

CIÊNCIA & SAÚDE

Madel Luz



OBSERVAPICS

Comentários e considerações sobre a atualidade do tema práticas integrativas complementares aos sistemas médicos de saúde, ou PICS.

Madel T. Luz

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, abreviadamente PICS, têm uma história sociocultural e organizacional de mais de meio século¹. Deve ser notado em primeiro lugar, que o solo de onde emergem tais práticas é o da saúde pública, terreno institucional do combate às doenças epidêmicas e endêmicas, que atingem geralmente populações vulneráveis, seja por pobreza material ou cultural, geralmente por ambas.

No final da segunda guerra mundial a situação de saúde dos povos estava exangue, erodida seja pela miséria, seja pelo massacre direto causado pelos ataques bélicos, e o modelo de saúde pública voltado para a economia agroexportadora do período pré-guerra, ainda colonial em alguns países e continentes, como a África, por exemplo, e geralmente, em países do continente americano, como o Brasil, era insuficiente para controlar as questões de saúde pública instaladas na população trabalhadora com a emergência do regime capitalista industrial dependente dos pólos de desenvolvimento no Ocidente, tanto nos Estados Unidos como na Europa. Não são propriamente epidemias, geralmente episódicas, ou endemias rurais, fruto de disfunções das relações homem/meio ambiente, mas formas urbanas crescentes de adoecimento permanente de grandes grupos populacionais e indivíduos, fragilizados em função das condições do regime social de trabalho, exaustivo e com remuneração insuficiente. (LUZ,2007)

Pode-se dizer que uma outra demanda em saúde pública põe-se então em evidência, embora existisse já, sobretudo na Europa, desde o século XIX: a do atendimento a

¹ A Conferência Mundial de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde, em Alma Ata, que em 1978 completará quatro décadas, assinalou um momento de grande efervescência nas organizações internacionais em nível regional, como a Organização Panamericana de Saúde (OpasPAS) entre outras, preocupadas com a questão da “atenção primária” no atendimento das populações, que já se tornava crucial em termos de saúde pública. As organizações internacionais já percebiam que por um lado as instituições médicas caminhavam no sentido da especialização crescente do combate a patologias, concentrando-se em hospitais também crescentemente especializados (atenção terciária), enquanto as populações locais dos países, fragilizadas por endemias tradicionais, devastadas por periódicas epidemias, valiam-se de medicinas e cuidados tradicionais, etnologicamente ligadas a sua história, que podiam ter atendimento em unidades de cuidado menos sofisticadas, ou mesmo em localidades como aldeias, desprovidas de qualquer sofisticação especializada. (LUZ, 1982)

coletividades cronicamente adoecidas por condições de vida evitáveis, nos planos social e econômico. Doenças oriundas do regime social e econômico de produção, cujo enfrentamento precisa ir além do combate às epidemias e endemias, porque se trata de grupos de indivíduos doentes, ou melhor, de pessoas adoecidas na população. E essa população demanda um modelo distinto de atenção do da saúde pública. Necessita de cuidado médico. Um cuidado destinado às coletividades de pessoas adoecidas. Acredito que a ciência médica, organizada institucionalmente nos hospitais, não estava preparada ou voltada para este tipo de atenção. Como não está até o presente, pois não está voltada para o cuidado.

2 - A demanda por saúde coletiva e práticas de atenção e cuidado em saúde

Assim definida, a demanda por práticas alternativas de cuidado à população está posta desde esse momento. Não encontrando abrigo institucional na Biomedicina, tenderá a enraizar-se progressivamente no setor da saúde pública, onde práticas de atendimento tradicionais, alternativas à medicina científica, eram – e continuam a ser – exercidas por profissionais de saúde não necessariamente médicos, como enfermeiros, fisioterapeutas, etc, sendo acolhidas no setor em função de resultados positivos face a doenças crônicas, endêmicas e mesmo epidêmicas. As assim chamadas “medicinas alternativas” encontraram abrigo inicial no solo da saúde pública, nele tomando raízes.

