

CIÊNCIA & SAÚDE

Madel Luz



OBSERVAPICS

Uma análise socio-histórica da pesquisa das práticas integrativas em saúde, e sua relação com as racionalidades médicas presentes na cultura atual¹

Madel T. Luz

1 - Introdução: retrospectiva e contextualização socio-histórica

Durante os anos oitentas, tema polêmico e marginal de estudos no campo da saúde coletiva, as designadas práticas integrativas e complementares (PICS) na política nacional de saúde brasileira, e medicinas complementares e alternativas, em plano internacional, têm um trajeto de pelo menos meio século em sua busca de integração institucional e legitimação acadêmica.

As grandes agências encarregadas da vigilância sanitária dos países, seja em termos continentais, seja mundiais (Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana da Saúde (Opas)) começaram a se organizar, embora sem esta nomenclatura, ainda na primeira metade do século passado, com evidente preocupação de contenção das epidemias literalmente exportadas de país a país no contexto da economia agroexportadora. Buscavam o controle do estado de conservação - ou contaminação - das cargas embarcadas, geralmente por hidrovia ou por mar, atuando na vigilância do potencial de difusão mundial de doenças coletivas, por transmissão ou contágio, devido à impureza das mercadorias, por contato com germes, bactérias ou agentes infecciosos em geral provenientes dessas cargas, seja por seu mal estado de conservação, devido ao modo de embalagem, ou ao tempo de exposição a agentes de deterioração – inclusive animais - presentes no meio ambiente. (LUZ, 1982)

¹ A segunda metade deste texto, modificada e aumentada em alguns trechos, foi publicada recentemente em coletânea de PINHEIRO e SILVA GOMES (orgs): Cidadania no Cuidado – o universal e o comum na integralidade das ações de saúde, CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2011

Foram essas agências que fomentaram o surgimento das instituições nacionais de controle de endemias e epidemias nos países do continente sul americano, e isto fica muito claro no Brasil, como afirmamos em trabalhos anteriores (LUZ 1979,1982) com o movimento sanitaria da primeira república, com as campanhas de vacinação para combate das epidemias, assim como com a fundação de postos de saúde e de instituições públicas voltadas para o controle de doenças endêmicas e epidêmicas.

Mas é sobretudo durante a segunda república, nos anos trinta e quarenta, com o governo de Getúlio Vargas, que se efetiva autoritariamente o assentamento burocrático das instituições de saúde pública, que uma preocupação preventiva com a saúde da população, independentemente das epidemias e endemias – sempre presentes no país – se desenvolve, através da criação de órgãos e programas de saúde pública específicos com esta finalidade, de fomento da saúde, na busca do cidadão saudável ou, mais em acordo com o espírito da época, de uma raça brasileira forte (LUZ, 1979, 1982, 2000)

Programas e órgãos de saúde para setores específicos da população, como o do binômio mãe-criança (saúde materno\infantil), o da criança em idade escolar, do trabalhador (surgem e se desenvolvem durante os anos 1930 os institutos de aposentadoria e pensão, que também se ocupam da atenção médica de seus afiliados) institucionalmente setorializados, é verdade, vão ter como missão o *cuidado da saúde* desses setores estratégicos, num contexto socioeconômico de arranque da industrialização e de necessidade de proteção, ou pelo menos de preservação da população envolvida nesse processo, isto é, os trabalhadores e sua prole, ou, classicamente, a *força de trabalho* industrial. (LUZ, 1979, 1982, 2008)

Quando chegamos à metade do século XX, no pós-guerra, vivido como o período de implantação da previdência universal na Europa, com o plano *Beveridge*, o Brasil continuava com seu sistema de atenção médica à população constituída por três vertentes principais: por um lado os Institutos de Aposentadoria e Pensões

