente em: redução do estresse, qualidade do sono e variabilidade do ritmo cardíaco; no fortalecimento da vitalidade em profissionais que trabalham em hospitais; estresse laboral, ansiedade e humor em trabalhadores de período integral; e fitness funcional e flexibilidade (BARROS, 2014, p. 1306).

Segundo exemplo, sobre a terapia com Florais de Bach:

Para Bach, a verdadeira felicidade, aquela resultante da obediência aos comandos de nossa alma, de nosso Eu Superior, que aprendemos através do instinto e da intuição, está nas qualidades da gentileza, da força, da coragem, da firmeza, da sabedoria, da paz e do amor. A infelicidade atrai para si o inverso dessas qualidades: ganância, crueldade, egoísmo, instabilidade, ignorância, orgulho e ódio, sendo essas as causas subjacentes da doença (JESUS; NASCIMENTO, 2005, p. 34).

Terceiro exemplo, sobre Acupuntura:

Pesquisa tem apontado que, o uso da acupuntura tem efeito sobre a supressão do apetite ao aumentar os níveis séricos de serotonina no sistema nervoso central, e ativar o centro de saciedade do hipotálamo. Há relatos de que, tanto a acupuntura sistêmica como a auriculocupuntura foram eficazes na redução de peso de pessoas obesas. Além de seus efeitos ansiolíticos, esta técnica também se mostrou eficaz no controle e redução do colesterol. No tratamento para pessoas obesas, o estímulo dos pontos de acupuntura e auriculares induzem o organismo à produção de hormônios que atuam como inibidor do apetite, tendo efeito tranquilizador, relaxante, diminuindo com isso a compulsividade alimentar, além da melhora na aparência, ajuda a relaxar e desintoxicar (ORNELA et al., 2016, p. 22).

Quarto exemplo, sobre dança circular:

Contraopondo-se ao desamparo e desgaste, os dados mostram que se obteve, pela vivência, a emersão de sentidos de confiança, união, entrega e tranquilidade permeados também pela esperança e motivação. Assim sendo, aprender a respirar, a relaxar, a se soltar pela dança foi, pela vivência, uma abertura de outras portas dentro da escola para a afetividade, ora tão à flor da pele, ora engessada, ora cindida entre corpo – afeto – cognição; e transpor este modo de ser e perpetrar mudanças (mesmo que pequenas) indica um processo de conscientização (ANDRADA; SOUZA, 2015, p. 366).

Quinto exemplo, sobre arteterapia:

Observa-se que a arteterapia tem possibilitado aos usuários a vivência de suas dificuldades, conflitos, medos e angústias de um modo menos sofrido. Configura-se como um eficaz meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do adoecimento mental em si, assim como os conflitos pessoais e com familiares. Nota-se que há uma minimização dos fatores negativos de ordem afetiva e emocional que naturalmente surgem com a doença, tais como: angústia, estresse, medo, agressividade, isolamento social, apatia, entre outros (COQUEIRO et al., 2010, p. 862).

Podemos perceber, nessa pequena amostra, a variedade de possíveis experiências que derivam das PICS. Essa variedade, ao mesmo tempo que vai sendo trabalhada pelos discursos de verdade biomédicos, em busca de uma homogeneização, normatização e disciplinamento dos saberes e práticas não convencionais de saúde, também produz a circulação e subjetivação dos discursos dos regimes de verdade da Promoção da Saúde. Assim, as PICS apresentam uma versatilidade muito útil para atrair os mais diferentes desejos e estilos de vida. Nesse sentido, as PICS podem funcionar como ferramentas que viabilizam o governo das condutas, tanto nos moldes das sociedades disciplinares, como nos moldes da sociedade de controle. Essa versatilidade das PICS num momento de transição de modelos de sociedades e mecanismos de poderes, ao que tudo indica, será bastante explorada nos próximos tempos no campo da saúde para dar conta do projeto neoliberal de sociedade.

7 SE ESTÁ TUDO DOMINADO...

Nesse momento da pesquisa, em que encaminho meu processo de questionamentos para uma finalização, mesmo que provisória, na medida que seguiremos nesse mundo de disputas e sujeições, gostaria de retomar a questão posta pela sociedade de controle, em seu aspecto modulador das nossas condutas e subjetividades.

Se nos encontramos nesse tempo em que há uma transição no modo como os biopoderes investem no corpo e na vida, se o governo das condutas opera em instâncias inimagináveis dos desejos e em intensidades perversas de submissões, se está tudo dominado, como provoca Pelbart (2008), ao lembrar de um funk muito cantado um tempo atrás, o que nos resta fazer?