Nesse contexto, elas passam, em décadas distintas, a serem denominadas *Alternative Medicines*, ou *Complementary Medicines*, depois *Complementary and Alternative Medicines* (CAM), desde a segunda metade do século findo. Sempre ligadas umbilicalmente às organizações de saúde pública, sua aceitação nas instituições médicas tradicionais (clínicas, hospitais) fez-se lentamente, ao longo do século XX, geralmente em unidades hospitalares de baixa especialidade, ou em clínicas gerais ligadas aos sistemas sociais de cuidado (*Medical Care*) ligados à Previdência, instalados na Europa depois da segunda guerra mundial, e ainda hoje em funcionamento. No Brasil, esses sistemas de atendimento médico previdenciário estavam ligados, até os anos da década de 1960, aos diversos institutos de aposentadoria e pensões de profissões e categorias de trabalhadores. (LUZ, 2014, 1982,2007)

Nessas unidades podia-se ver, por vezes, a presença de sistemas médicos alternativos à biomedicina, como a homeopatia, principalmente, mas é somente a partir dos anos

80, fruto de movimento crescente na sociedade civil por medicinas alternativas, que se pode constatar a presença de práticas terapêuticas de sistemas complexos como a Medicina Chinesa, isto é, a acupuntura e o Chi kun, e, na ayurveda, a presença de alguns de seus aspectos terapêuticos, como a dietoterapia, e as massagens. Isto acontece em serviços privados de classe médias, geralmente em clínicas, raramente em hospitais.

Entretanto, práticas como a yoga, a meditação, as massagens terapêuticas, as atividades corporais, as dietas, assim como certas práticas artísticas - ou expressivas - sobretudo no campo da saúde mental - somente nos anos noventa começam a se fazer presentes em serviços de saúde, fruto do advento do Sistema Único de Saúde em 1988, com sua centralidade organizacional em unidades municipais de atendimento à população.

Isto não significa que as práticas ditas integrativas e complementares em saúde - PICS (ou, se quisermos manter o termo internacional, as CAM) - tenham se oficializado em nossos serviços de saúde, ou que tenham tido melhor acolhimento nas grandes unidades institucionais da medicina, nos hospitais altamente especializados, como sucede em sistemas médicos oficiais europeus: Inglaterra, Itália, Espanha e outros, mesmo França.

As oposições entre a ciência médica, representada pelas grandes unidades de especialização em nível terciário, e os serviços públicos de saúde, que tendem a integrar em sua base de atendimento as PICS, tornam-se muitas vezes agudas, ao invés de amenizarem-se, parecendo regredir ao século XIX, ao século da medicina heróica. Deste ponto de vista não se pode dizer, apesar do contínuo avanço das PICS nos serviços básicos de atenção à saúde, nas duas últimas décadas, inclusive, na última década, no plano normativo e organizacional, que esses modos de cuidado em saúde tenham sido aceitas pelas instituições centrais da medicina, que continuam a voltar-lhes as costas.

Mas vale a pena refletir, para além dos aspectos histórico institucionais até aqui tratados, sobre as práticas integrativas e complementares em saúde em sua racionalidade, tecendo alguns comentários de natureza conceitual e organizacional sobre as mesmas. Em poucas páginas, tentarei resumir o que designei no título como "comentários", esperando contribuir para o debate presente – e crescente - do tema, e para posicionar-me ao mesmo tempo como agente pesquisadora e professora das

questões envolvidas no tema, da perspectiva das ciências sociais em saúde, função exercida por três décadas. Também, se possível, mencionar a experiência pessoal e grupal acumulada.²

Creio que algumas considerações sobre o “lugar de onde falo” e “para quem falo” é importante, para estabelecer identidades não apenas práticas como disciplinares e teóricas, não somente minhas, mas também de outros agentes do campo, sejam eles pesquisadores (incluindo alunos de pós-graduação), docentes, profissionais ou gestores.