(IAPs), voltados para as categorias de trabalhadores assistidos por institutos, isto é, formalmente incluídos no sistema de produção econômica, com seus programas de cuidado destinados aos setores mencionados acima. Por outro, os postos de saúde pública, voltados prioritariamente para a vacinação da população em geral, sobretudo das crianças, e, ainda, o crescente conjunto de órgãos hospitalares voltados para emergências. Paulatinamente, com o avanço do século passado, esses estabelecimentos, localizados nos grandes centros urbanos voltaram-se para, além do atendimento de emergências, ao de doenças crônicas, considerado o desenvolvimento acelerado das especialidades médicas.(LUZ, 1979, 2000)

Essas reflexões introdutórias visam a mostrar a necessidade de termos em mente que há pelo menos três *culturas médicas* presentes na trajetória histórico institucional da saúde no século XX, com seus saberes e práticas delas decorrentes, e que portanto não há uma *medicina única a ser considerada*. Há o saber médico *sanitarista*, com suas práticas verticais de intervenção decorrentes, nem sempre pacíficas, com história de revoltas da população; há a *medicina clínica* voltada para atender a força de trabalho em seus institutos, a não ser confundida com uma medicina do trabalho, embora freqüentemente lidando com o adoecimento – agudo ou crônico - dos trabalhadores em consequência do seu ofício; e finalmente a *medicina das emergências*, situada em estabelecimentos hospitalares, voltada geralmente para os desassistidos, os indigentes, aqueles que podiam cair de fome, de alcoolismo, tuberculose, sífilis, ou mesmo de acidentes nas ruas, quando não vitimados por crimes. Uma grande parcela da população urbana dispunha apenas desta forma emergencial de atenção médica, o que continua sendo um fato até o presente, seis décadas depois de sua expansão inicial. (LUZ, 2000)

Mencionando apenas três das quatro (se incluirmos as especialidades médicas, que cresceram velozmente na segunda metade do século, são quatro

modos específicos de saber e práticas médicas) formas institucionais voltadas para atendimento da população, podemos achar que a população está efetivamente coberta pelas instituições médicas, por seus saberes e práticas, todos voltados para as doenças e seu combate, como núcleo central de sua cultura.

Entretanto, essa cultura – plural, ratificamos - difere muito dos saberes e práticas difundidos na população urbana e rural, em relação a adoecimento e cura, nas diversas classes e etnias que compõem a sociedade brasileira, geralmente *saberes e práticas tradicionais* ditos laicos, todos voltados para o binômio saúde/cura, ou saúde/vida. São voltados geralmente para a representação da saúde como vitalidade, expressa muitas vezes como força, ânimo, disposição, alegria, e a doença, como perda de vitalidade.

O adoecimento é, para esses saberes/práticas, considerados em todas as suas vertentes (medicinas tradicionais étnicas, medicinas populares decorrentes de saberes médicos clássicos, ou terapêuticas populares de origem europeia), um processo muito mais complexo de transformações no estado saudável, incluindo-se nos sintomas do adoecimento certas dimensões, sintomas e estados do ser humano não considerados pela biomedicina - em todas suas vertentes - tanto em nível morfológico, como fisiológico, ou psicoemocional, empregando aqui, mesmo de modo deslocado, um conceito do saber científico.

Elas literalmente não fazem sentido para a medicina, sobretudo para a clínica científica, por sua subjetividade, e pela impossibilidade de tradução, em termos quantificáveis - ou mesmo localizáveis - na morfologia ou na fisiologia biomédica. (CAMARGO Jr. 2012)

Tal não é o caso para as medicinas tradicionais (orientais ou ocidentais) ou para as ditas populares (leigas), pois para todos esses saberes e práticas, essencialmente vitalistas, os planos espiritual, psicológico, sensível, e físico são

dimensões humanas inseparáveis nos planos orgânico e simbólico, este muitas vezes determinante do adoecer.(LUZ e WENCESLAU, 2012).

É preciso reconhecer este paralelismo de culturas em saúde, presente entre nós desde o Brasil colônia: aqueles atuantes na população, em suas distintas raízes tradicionais, e o oriundo dos saberes médicos científicos (e quem diz paralelismo não diz, necessariamente, oposição) para podermos entender como existe um solo cultural em saúde na sociedade predispondo à adoção de saberes e práticas médicas embasados em paradigmas distintos do da biomedicina. Em outras palavras: alternativos. O que muda são os vários contextos socioculturais em que emergem esses saberes, como pólo de busca – às vezes de luta - da população, pelo menos desde o século XIX, com a estruturação institucional da biomedicina.