Ao tentar responder essa pergunta, sinto-me ser invadida por uma mistura de desesperança com tristeza porque a suspeita de que passarei toda a vida presenciando o desenrolar de uma sociedade de controle para a manutenção de poderes neoliberais é desanimadora. Esse sentimento, segundo Foucault (1977), não deve ser alimentado porque “mesmo que a coisa que se combata seja abominável. É a ligação do desejo com a realidade (e não sua fuga, nas formas da representação) que possui uma força revolucionária” (p. XI). Então, convencida por essa ideia, escolho seguir pensando modos de não cair nas armadilhas da tristeza. Busco fôlego para essa resistência na última fase das pesquisas de Foucault (2014b), quando a análise da transformação ética do sujeito apresenta a ideia de uma arte da existência, que se referia a:

(...) práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (p. 16).

Essas práticas, situadas na Antiguidade greco-latina, segundo Sousa Filho (2011), não estavam relacionadas a uma tentativa de normalizar a população, e, sim, com um cuidado de si ético, como prática de liberdade que se utilizava de técnicas como leitura, escrita, meditação, reflexão, cuidados com o corpo, entre outras, para que fosse possível ensaiar outros modos de existir.

O uso das técnicas, no cuidado de si, ocorria com o intuito de realizar uma transformação de si, uma experimentação singular que promove subjetivações outras, no lugar da sujeição (SOUSA FILHO, 2011). Recorro às noções do cuidado de si e da arte da existência para questionar se os saberes e práticas de saúde, que constituem as PICS, poderiam com suas técnicas variadas nos proporcionar outras experiências corporais, assim como, outras subjetividades, caso fossem realizadas com o intuito da transformação de si, para fruição da vida, na relação com o outro e com a diferença. Acredito que sim. E, talvez, sejam esses os motivos de todo o trabalho para capturá-las e moldá-las conforme as subjetivações fixadas pela biomedicina, tais como o medo e a culpa.

Dessa forma, operam uma biopolítica contemporânea que se vale da produção de verdades que legitimadas pelas evidências científicas se estabelecem como modos de viver imprescindíveis para manutenção dos poderes hegemônicos. Assim, na impossibilidade de manter os corpos e as subjetividades enquadrados em comportamentos disciplinados, normalizados e regulados, abrem-se as cortinas do teatro da liberdade, entram em cena as táticas de excitação da liberdade, esse dispositivo que artilhosamente se adianta às resistências, para governá-las retirando-lhes potência e modulando seus fluxos para uma capitalização utilitária dos desejos. Portanto, em nossa atualidade, não se trata apenas de perder direitos sociais, como a saúde universal e gratuita, trata-se, também, de ter nossas vidas controladas e utilizadas para o consumo.

Nesse contexto, penso que precisamos tentar, tanto quanto possível, escapar desse controle. Não quero dizer com isso que devemos viver de forma rudimentar ou que todas as invenções da razão ocidental moderna sejam ruins, não se trata de fazer juízos, ao contrário disso, sigo o olhar proposto pela perspectiva pós-moderna que “não quer demonstrar uma verdade sobre o mundo nem quer defender uma maneira privilegiada de analisá-lo” (VEIGA-NETO, 2007, p. 34). O que se quer é poder inventar o próprio destino, criar uma própria existência por meio de experiências não sujeitadas aos procedimentos modernos de normalização (PORTOCARRERO, 2011).

Nessa dissertação ao buscar os saberes e práticas silenciados, desqualificados pela ordem do discurso hegemônica e apresentá-los em seus variados contextos, produzindo uma outra história que envolve e se articula a outras dimensões da minha

própria vida, do meu corpo e das minhas subjetividades, sinto que fiz uma experiência transformadora. Um ensaio na escrita, no pensamento e na vida (LARROSA, 2004). Não estou mais no mesmo lugar. Estou no entre-lugar (FISCHER, 2015), onde posso deslocar meu olhar para pensar e sentir o mundo em sua diferença, no que há de vivo.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? **Outra travessia**, Florianópolis, n.5, p.9-16, jan. 2005.

AGÊNCIA BRASIL. **Relatório CIMI aponta que 118 indígenas foram assassinados no Brasil em 2016**, 2017. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-10/relatorio-do-cimi-aponta-que-118-indigenas-foram-assassinados-no-brasil-em>

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **História: a arte de inventar o passado. Ensaios de teoria da História**. Bauru, Edusc., 2007.

ALMA ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978), In: Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde (2001).

ANDRADA, Paula Costa de; SOUZA, Vera Lúcia Trevisan de. Corpo e docência: a dança circular como promotora do desenvolvimento da consciência **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 2, 359-368, Mai/Ago, 2015.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTOS, Ruben Araujo. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, Ruben Araujo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria, organizadores. **Caminhos para análise das políticas de saúde** – 1.ed. – – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

BARROS, Nelson Filice de et al. Yoga e promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1305-1314, Apr. 2014.