Em primeiro lugar, e como primeiro comentário nesta área, creio que falar sobre qualquer tema incluído no imenso e pluridisciplinar campo da saúde coletiva implica necessariamente em procurar diálogo com o outro, ou com outros, com respeito ao cuidado em saúde das populações, e das pessoas nelas implicadas, considerada a diversidade que caracteriza este campo em seus vários sentidos. Principais sentidos destacáveis: teórico-conceitual, terapêutico, profissional e, certamente, político e ético.

Ou não. Pode tratar-se apenas, como ocorreu por vezes em minha trajetória-não apenas neste campo- de defrontar-me com o não diálogo, da parte do outro, ou de outros, no seu afã de se impor, ou de “fazer-se passar” individualmente ou em grupo, com sua “teoria”, ou posição institucional, ou projeto terapêutico, no qual se crê profundamente, ou ainda no plano político, visando obter privilégios e exclusividades, tornando-se neste caso a discussão muitas vezes apenas uma via de ascensão social para pessoas e grupos.

Afinal, nenhum campo disciplinar ligado às ciências modernas esteve historicamente, ou está, atualmente, isento de interesses pessoais, grupais, corporativos, políticos e financeiros. É a marca histórica da ciência moderna, desde suas origens, na passagem dos séculos XVI-XVII. Poderíamos afirmar que a ambição política e a competição estão no DNA originário das ciências na modernidade, desde Descartes (e seu interlocutor David Hume), prosseguindo com Da Vinci, Newton (primeiro Diretor do Banco da Inglaterra), e seus sucessores (LUZ, 1988). Dos gênios individuais originários, às equipes laboratoriais transdisciplinares internacionais contemporâneas,

² Acredito mesmo, como autora e co-autora de inúmeros trabalhos desenvolvidos em três décadas de atuação no ensino, na pesquisa, na atuação em congressos etc, que seja praticamente impossível listar os itens produzidos, pois chegam as centenas. Mas é possível escolher uns poucos títulos para citação em bibliografia no final deste texto. Escolherei alguns títulos como autora e coautora, valorizando o caráter coletivo de minha produção, que considero inspirador, meu principal agente de motivação.

essas marcas permanecem, sendo mesmo um dos motores do avanço das ciências.³
(LUZ 1988)

Por isso ousou também comentar, a partir de minha experiência de ensino e pesquisa, que a rubrica práticas integrativas e complementares (aos sistemas) de saúde, ao inserir-se no campo do que denominamos no Brasil saúde coletiva, passa a designar antes de mais nada um imenso *assemblage* de práticas, para empregar o termo francês, um grande conjunto reunido, não necessariamente coerente, de práticas de intervenção, de técnicas terapêuticas - por vezes diagnósticas, de teorias preventivas ou curativas face ao adoecimento e à cura de pessoas. Conjunto caracterizado por diversidade originária histórica e etnológica considerável, muitas vezes fusionado em *bricolage* no campo.

Pode-se falar da presença atuante no campo, também, acrescento como um comentário conceitual, de distintas racionalidades médicas, coetâneas em nossa cultura, embora com origens históricas, epistemológicas e culturais diversas, opondo-se entre si às vezes tanto teórica como praticamente, mas em contínua transformação na sociedade, como acentuei em meus trabalhos de pesquisa, construídos ora individualmente, ora associada com alunos e colaboradores e associados por mais de duas décadas.⁴

Aqui é importante salientar uma importante distinção teórica: as racionalidades médicas não podem nem devem ser confundidas com as práticas integrativas e complementares em saúde. É fácil perceber os termos nesta distinção: racionalidades são modos específicos de compreensão, interpretação, explicação conceitual: são modos de entendimento de fenômenos – muitas vezes de práticas - sociais. Portanto, as racionalidades médicas são modos de designar, compreender, interpretar, explicar e comparar sistemas médicos complexos. Apenas sistemas médicos. Não se aplica, este conceito, um operador teórico, a práticas diversas em saúde, sejam elas