Um grande estranhamento, em termos sociológicos, decorre do desinteresse pelo estudo desses saberes e práticas, no campo da saúde pública – ou mesmo das ciências sociais em saúde, é forçoso reconhecer - até os anos oitenta. Foi desse estranhamento que o clássico Durkheim denominava fato social que partiu nosso interesse pelas racionalidades e práticas em medicina e saúde como tema.

2 - O surgimento do estudo das medicinas alternativas e das racionalidades médicas (sistemas médicos complexos) no campo da saúde coletiva, a partir da perspectiva das ciências sociais

O estudo teórico e empírico de distintas racionalidades médicas presentes na cultura contemporânea, entretanto, só começou a ser sistematicamente realizado no Instituto de Medicina Social/UERJ em 1992, originando o Grupo de

Pesquisa Racionalidades Médicas². Pioneiro dos estudos nesses temas no campo da saúde coletiva, resultou da observação e da constatação da convivência contemporânea de diferentes sistemas médicos complexos³, de práticas terapêuticas e não convencionais e de atividades corporais então denominadas atividades físicas.

Tais sistemas e práticas tem, como afirmamos acima, suas raízes históricas, ou socioculturais, não pertencentes ao mundo ocidental moderno, sobretudo à modernidade científica, que é a marca cultural deste mundo, mas podem apresentar freqüentes hibridismos diagnósticos e terapêuticos com o ocidente moderno, tanto nas concepções como nas ações dos agentes. Logo, são hibridismos presentes na prática dos profissionais e da clientela na cultura atual.

Naquele momento inicial na década de 1990, do Grupo Racionalidades Médicas, a prática profissional, assim como a oferta de serviços das medicinas e das terapêuticas então ditas alternativas ou complementares, restringia-se, em sua quase totalidade, com exceção dos centros municipais com tradição de oferta serviços nessas áreas (Campinas, Niterói, Goiânia, entre poucos outros), aos

² O Grupo Racionalidades Médicas foi fundado no segundo semestre de 1991, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como resultado de um conjunto de seminários sobre o tema da racionalidade médica, coordenados por Madel Luz. Em 1992 foram iniciadas as atividades de pesquisa empírica, dando partida à primeira fase de estudos do grupo, que se tornou Grupo de Pesquisas Racionalidades Médicas CNPq, em 1994, tendo desenvolvido no IMS/UERJ três fases do projeto *Racionalidades Médicas*. A terceira fase, desenvolvida entre 1998 e 2004, ocupou-se principalmente das práticas corporais e terapias alternativas. Com a aposentadoria da líder do grupo em 2009, este deslocou-se para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, em 2010. A quarta fase do grupo inicia-se em 2011, com a inclusão da questão da formação de profissionais para as práticas integrativas e complementares em saúde, e das políticas de saúde referentes a institucionalização dessas práticas.

³ As racionalidades médicas foram definidas conceitualmente como sistemas médicos complexos, comportando cinco dimensões estruturadas (diagnose, terapêutica, dinâmica vital, morfologia humana e doutrina médica), embasadas em uma cosmologia que expressa a cultura onde se originam. Tal modo de conceituar apóia-se nos tipos ideais do sociólogo alemão Max Weber.

consultórios privados ou a espaços públicos ocupados pelos militantes nos centros urbanos⁴.

Eram acessíveis a um público de classe média educada, possuidor de cultura alternativa face às concepções dominantes de saúde, de alimentação, e inclusive de hábitos de consumo, herdeiro da geração da contracultura dos anos 1960 e 1970.