BIRMAN Joel. Jogando com a Verdade. Uma Leitura de Foucault. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(2):301-324, 2002.

BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política (2 volumes)**. Trad. Carmen C Varrialle, Gaetano Loiai Mônaco, João Ferreira, Luis Guerreiro Pinto Cacais, Renzo Dini. Brasília: UnB, 2004.

BRANCO, Guilherme Castelo. Atitude limite e relações de poder: uma interpretação sobre o estatuto da liberdade em Michel Foucault. In: In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval; VEIGA-NETO, Alfredo; SOUSA FILHO, Alípio (Org.). **Cartografias de Foucault**. 2 ed. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986

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

BRASIL. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)** no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Portaria n. 1600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do observatório das **Experiências de Medicina Antroposófica** no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2006c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação do acesso** - 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017, atualiza a **Política Nacional de Práticas Integrativas**. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O SUS das Práticas Integrativas**. Brasília: 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 702, de 21 de março de 2018, Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC**. Brasília, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde Brasil**, Brasília, 2018d. <http://saudebrasilportal.com.br/eu-queiro-me-exercitar-mais/destaques/1298-yoga-pratica-vai-alem-da-atividade-fisica-e-promove-equilibrio>

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde Brasil**, Brasília, 2018e. <http://saudebrasilportal.com.br/eu-queiro-perder-peso/destaques/1316-meditacao-combate-ansiedade-e-pode-ajudar-contr-obesidade>

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

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

CANDIOTTO, Cesar. **Foucault e a crítica da verdade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, Curitiba, 2010.

CAPONI, Sandra. Viver e deixar morrer: biopolítica, risco e gestão das desigualdades. **Revista Redbioética / UNESCO**, Año 5, 2 (10): 27-37, julio – diciembre, 2014.

CARDOSO, Fábio Luiz Lopes. A influência do Relatório *Beveridge* nas origens do *Welfare State* (1942 – 1950). **Revista Todavia**, ano 1, nº 1, p.39–53, jul. 2010.

CARREIRO, Paula Katiana da Silva; DIAS, Marly de Jesus Sá. Estratégia de Saúde da Família: limites e dificuldades de uma política focalizada. **II Jornada |Internacional de Políticas Públicas**, UFMA, agosto, 2015.

CARTA CAPITAL, 137 índios foram assassinados em 2015 no Brasil com casos de extrema violência, 2016. <http://justificando.cartacapital.com.br/2016/09/16/137-indios-foram-assassinados-em-2015-no-brasil-com-casos-de-extrema-violencia/>

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, Dec. 2008.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):669-678, 2004.

CASTIEL, Luis David. Promoção da saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria “comunidade”. **Rev Saúde Pública**, 38 (5): 615-22, 2004.

CASTIEL, Luis David. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro, Cebes, 2010. p. 161-179.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. (Orgs). **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**/ tradução de Ana Cristina Nasser. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CIELO, Ivanete Daga et al. Políticas Públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no Estado do Paraná (2011). **DRd – Desenvolvimento Regional em debate** v. 5, n. 1, p. 211-230, jan/jun, 2015.

COQUEIRO, Neusa Freire et al. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paul Enferm**, 23(6):859-62, 2010.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004.

COSTA, Marisa Vorraber, Novos olhares na pesquisa em Educação. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos I: Novos olhares na pesquisa em Educação**. 3 ed. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.

CRUZ et al. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.4, p.1087-1100, 2012.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DI GIOVANNI, Geraldo. Estruturas Elementares das Políticas Públicas. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

DIVAKARUNI, Chitra. A senhora das especiarias. Editora Objetiva, 1ª Ed., 1997

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e sociedade** [por] Maria Cecília F. Donnangelo e Luiz Pereira. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Márcio José. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al., (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Controle social no SUS: Conselhos e Conferências de saúde In: Paim, Jairnilson Silva; Almeida-Filho, Naomar. **Saúde Coletiva: teoria e prática** - 1.ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Genebra, 1978.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023**. China, Organización Mundial de la Salud, 2013.

FERREIRA NETO, João Leite et al. Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.3, p.456-466, 2009.

FERREIRA NETO, João Leite. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):831-842, mai, 2011.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? **Perspectiva**, Florianópolis, v. 21, n. 02, p. 371-389, jul/dez, 2003.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Na companhia de Foucault: multiplicar acontecimentos. **Educação e Realidade**, 29(1), 215-227, jan/jun, 2004.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. A paixão de trabalhar com Foucault. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos I: novos olhares em educação**. 3 ed. Rio de Janeiro, Lamparina Editora, 2007a.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Verdades em suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos II: Outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação** 2 ed. Rio de Janeiro, 2007.