³ Deve-se chamar a atenção para o processo de internacionalização crescente dos pesquisadores e cientistas, sua afiliação a equipes multidisciplinares organizadas em torno de temas transdisciplinares como a vida, sua conservação, o meio ambiente – sua degradação e eventual recuperação, origens históricas e sociais da espécie humana, etc. Nelas a presença das ciências da vida, em séculos anteriores, conhecidas como ciências naturais é um elemento estratégico tanto conceitual como operativamente. Mas esse fato acontece também em disciplinas conhecidas até o fim do século passado como “físicas” (física dos grandes objetos, micro-física, astrofísica, etc). Um movimento de superação da ciência moderna, ou modernidade científica está em curso, superando a compartimentalidade disciplinar dos séculos anteriores, o doutrinário teórico e metodológico. O modo de produção do conhecimento científico moderno está, a meu ver, em processo de superação. A criação inovadora, ou as grandes descobertas, deslocam-se do indivíduo para o grupo de pesquisa. A competição também.

⁴ Ver resumo bibliográfico no fim do presente texto.

estruturadas culturalmente em maior ou menor grau, deslocadas de uma racionalidade médica (um sistema médico complexo) ou não. Para nós, pesquisadores da área, é uma contínua perplexidade perceber que a área polidisciplinar da saúde, sobretudo da saúde coletiva, onde se tem que intervir em busca de eficácia face ao adoecimento de populações, grupos e indivíduos, isto é, em última instância, onde a prática é o supremo critério de atribuição de verdade, esta área, justamente, tem grande dificuldade de assimilar a categoria racionalidade médica, isto é, o conceito de R.M.

Esta confusão funciona, a meu ver, como evidência que a histórica dicotomia ocidental entre teoria e prática, entre compreensão/interpretação e intervenção/modificação opera como um elemento de confusão –ou mais freqüentemente de competição- entre o pensar e o agir, e isto atua geralmente contra a simplicidade teórica do conceito RM, que visa apenas compreender e comparar distintos sistemas médicos complexos na cultura atual, buscando pontos de encontro em suas cinco dimensões operatórias. (morfologia, dinâmica vital, diagnose terapêutica, doutrina médica).

Buscamos, através das comparações possíveis, dimensão a dimensão, de sistemas distintos, a superação de dicotomias médicas na nossa cultura, entre os sistemas complexos que perduram ainda hoje, através da possibilidade de refundação do sistema médico ocidental, ou biomedicina. Objetivo mais ambicioso que o de legitimar institucionalmente práticas terapêuticas ou diagnósticas no Sistema Único de Saúde, mesmo considerando-se a urgência de modos alternativos no cuidado às pessoas.

Objetivo que pode parecer uma ambição desmedida, possivelmente utópica, sobretudo quando vemos que a biomedicina caminha atualmente em sentido diametralmente oposto: sempre mais no sentido de diagnoses de patologias, agora em micro nível biológico, preferencialmente em perspectiva preventiva, visando a estabelecer a probabilidade genética, ou mesmo social, de surgimento desta ou daquela patologia, da expansão deste ou daquele vírus, nesta ou naquela pessoa, neste ou naquele grupo, com a finalidade de contê-la. Não há proposta de combate a essas ameaças que não envolva testes/aprovação de drogas de laboratórios internacionais em amostras de populações.

CONCLUSÃO

A preocupação com as práticas terapêuticas, isto é, a clássica medicina hipocrática voltada para a cura das pessoas doentes (sendo cura atualmente considerada uma categoria metafísica) inexistente na biomedicina, pois o objetivo da medicina atual não está centrado no doente – ou mesmo na saúde humana - mas numa ciência crescentemente exata das patologias. Mesmo a intervenção corretiva da doença, entregue à cirurgia há dois séculos, tenderá progressivamente, ousado dizer, à ortopedia pós-mecânica dos corpos, com substituição crescente de órgãos, músculos (como os cardíacos) ossos, e sistemas, como o circulatório, o neurológico etc – ou trechos deles. Caminhamos assim, com a medicina atual, em busca da expansão da duração da vida - de alguns, certamente - no sentido do *cyber man*, fruto da alta tecnologia médica. Será um belo triunfo, se acontecer.