Mesmo sistemas médicos complexos, como a homeopatia, reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina desde 1980, com exceção de seus tradicionais e históricos ambulatorios filantrópicos, tinha a maior parte do atendimento, mais de dois terços dos seus serviços clínicos, oferecidos em consultórios privados por profissionais essencialmente médicos com pós-graduação *Lato sensu* (especialistas) em homeopatia, com formação de até dois anos, cursada em instituições homeopáticas do país (sul/sudeste), ou no exterior (LUZ, 1996a).

A pesquisa sobre temas concernentes à diversidade das práticas e saberes contemporâneos em saúde, ainda que da perspectiva das ciências humanas, era praticamente tabu, ou marginal ao *mainstream* das investigações, tanto no campo das ciências sociais quanto no da saúde coletiva, voltadas em geral para a análise de macroestruturas, do Estado sobretudo, e de sua dinâmica no regime capitalista.

Existiam, é claro, as pesquisas antropológicas clássicas sobre sistemas de cura não ortodoxos, geralmente espirituais, incluídos mais tarde na classificação que veio a denominar todos os sistemas tradicionais como etnomedicinas, tais como as medicinas indígenas de caráter xamânico, as afro-brasileiras ou as curas populares de caráter religioso, focalizando mediunidade e espiritismo, algumas associadas à própria homeopatia.

⁴ No final dos anos 80s um movimento social com um ânimo juvenil de contra cultura espalhou por praças e outros espaços públicos urbanos a prática de exercícios não convencionais, como o tai chi chuan, o lian gong, e outras artes marciais, geralmente chinesas, claramente voltadas para a saúde.

Uma exceção nessa tradição, assim como na da penúria de investigações sócio antropológicas sobre sistemas médicos e práticas terapêuticas não convencionais contemporâneas, é o trabalho pioneiro de Loyola e sua equipe (LOYOLA, 1984) que tematiza as medicinas populares, seus praticantes e adeptos, em sua relação com a biomedicina, num contexto social urbano da periferia do Rio de Janeiro, em perspectiva de análise sócio antropológica, próxima de autores como BOURDIEU, BOLTANSKI e HERZLICH, entre outros sociólogos franceses dos anos setentas. Trabalhando com categorias analíticas como representações, imaginário, saberes e práticas sociais, poder e classe, Loyola debruçou-se sobre os saberes laicos das classes populares, analisando a racionalidade de seus conhecimentos, e interpretando de modo inovador hierarquias e entrecruzamentos sociais entre saberes e práticas de médicos e curandeiros e de sua clientela (LOYOLA, *idem*).

Outras exceções são os trabalhos de pesquisa sócio histórica tematizando a homeopatia, empreendidos por Angela Porto (PORTO, 198), e por Madel T. LUZ e pesquisadores associados, que resultou na coletânea editada pela Fiocruz (Ensp/PEC/Abrasco), intitulada *A questão da Homeopatia* (LUZ, org.1987), enfocando a medicina homeopática como um sistema médico complexo, estudando tanto profissionais como sua clientela, e sua inserção social, e as questões institucionais de poder/saber implicadas nessa prática médica, face ao sistema médico científico.

Os estudos de Marcos de Souza Queiroz, em análise antropológica sobre as práticas alternativas e sobre o paradigma da racionalidade biomédica - depois continuados em suas observações sobre os serviços de saúde em Campinas - constituem também uma exceção neste cenário (QUEIROZ, 1986, 1994) com grande qualidade analítica e interpretativa.

No geral, entretanto, as preocupações com os sistemas médicos complexos heterodoxos e as práticas não convencionais, situaram-se, na década

de oitenta, predominantemente na esfera política, isto é no domínio da ação e do pensamento sobre a possibilidade de sua institucionalização nas políticas governamentais de saúde (BIOLCHINI e al, 1986).

Esta preocupação precípua, expressa pelos órgãos internacionais de saúde, como a OMS, seguida pela Opas, fez repetidos apelos, durante várias décadas em suas conferências internacionais (desde 1962) sobre a urgência de levar em consideração, no cuidado de saúde dos povos, as medicinas tradicionais e as práticas terapêuticas não convencionais, no sentido de integrá-las às políticas nacionais e aos serviços públicos de atenção à saúde, visando a cobrir as populações não atendidas pelos sofisticados, tecnológicos e caros serviços da medicina ocidental especializada. A Conferência de Alma Ata, em 1978, fez um apelo dramático para tornar acessíveis às populações as medicinas *nativas*, (etnomedicinas ou medicinas tradicionais) integrando-as na atenção médica do sistema oficial.