FISCHER, Rosa Maria Bueno, Arte, pensamento e criação de si em Foucault: breve ensaio. **Currículo sem Fronteiras**, v. 15, n. 3, p. 945-955, set/dez. 2015.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 743-752, 2009.

FORTES, Lore. Clínica da Saúde. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval; VEIGANETO, Alfredo; SOUSA FILHO, Alípio (Org.). **Cartografias de Foucault**. 2 ed. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber** / tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, revisão de Ligia Vassalo/ Petrópolis, Vozes, Lisboa. Centro do Livro Brasileiro, 1972.

FOUCAULT, Michel. Para uma vida não fascista. Prefácio in: Gilles Deleuze e Félix Guattari. **Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia**, New York, Viking Press, pp. XI-XIV. Traduzido por Wanderson Flor do Nascimento, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis, vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Michel Foucault; tradução, Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado – Rio de Janeiro; Jorge Zahar Ed., 1997.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 5. ed. São Paulo: Loyola: 1999.

FOUCAULT, Michel. Poder e saber. In: **Ditos e escritos IV. Estratégia Poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, Michel. Tecnologias de si. 1982. **Verve: Revista Semestral do Núcleo de Sociabilidade Libertária**, São Paulo, n.6, p. 321-360, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. 1 ed. Martins Fontes, São Paulo, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 22 ed. São Paulo: Graal. 2006.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. Martins Fontes, São Paulo, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina**. Verve, São Paulo, n.18, p.167-194, ago/dez, 2010a.

FOUCAULT, Michel. **O governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1982-1983)** / tradução Eduardo Brandão. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010b.

FOUCAULT, Michel. **A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II: curso no Collège de France (1983-1984)** / tradução Eduardo Brandão – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a genealogia, a história. In: **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**/ Michel Foucault; organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta: tradução Elisa Monteiro – 3.ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2013b.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 1 ed. Trad. Maria Thereza Albuquerque e J. A. Albuquerque. São Paulo, Paz e Terra, 2014a.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 1 ed. Trad. Maria Thereza Albuquerque e J. A. Albuquerque. São Paulo, Paz e Terra 2014b.

FURTADO, Mariama Augusto. **Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia**. 2010. 133 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Filosofia e Ciências Humanas Instituto de Psicologia. 2010.

FURTADO, Mariama Augusto; SZAPIRO, Ana. Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.4, p.811-821, 2012.

FURTADO, Mariama Augusto; SZAPIRO, Ana Maria. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.2, p.277-289, 2016.

GAUDENZI, Paula.; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2011.

GIACOMONI, M. P., VARGAS, A. Z. Foucault, a Arqueologia do Saber e a Formação Discursiva. **Veredas**, v. 2, p. 119-129, 2010.

GIOVANNI, Geraldo Di. As estruturas elementares das Políticas Públicas. **Caderno de Pesquisa nº82**, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, UNICAMP, 2009.

GONTIJO, Mouzer Barbosa. Alves. **Práticas integrativas e complementares: conhecimentos, concepções, percepções e atitudes dos profissionais do serviço público de saúde**. 2014. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Notas para a problematização do coletivo no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3):913-924, 2015.

GUIMARÃES, Layana de Souza; CRUZ, Mônica Cardoso da. Exercícios Terapêuticos: a Cinesioterapia como importante recurso da Fisioterapia. **Lato & Sensus**, Belém, v. 4, n. 1, p. 3-5, out, 2003.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. Health management: nexuses between institutional daily routine and political participation in SUS. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.633-45, jul/set. 2010.

HERBELÊ, Mariluzia Oliveira. **Um estudo da concepção dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, RS, 2013.

JESUS, Elaine Cristina de; NASCIMENTO, Maria de Jesus Pereira. Florais de Bach: uma medicina natural na prática. **Rev Enferm UNISA**, 2005.

KRUGER, Tânia Regina. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, Dec. 2014.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Ver. Bras. Enferm.**, 59 (esp.), 403-10, 2006.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. É possível pensar de outro modo a educação em enfermagem? **Esc. Anna Nery**. v.12, número 2, ab/jun, 2008.

LARROSA, Jorge. A operação ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. **Educação & Realidade**, 29(1):27-43, jan/jun, 2004.

LIMA, Júlio César França. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014, p. 233-253.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas Integrativas e Complementares e relação com promoção de saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface (Botucatu)**, 2013.