Entretanto, cabe aos herdeiros da clínica hipocrática, que se encontram nas profissões ligadas a saúde coletiva, geralmente, desenvolvendo a cada dia novas práticas e técnicas de atenção e cuidado à pessoa humana, como as já conhecidas PICS, muitas vezes desprestigiadas e vivendo sob condições de trabalho desumanas, uma grande responsabilidade: a de perguntar aos estudantes das carreiras da área da saúde se ali estão por sentirem em si o chamado milenar de Hipócrates, ou se pretendem ser futuros cientistas do *cyberman*. A resposta a esta pergunta pode fazer baixar o número de suicídios entre estudantes dessas carreiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ARTIGO

LUZ Madel Therezinha: Ordem Social, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil. Textos escolhidos. Rio de Janeiro. CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO, 2007

LUZ, Madel Therezinha: Medicina e Ordem Política Brasileira. Rio de Janeiro, Graal, 1982

LUZ, Madel Therezinha: As Instituições Médicas no Brasil. Porto Alegre, Rede Unida, 2014. (Primeira edição R.J. Graal, 1979, 259 pp.)

LUZ, Madel Therezinha: Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. Rio de Janeiro, 1988 (Primeira edição)

ALGUMAS REFERÊNCIAS BÁSICAS PARA O ESTUDO DE RM e PICS

BARROS, N. F.; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades Médicas, Práticas "Complementares" de Saúde e novas profissões terapêuticas. In: Fátima Alves; Luisa Ferreira da Silva; Breno Fontes; Madel Therezinha Luz; (Org.). Saúde Medicina e Sociedade - Uma visão sociológica. 1ed.Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea, 2013, v. 247, p. 161-170.

LUZ, Madel Therezinha. A arte de curar x a ciência das doenças - História da Homeopatia no Brasil. 2a.. ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

LUZ, M. T.. Novos saberes e práticas em saúde coletiva - Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. v. 1. 174p .

LUZ, Madel Therezinha. Natural Racional Social, razão médica e racionalidade científica moderna. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. 203p .

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.) Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC - Instituto de Medicina Social, 2012. v. 01. 452p .

LUZ, M. T.. Medicina e Ordem Política Brasileira - Políticas em instituições de saúde (1850 - 1930). 1. ed.Rio de Janeiro: Graal, 1982. v. 1. 218p .

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D.. A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: Madel Therezinha Luz. (Org.). A medicina antroposófica como racionalidade médica e prática integral de cuidado à saúde. 01ed.Juiz de Fora: UFJF, 2014, v. 01, p. 73-101.

LUZ, M. T.. Estudo comparativo das Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: PELIZZOLI, MARCELO. (Org.). Saúde em novo paradigma. 1ed.RECIFE: EDUFPE, 2011 a, v. 1, p. 151-175.

LUZ, M. T.. Questões e desafios colocados para o estudo das racionalidades médicas e das práticas de saúde na atualidade: ensino, pesquisa e exercício da atenção profissional em serviços. In: PINHEIRO, ROSENI.; SILVA Jr. ALUIZO.GOMES.. (Org.). CIDADANIA NO CUIDADO: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. 1a.ed.rio de janeiro: CEPESC.IMS-UERJ. ABRASCO, 2011b, v. 01, p. 295-303.

LUZ, M. T.. Racionalidade Científica no Ensino Médico. Ser Médico, São Paulo, v. 3, n.12, p. 17-19, 2000.

LUZ, M. T.; CAMARGO JR, K. R. .A Comparative Study of Medical Rationalities. Curare (Berlin), Berlin, v. 1, n.12, p. 47-58, 1997.

LUZ, M. T.. Comentários ao Manifesto Convivialista. Saúde em Redes, v. 1, p. 17-19, 2015

NASCIMENTO, Marilene Cabral Do; BARROS, N. F.; LUZ, Madel Therezinha. 1385/2012 - A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Ciência e Saúde. Coletiva (Impresso), v. 1, p. 1, 2012.

TESSER, C D ; LUZ, M. T.. Racionalidades Médicas e Integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 195-206, 2008.

Madel Luz



Para mais aulas e textos de Madel Luz, acesse <http://observapics.fiocruz.br/espaco-madel-luz>