A partir da década de oitenta, com o crescimento expressivo do uso das medicinas e terapias não convencionais pelas camadas médias urbanas, a pressão social pela institucionalização das mesmas cresceu, inclusive no Brasil, que deve ser considerado uma nação pioneira no processo da inclusão oficial dessas práticas nos serviços públicos, tomando-se como o detonador desse processo a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986 (LUZ, et.al. 2007).

O documento que dela resultou, e que implicou na inclusão de vários dos itens propostos na Constituição Federal de 1988, é um exemplo típico de que as questões relativas à saúde, no que concerne medicinas não hegemônicas e práticas não convencionais de saúde foi, na década de oitenta, muito mais preocupação, intenção e realização política do Estado brasileiro e da sociedade civil, com as conferências nacionais de saúde, do que científica, ou mesmo acadêmica, embora muitos dos militantes pela democratização dos serviços, e

pela abertura institucional a outras racionalidades e práticas, fossem docentes e pesquisadores universitários.

Podemos concluir, assim, sem temor de inconsistência histórica, que a preocupação propriamente acadêmica - com as exceções assinaladas - com as práticas alternativas e as racionalidades médicas não hegemônicas, só toma impulso no campo da saúde coletiva na década de 1990, sobretudo na segunda metade.

Durante os anos noventas houve um crescimento contínuo de estudos comparativos da atuação institucional de diferentes sistemas médicos: a medicina chinesa, através da acupuntura, assim como a homeopatia, colocaram várias questões importantes à racionalidade da biomedicina, em termos da percepção do cuidado dispensado aos pacientes, e do paradigma da diagnose e da intervenção terapêutica biomédica, ao mesmo tempo em que a procura por essas formas de intervenção médica alcançava um crescimento inédito na sociedade urbana brasileira. Os estudos desse período não se limitaram, portanto, a aspectos metodológicos, médico epidemiológicos, ou experimentais, sobretudo relacionados à acupuntura e a homeopatia, visando a mensurar eficácia ou efeitos da intervenção das agulhas ou dos medicamentos homeopáticos. Iniciaram-se também, trabalhos sobre natureza e efetividade dos tratamentos em serviços públicos ou ambulatoriais.

No caso da medicina tradicional chinesa e da acupuntura, por exemplo, apesar da hegemonia paulatina da biomedicina sobre esta prática, parte integrante do sistema terapêutico da medicina chinesa, hegemonia em grande parte resultante de sua legitimação como especialidade biomédica, desenvolveram-se estudos na área da saúde coletiva, não apenas sobre o processo histórico de institucionalização da acupuntura no seio da racionalidade biomédica (NASCIMENTO, 1997, 1998), mas também outros, como sobre a natureza da relação terapeuta-paciente característica dessa intervenção, sobre a cosmologia, a

morfologia e a dinâmica vital implicadas na aplicação das agulhas, e sobre o caráter vitalista e holista da prática da medicina tradicional chinesa.

Um campo de estudos na área da saúde coletiva, embasados nas ciências humanas, desdobrou-se na segunda metade da década de noventa, enfeixando questões diferenciais sobre a ação terapêutica da medicina chinesa, ayurvédica e homeopática, além da análise das práticas terapêuticas holistas, e seus efeitos sobre a recuperação da saúde, e a expansão da vitalidade dos pacientes (LUZ, 1996b).

A medicina chinesa, sobretudo, emergiu, no contexto desses estudos, como uma racionalidade médica específica, com suas dimensões operativas, a diagnóstica e a terapêutica, além de definição própria de uma morfologia e de dinâmica vital humanas, irredutíveis ao caráter de biomecanismo, típico da racionalidade médica ocidental (NASCIMENTO, 2004). O mesmo sucedeu, em relação à homeopatia, a ayurveda, e à própria medicina ocidental, multiplicando-se as pesquisas de tese nesta racionalidade no Grupo Racionalidades Médicas, e em outros centros do país.