LOPES, Jecson. Girão. Thomas Hobbes: a necessidade da criação do Estado. In: Griot: **Revista de Filosofia, Amargosa** – Bahia, v. 6, n.2, p. 170-187, dez. 2012.

LUCHESE Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública/ Patrícia T. R. Lucchese**, coord, Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

LUZ, Madel T. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: NASCIMENTO, Marilene Cabral (Org.). **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LUZ, Madel T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 145-176, 2005.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: Estudos sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**. 3.ed – São Paulo: Hucitec, 2007.

LUZ, Madel T. Estudos comparativo de racionalidades médicas; medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, Madel T.; Barros, Nelson F. (Org.) **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças. **Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, vol 1, n.1, jul/set, 2010.

MACHADO et al. Configuração Institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Loecia Moura (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

MACHADO, Roberto. Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. *ória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, Roberto. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: **Microfísica do Poder**. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1683-1694, 2016.

MARQUES, Eduardo. As políticas públicas na Ciência Política. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Alberto Pimenta de (org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. – São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MARQUES, Paulo, Sérgio; CAMARANI, Ana Luiza Silva. Íon de Eurípides, e a fundação da Grécia Patriarcal. **Revista Graphos**, v.12, n. 1, 2010.

MARTINS, André. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health, **Interface Comunic.**, Saúde, Educ., v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev.2004.

MARTINS, Paulo Henrique. As outras medicinas e o paradigma energético. In: Madel T. Luz, Nelson F. Barros (Org.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**. Prefácio de Roseni Pinheiro. – Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MATTOS, Arthur Lobo Costa. Contribuições da Arqueologia e da genealogia à análise das políticas de saúde. In: MATTOS, Rubem Araújo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de

Faria (Organizadores). **Caminhos para análise das políticas de saúde** – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out.-dez. 2011, p.1131-1149.

MENDES, Jussara Maria Rosa et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago/dez. 2011.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coordenador). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. P.236- 313. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**/Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MERHY, Emerson.Elias. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea in Mandarino, A C S & Gomberg, E (org). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora UFS, 2009, pp 29/56.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso; MERHY, Emerson Elias. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde em Redes**. v3, n2, p145-152, 2017

MONTEIRO, Dalva de Andrade; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1903-1912, ago, 2007.

MOREY, Miguel. La cuestión del método. In: FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del yo**. - 1a ed. - Buenos Aires: Paidós, 2008.

NASCIMENTO, Mariangela. Soberania, poder e biopolítica: Arendt, Foucault e Negri. **Griot – Revista de Filosofia**, Amargosa, Bahia – Brasil, v.6, n.2, dezembro, 2012.

NEPOMUCENO, Léo Barbosa et al. Participação Social em Saúde: contribuições da Psicologia Comunitária. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 1, pp. 45-54, jan./mar, 2013

NESPOLI, Grasielle. Biopolíticas da participação em saúde: o SUS e o governo das populações. In: GUIZARDI, Francine L. (Org.) **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária – UFPE, 2014.

NETO, João Felício Rodrigues; FARIA, Anderson Antônio; FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **Rev Assoc Med Bras**, 2009.

NICARETTA, Marcelo M.O Projeto de Lei do “ato médico” e a perspectiva dos psicólogos e de outros profissionais no campo da saúde. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 78, n1, 2010.

ORNELA, Rogério Gavassa et al., Acupuntura no tratamento da obesidade. **J Health Sci Inst.** 34 (1):17-23, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. Desafios para a saúde coletiva no século XXI - [Salvador]: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública** 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n.81, p.27-37, jan/abr. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, Sept. 2012

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que é o SUS/** Jairnilson Silva Paim. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

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

PELBART, Peter Pal. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo...**Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.19-26, 2015.

PELBART, Peter Pál. “Vida e morte em contexto de dominação biopolítica”. **Conferência do IEA**, USP, out, 2008.

PERURENA, Fátima Cristina Vieira. Institucionalização de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde!? **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 361-363, mar. 2014.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 159-166, 2006.

PINHEIRO, Roseni et al. Cidadania no cuidado: um ensaio sobre os caminhos de se (re)pensar a integralidade nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. In: BARRETO, Franca Alexandre (Org.) – **Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado** / Alexandre Franca Barreto, (org.) – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural** – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

PORTOCARRERO, Vera. Foucault: a história dos saberes e das práticas. In: PORTOCARRERO, Vera (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

PORTOCARRERO, Vera. Os limites da vida – Da biopolítica ao cuidado de si. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de; VEIGA-NETO, Alfredo; SOUZA FILHO, Alípio de (Orgs.). **Cartografias de Foucault** – 2 ed - Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

POVOA, Luciana Cid. Intervenção osteopática em idosos e o impacto na qualidade de vida. **Fisioter Mov.** jul/set; 24(3):429-36, 2011.