Assim, o campo de estudos sobre racionalidades médicas firmou-se ao longo da década, tendo como questões centrais de preocupação na pesquisa :

1 - a dimensão política dos estudos – em relação ao processo de legitimação institucional das racionalidades e práticas não hegemônicas, bem como ao seu papel nos serviços de atendimento;

2 - a ação profissional envolvida nos estudos – em relação à regularização das profissões e à formação acadêmica ligada a essas racionalidades;

3 - a atividade acadêmica - referente sobretudo à legitimação da pesquisa e as publicações, praticamente desprezadas como produção científica,

desenvolvendo-se a partir de então publicações resultados de estudos teóricos e pesquisas empíricas.

4 - A esses três subeixos, soma-se o grande eixo original de estudos sobre a natureza teórica e empírica dos sistemas complexos analisados, vistos em suas seis dimensões, em perspectiva comparativa ou não, que se mantêm como um desafio permanente e incessante na atividade da pesquisa sobre as racionalidades médicas.

Inequivocamente o resultado atual da visibilidade e legitimidade desses eixos de pesquisa é em grande parte fruto dos estudos realizados na temática analítica das racionalidades médicas, sobretudo em suas fases iniciais (1ª. 1992-1994, e 2ª. 1994-1997) principalmente - embora não exclusivamente - através do pioneirismo do Grupo de Pesquisas Racionalidades Médicas, sediado no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Seria longo e fora do propósito deste texto citar o conjunto de artigos, livros, teses e dissertações de mestrado produzidos ao longo de duas décadas pelo grupo no eixo temático das racionalidades médicas, vistas separadas ou comparativamente, em suas cinco dimensões operativas estruturadas (diagnose, terapêutica, dinâmica vital, morfologia humana, doutrina médica): um levantamento do acervo está em andamento, conduzido na pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF), que acolhe atualmente o Grupo Racionalidades Médicas⁵, como um projeto de pesquisa, pois a quantidade de trabalhos produzidos, muitos ainda inéditos, ultrapassa a capacidade de enumeração, no curto espaço da descrição sumária deste artigo.

⁵ Desde agosto de 2010, após a aposentadoria da líder do Grupo do Instituto de medicina social da UERJ, o Grupo Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde ficou sediado no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFF.

Mais importante, no momento, é sublinhar como a partir desses estudos surgiu o segundo eixo temático: as práticas de saúde, em 1998, dando início a um conjunto de pesquisas sobre a diversidade e as finalidades de atividades corporais e práticas terapêuticas, eixo ainda não esgotado, e que não tem cessado de crescer nos últimos quatorze anos. O enfoque dessas pesquisas situa-se sempre no campo das ciências humanas e sociais, as análises centrando-se geralmente em metodologia qualitativa.

Embora o foco do primeiro eixo de estudos (as diferentes racionalidades médicas presentes na cultura contemporânea, suas dimensões analisadas em estudos separados ou comparativos) continue ativo e produtivo, o eixo temático das práticas corporais em saúde, e das práticas terapêuticas, consideradas em sua diversidade paradigmática, seus objetivos de efetividade, sua busca de legitimidade institucional e profissional, teve, além da demanda ascendente pela sociedade, um crescimento progressivo, forçando-nos a abrir novos eixos de pesquisa durante toda a década recém finda. Esse aumento se originou não somente da busca por cuidado da parte de uma população adoecida e envelhecida, mas também da parte de profissionais com vocação e aptidão para cuidar dessas pessoas na sociedade atual.

3 - Atualidade das práticas de saúde e das terapias holistas vitalistas em sua diversidade: questões e desafios atuais nos planos teórico, político, profissional, da pesquisa e do ensino.