QUEIROZ, Marcos S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO, Marilene Cabral do (Org.). **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006.

RAGO, Margareth. Dizer sim à existência. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. Para uma vida não fascista. 1 ed: 1. Reimp – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.40, n. especial, p.122-135, dez, 2016.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**/ Judith Revel; tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani – São Carlos: Claraluz, 2005.

REZENDE, Enio Antunes; Ribeiro, Maria Teresa Franco. O cupuaçu é nosso? Aspectos atuais da biopirataria no contexto brasileiro. **RGSA – Revista de Gestão Social e Ambiental**, v.3, nº 2, p.53-74, Maio/Ago, 2009.

RICARDI, Luciani Martins et al. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n. especial 3, p. 155-170, set, 2017.

ROCHA, Cristianne Maria Famer. **A escola na mídia: nada fora do controle**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROCHA, Cristianne Maria Famer. As tecnologias, as subjetividades contemporâneas e o (hiper) controle. **Revista Mal-estar E Subjetividade**, v.9, n. 2, junho, 2009.

ROCHA, Erica Silva; MALDONADO, Mariza M. C. Condições de possibilidades para a emergência do discurso das cotas raciais na educação superior no Brasil. **Revista Pedagogia em Foco**, Iturama (MG), v 10, n.3. p.138-150, jan/jun, 2015.

ROCHA, Sabrina Pereira; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A acupuntura no Brasil: uma concepção de desafios e lutas omitidos ou esquecidos pela história – Entrevista com dr. Evaldo Martins Leite. **Interface - comunicação, saúde, educação**, 20 (56),2016.

RUFFATO, Luiz. Os índios, nossos mortos. **El País**, 2016. https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/13/actualidad/1468422915_764996.html

SANTOS, Adilson dos. A tragédia grega: um estudo teórico. **Revista Investigações**, v.18, n.1, 2005.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.

SCHVEITZER, Mariana Cabral; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma revisão sistemática. **Rev Esc Enferm**, 48(Esp):189-96, USP, 2014.

SCLIAR, Moacyr, História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SILVA, Heliana Marinho da. **A política pública de saúde no Brasil**. 1996. 132 p. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira de Administração Pública, 1996.

SILVA, Lígia Maria Vieira da. O que é a Saúde Coletiva In: Paim, Jairnilson Silva; Almeida-Filho, Naomar. **Saúde Coletiva: teoria e prática** - 1.ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

SILVA, Luiz marcos de Oliveira; MATTOS, Fernando Augusto Mansor de. *Welfare State* e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial. **Revista de Economia Política**, vol. 29, nº 3 (115), p.135-152, julho-setembro/2009.

SILVA, Matheus Barros. A tragédia grega: uma manifestação política. **Plêthos**, 3, 1, 2013.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 39, N. Especial, p. 91-104, Dez, 2015.

SILVA, Wagner William da. **Do vagabundo ao cidadão: uma discussão sobre a construção da proteção social na Inglaterra**. Campinas: UNICAMP, 2010. 107p. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, 2010.

SOUSA FILHO, Alípio de. Foucault: o cuidado de si e a liberdade ou a liberdade é uma agonística. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de; VEIGA-NETO, Alfredo; SOUZA FILHO, Alípio de (Orgs.). **Cartografias de Foucault** – 2 ed. –Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em política pública. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). **Políticas Públicas no Brasil** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM Jairnilson Silva. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n.71, p.268-283, set/dez, 2005.

TESSER, Charles Dalcanalle; BARRROS Nelson Filice. Medicalização e medicina complementar. **Rev Saúde Pública**, 42 (5): 914-20, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1732-1742, ago, 2009

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

TIAGO, Sônia Castro. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da saúde da família de Florianópolis**. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, 2009.

TONIOL, Rodrigo. **Do espírito na saúde: Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2015. 302 p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-graduação em Antropologia Social Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

VEIGA-NETO, Alfredo. **A ordem das disciplinas**. Porto Alegre: UFRGS, 1996. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grade do Sul, Porto Alegre, 1996

VEIGA-NETO, Alfredo. Olhares... In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos I: Novos olhares na pesquisa em Educação**. 3 ed. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.

VEYNE, Paul. **Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história**. Brasília: Ed. UNB, 1982.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, Jun, 2014.

APÊNDICE

GLOSSÁRIO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

Acupuntura

Prática que apresenta um conjunto de diversos procedimentos terapêuticos aplicados com base nos conceitos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), ao estimular pontos precisos localizados na pele por meio de agulhas, calor ou estimulação por correntes elétricas de baixa voltagem ou amperagem para a proteção, restauração e promoção de saúde. Achados arqueológicos indicam a existência dessa prática há pelo menos três mil anos e suas formulações derivam da filosofia clássica chinesa. A denominação chinesa *zhen jiu*, que significa agulha (*zhen*) e calor (*jiu*) no século XVII foi traduzida pelos jesuítas como *acus* (agulha) e *punctio* (punção) (BRASIL, 2006a).

Apiterapia

Terapia que utiliza a aplicação de apitoxina (substância produzida pelas abelhas) nos pontos de acupuntura (BRASIL, 2018).

Aromaterapia

Uso de óleos essenciais com vistas a promover a saúde física e mental, recuperando a harmonia e o equilíbrio do organismo (BRASIL, 2018).

Arteterapia

Prática que usa técnicas expressivas, como desenho, pintura, modelagem, colagem, música e outras, realizada em grupo ou individualmente. Esse processo terapêutico estimula o autoconhecimento e a convivência em grupo. Essa prática integrativa auxilia na promoção, reabilitação e recuperação da saúde, bem como na prevenção de agravos (BRASIL, 2017a).

Auriculoterapia

Técnica da Medicina Tradicional Chinesa que trata disfunções físicas, emocionais e mentais por meio de estímulos em pontos específicos da orelha, local onde há terminações nervosas correspondentes a determinados órgãos do corpo (BRASIL, 2017a).

Ayurveda

É considerada uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvida na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e dos recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado. *Ayurveda* significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento

estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, considerando os campos energético, mental e espiritual (BRASIL, 2017b).

Os tratamentos no *Ayurveda* levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o *dosha* (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (*ásanas*), técnicas respiratórias (*pranayamas*), posições e exercícios com as mãos (*mudras*) e o cuidado dietético (BRASIL, 2017b).

Biodança

Prática terapêutica que usa os movimentos, a música e as emoções para alcançar o equilíbrio e o bem-estar do corpo. A prática foi criada nos anos 1960 pelo antropólogo e psicólogo chileno Rolando Toro Araneda. A terapia une fundamentos da biologia, da antropologia e da psicologia para produzir efeitos terapêuticos que auxiliam no cuidado, promovem consciência de si e estado de alegria nos praticantes. Contribui em especial para reduzir o estresse. O objetivo da terapia é melhorar a qualidade de vida ao buscar o equilíbrio emocional e fisiológico (BRASIL, 2017a).

Bioenergética

Prática que utiliza a psicoterapia corporal e exercícios terapêuticos com o intuito de liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos (BRASIL, 2018).

Chi Kung

Prática corporal composta por movimentos harmônicos aliados à respiração, com foco em determinada parte do corpo, para desenvolvimento do chi (energia) interno e ampliação da capacidade mental (BRASIL, 2006a).

Constelação familiar

Técnica de representação espacial das relações familiares com a intenção de identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. Constitui um método psicoterapêutico que atua no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, buscando encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, ao criar condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao próprio crescimento (BRASIL, 2018).

Cromoterapia

Utilização terapêutica das cores que configuram o espectro solar (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta) com objetivo de alcançar a harmonia do corpo restaurando seu equilíbrio físico e energético (BRASIL, 2018).

Dança Circular

É uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea. Tem origem em diferentes culturas, o que favorece a aprendizagem e a conexão entre os participantes. As pessoas dançam juntas, em círculos e aos poucos começam a

internalizar os movimentos. O enfoque não é a técnica, e sim o sentimento de união de grupo, de comunidade. A prática tem trabalhado a integração e socialização (BRASIL, 2017a).

Fitoterapia

Prática que utiliza as plantas medicinais para produzir efeitos terapêuticos. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da Medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças (BRASIL, 2006b).

Geoterapia

Prática terapêutica que aplica pedras, cristais, argila, barro e lamas medicinais no corpo com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos. Configuram ferramentas de equilíbrio dos centros energéticos do corpo facilitando o contato com o Eu Interior e amenizando e cuidando de desequilíbrios físicos e emocionais (BRASIL, 2018).

Hipnoterapia

Conjunto de técnicas que provocam relaxamento, concentração e indução de um estado de consciência aumentado que permite alterar comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. Pode favorecer o autoconhecimento (BRASIL, 2018).

Homeopatia

Sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes que foi elaborada por Hipócrates no século IV a.C. Samuel Hahnemann, no século XVIII, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar* e *Doenças Crônicas*. A partir desse momento, a homeopatia experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento (BRASIL, 2006b).

Imposição de mãos

Prática terapêutica secular que utiliza a imposição das mãos para transferência de energia de uma pessoa para outra. Promove bem estar, diminui estresse e ansiedade (BRASIL, 2018).