As práticas de cuidado com a vida e a saúde são parte estratégica, na cultura contemporânea, do modelo hegemônico das biociências, seja em sua versão paradigmática de recuperação, de prevenção ou de promoção. Nenhum cidadão, independente de sua condição social, idade ou gênero pode se esquivar de suas responsabilidades quanto à saúde, seja em termos de exercícios físicos

(práticas corporais), meditações, alimentação saudável, controle medicamentoso, e mesmo diversão e lazer programado, como parte de uma vida saudável. Ser humano é ser responsável pela sua saúde, como por um patrimônio que a sociedade lhe confia, e que o indivíduo não tem o direito de espoliar.

O efeito evidente desta normatividade social é a busca constante e interminável por cuidados em saúde: preventivos, promocionais, de recuperação, de expansão da vitalidade. A multiplicação das práticas ditas de saúde neste sentido é praticamente infinita: inúmeras são as formas de cuidado, mais ou menos materiais, mais ou menos corpóreas, centradas na ação de outros (os profissionais terapeutas) ou do próprio sujeito. O paradigma dito atualmente de promoção da saúde pode ser visto como mais um tijolo na construção de uma sociedade bionormatizada.

A alimentação ocupa um capítulo especial nesta normatividade: o comer saudável, ou a alimentação sadia, faz parte de uma postura correta diante da vida e da saúde na cultura atual. A mídia escrita e virtual vem tendo um grande papel na divulgação dos milagres da alimentação saudável, e de seu contrário, com o cortejo de doenças crônicas produzidas em todas as faixas etárias da população.

Diante desta profusão discursiva de saberes e práticas oriundos do campo das disciplinas da saúde, os pesquisadores necessitam guardar o distanciamento axiológico necessário à postura das ciências sociais para lidar com fenômenos de tão grande importância cultural, no sentido de não se deixar levar pelo processo em andamento de biomedicalização, implícito, muitas vezes, em todos esses discursos e práticas. Esta tem sido uma questão desafiadora que se coloca insistentemente nos estudos sobre as práticas de saúde, corporais, relativas à forma, à manutenção da saúde, ou mesmo sobre as terapêuticas, ou ainda as de alimentação, em processo de incremento significativo nas pesquisas e nas práticas sociais: o que significa para as pessoas atualmente ter saúde? Que sentidos atribuem às práticas que exercem, ativa ou passivamente? Pode-se estar

confundindo, no contexto atual, vida, saúde, e biomedicalização social? Estaremos, neste caso, caminhando para um processo de caminho sem retorno na racionalização do viver pelas biociências?

Responder a essas questões, no plano da pesquisa e do ensino, além dos interrogantes referentes aos processos de institucionalização e normalização profissional de todas essas atividades, face à incessante competição corporativa, é uma questão que tende a tornar-se um grande desafio nos próximos anos, para quem se dedica ao ensino, à prática institucional e à pesquisa das racionalidades médicas, das práticas corporais, e da diversidade terapêutica nas últimas décadas.

BIBLIOGRAFIA

LUZ, M. T. , BIOLCHINI, J., ZIBECCHI,M, FERREIRA,J.B.: As práticas alternativas na reformulação do sistema Nacional de Saúde: contribuição para a VIII Conferência Nacional de Saúde, in LUZ. Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil Textos reunidos. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ, 2007;

LUZ, M.T. A ARTE DE CURAR X A CIÊNCIA DAS DOENÇAS – História social da Homeopatia no Brasil. São Paulo, Ed. Dynamis 1996a

LUZ, M. T. VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas- Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde. Série Estudos em Saúde Coletiva, n° 140, novembro, 1996b, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 47p.

NASCIMENTO, M.C. De Panacéia Mística a Especialidade Médica – o campo da acupuntura no Brasil – dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, IMS/UERJ, 1997.

NASCIMENTO, M.C. (COORD.) As duas faces da Montanha – estudos sobre medicina chinesa e acupuntura – São Paulo, HUCITEC, 2006

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica –Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.20, n.4, p.63-72, 1986.

QUEIROZ, M. S. O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.27-37, 1994

Madel Luz



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