Medicina Antroposófica

A Medicina Antroposófica é um sistema médico complexo, de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, que oferece possibilidades para a ampliação da atenção à saúde por meio de técnicas, recursos e abordagens de baixa complexidade tecnológica. Entre os seus recursos terapêuticos destacam-se: a utilização de aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística e uso de medicamentos naturais (fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados) (BRASIL, 2006c).

Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

Caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. Como fundamento, aponta a teoria do *Yin-Yang*, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento. Apesar da Acupuntura ser a mais conhecida do escopo de métodos, há também Fitoterapia chinesa, *Tuina* ou *Tui Ná*, Dietoterapia, Auriculoterapia, Moxabustão, Ventosaterapia e Práticas corporais — exercícios integrados com respiração, circulação de energia e meditação, como *Chi Kung*, o *Tai Chi Chuan* e outras artes marciais (BRASIL, 2006a).

Meditação

Prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de *Samadhi*, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase". A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo. Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Através disso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença. A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática produz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos (BRASIL, 2017b).

Musicoterapia

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos

terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (BRASIL, 2017b).

A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo sua utilização terapêutica se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada, proporcionando uma melhor qualidade de vida. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida (BRASIL, 2017b).

Naturopatia

Abordagem de cuidado por meio de métodos e recursos naturais que apoia e estimula a capacidade do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo. Este consiste na compreensão de que existe um princípio vital presente em cada indivíduo influenciando o equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão. Os recursos terapêuticos usados são plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudança de hábitos (BRASIL, 2017b).

Osteopatia

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta Prática compreende que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades. Seus cuidados se baseiam no profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, oferecendo condições para que o corpo por meio dos seus próprios mecanismos possa se autorregular e se autocurar (BRASIL, 2017b).

Ozonioterapia

Mistura dos gases oxigênio e ozônio por diversas vias de administração com finalidade terapêutica para promover a melhora de diversas doenças. Usado na odontologia, neurologia e oncologia (BRASIL, 2018)

Quiropraxia

Abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destes na saúde em geral. A prática é realizada com a utilização das mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual (BRASIL, 2017b).

Reflexoterapia

Esta Prática também é conhecida como Reflexologia e utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Compreende que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões, principalmente nos pés e nas mãos (BRASIL, 2017b).

Reiki

Prática que utiliza a imposição das mãos para estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Compreende a saúde a partir de uma concepção vitalista em que a energia do corpo precisa ser fortalecida onde houver algum “nó energético”. Promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais (BRASIL, 2017b).

Shantala

Massagem para bebês que surgiu no Sul da Índia. A técnica foi difundida no ocidente pelo médico francês Frederick Leboyer. Estudos mostram que o método terapêutico pode trazer benefícios respiratórios, digestivos, imunológicos, relaxantes e analgésicos (BRASIL, 2017a).

Tai-chi chuan

Conjunto de movimentos suaves, contínuos, progressivos e completos, usados para prevenção de doenças, manutenção da saúde e estabilização emocional (BRASIL, 2006a).

Terapia de Florais

Uso de essências florais para modificar estados mentais e emocionais. Ao atuar nos estados vibratórios auxilia o equilíbrio e harmonização do indivíduo (BRASIL, 2018).

Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

Prática de intervenção coletiva que visa criar e fortalecer os laços sociais. Aproveita os recursos da própria comunidade para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento que favorece a troca de experiências entre as pessoas. A TCI é desenvolvida em formato de roda. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico individual e coletivo. A partilha de experiências favorece o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança e a ampliação da percepção. A prática está fundamentada em cinco eixos teóricos: pedagogia de Paulo Freire, Teoria da Comunicação, o pensamento sistêmico, a antropologia cultural e a resiliência (BRASIL, 2017a).

O trabalho realizado pela TCI reforça a autoestima, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade. A possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes traz outros significados às suas vivências, conquistas, potencialidades e aos seus sofrimentos, diminuindo o processo de somatização e complicações clínicas (BRASIL, 2017a).

Termalismo social/Crenoterapia

O uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica sobre o termalismo, que compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de

saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica (BRASIL, 2015).

Yoga

Prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. É composta por ásanas (posturas corporais) e Pranayamas (exercícios respiratórios). Preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promove a não-violência. Entre os benefícios da prática de Yoga estão: redução do estresse, melhora da frequência cardíaca e da pressão arterial, alívio da ansiedade, da depressão e melhora do sono (BRASIL, 2017b).

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Portaria n. 1600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação do acesso** - 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017, atualiza a Política Nacional de Práticas Integrativas. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O SUS das Práticas Integrativas. Brasília: 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.