

CIÊNCIA & SAÚDE

Madel Luz



OBSERVAPICS

MEIO SÉCULO DE MOVIMENTO SOCIAL POR SAÚDE E VIDA: DAS MEDICINAS ALTERNATIVAS ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE. AS PICS NA RENOVAÇÃO DAS PRÁTICAS E POLÍTICAS INSTITUCIONAIS

Madel Luz

Estas notas buscam situar as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como parte de um movimento social crescente nas últimas cinco décadas pró teorias e práticas de atenção à saúde divergentes do modelo vigente institucional¹. Mais que simples pensar e agir que divergem teórica e praticamente no campo da saúde, sabemos que cuidado e vida estão presentes na sociedade brasileira há bem mais tempo - mais de um século e meio - que o momento contemporâneo sugere. Momento contemporâneo que, cultural ou não, é sempre iluminado pela divulgação midiática dos fenômenos. Faz supor, quando apresenta por esta via as práticas terapêuticas alternativas em debate, seja ele político ou acadêmico, que nos defrontamos com um *quadro gerador de polêmicas*, num conjunto de discussões de fatos, ou posições teórico/políticas conflitantes com o verdadeiro, face a debates disciplinares, de normas ou de políticas públicas.

Desejo acentuar nessas notas, que cobrem um período curto de análise histórica, apenas meio século (anos 1970 a 2020), que o movimento aqui mencionado é ainda discussão/prática atual, persiste questionando valores das políticas e práticas vigentes na política de saúde no país, contestatório da permanência da divisão cultural envolvendo as práticas terapêuticas oficiais – acadêmicas - tidas e defendidas como *verdades*, e as não oficiais, ditas populares, assim como as ações que as originam, tidas como destituídas de eficácia (verdade), ou como práticas de placebos, na melhor das hipóteses². Sublinho desde já sua

¹ Embora há dois séculos não houvesse ainda as “políticas públicas”, típicas das repúblicas capitalistas, havia já em 1840 instituições públicas de saúde como hospitais e casas de saúde, religiosos e laicos, e as faculdades de medicina (recém fundadas por Dom Pedro II) que formavam os médicos para atender a demanda urbana da corte, e que afirmavam sua hegemonia na prática, no saber e na abordagem do processo saúde-doença. Neste momento surge a homeopatia como uma racionalidade em medicina oposta à instituída, criando a primeira grande polêmica institucional com o saber/prática médica institucionalizada, a biomedicina. Cf. LUZ. M.T.: A Arte de Curar X A ciência das doenças -História Social da Homeopatia no Brasil, Ed. Dynamis, R.J. 1996; Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos; CEPESC.IMS/UERJ.ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007, cap. I pp 13-39

² A Verdade, neste caso leiga, é um critério de positividade epistemológica herdado da Teologia do século XV, que diferenciava o procedimento teórico certo do errado seguindo operações lógicas coerentes. Distinguia o correto do errado embasada nas proposições de um saber *verdadeiro*. Trata-se de fato de uma distinção erro/ verdade. A ciência contemporânea não se foca na busca da verdade. Mesmo suas leis são questionadas, postas em exame face a novos dados empíricos e modelos teóricos, e então reconfirmadas. Ou não.

impossibilidade de inserção institucional nos órgãos públicos de atenção à saúde neste período, com raras exceções, dentre as quais cito a homeopatia e a acupuntura (mais recentemente), mas essas são de fato duas disciplinas ou ramos de especialidades médicas reconhecidas.

Desejo também insistir na persistência do caráter *polêmico* presente na discussão da continuidade de modelos institucionais de atenção à saúde pública mais que insuficientes, restritivos mesmo, face às demandas urgentes e necessidades crescentes de cuidados da população de mais baixa renda³.

É necessário acentuar sobretudo, quer da perspectiva das ciências humanas, quer das disciplinas ligadas ao cuidado e atenção em saúde coletiva, o dano causado pelo reiterado ignorar das práticas e concepções de saúde/doença provenientes da(s) cultura(s) da população. Que é, como sabemos, portadora de *saberes centenários* em seus modos de definir e tratar das doenças populares, sejam esses saberes indígenas, de origem africana ou ainda oriundos de culturas domésticas trazidas pelos colonizadores, centradas em saberes fitoterápicos ou em terapêuticas resultantes de interação vegetal ou animal com a saúde humana, praticadas geralmente pelas mulheres. Ainda hoje tais saberes e práticas, ou o que deles restou, são vistos como placebos, tratados como superstições, intervenções inócuas ou prejudiciais.

Impasses e repetições inócuas sucederam-se nas políticas de saúde na primeira metade do século XX. Somente a partir do fim dos anos sessenta presenciamos avanços significativos, como o histórico advento do SUS, que chegou significativo, porém tardio. Isto, na medida em que a situação de saúde popular não cessará de se degradar, tanto no meio urbano industrial, como no rural, devido às rudes condições de trabalho/subsistência, geradoras de pobreza e doença, de miséria mesmo. Doenças crônicas e agudas, acidentes e violência urbana passaram

³ Um exemplo de mudanças institucionais em função das urgências das populações de baixa renda, face aos os modelos vigentes de atenção à saúde, pode ser visto na transformação progressiva, nas últimas décadas, dos antigos “*postos de vacinação*”, destinados a vacinar não apenas bebês e crianças de baixa idade, protegendo-as de doenças potencialmente mortais, entre elas escarlatina, sarampo, catapora e a poliomielite, popularmente designada “*paralisia infantil*”, como também os viajantes a serem protegidos da febre amarela, tifo, etc. Tais postos tornaram-se paulatinamente postos de atenção primária em saúde, oferecendo consultas a mulheres grávidas, acompanhando sua gestação, a idosos a serem protegidos por vacinas contra gripes, e agravos repentinos de saúde, etc. Populações de baixa renda acostumaram-se já a procurar seu posto de saúde de bairro em qualquer situação de urgência ou agravo de condição de saúde. Mas deve ser assinalado que não há Postos de Saúde em todos os bairros das cidades. Nos postos de saúde pode haver potencialmente mais abertura para a atuação das PICS.

a figurar nas manchetes e nas estatísticas de vida e morte dos trabalhadores, assim como dos excluídos de um emprego portador de dignidade social e de relativa garantia de exclusão da violência urbana.

É necessário mencionar também que um conjunto inédito de doenças crônicas e agudas, incluindo epidemias - como a de AIDS, nos anos de 1980 - atinge fortemente as populações urbanas do ocidente, incluindo as cardiopatias, as alergias, as insuficiências de órgãos (rins, pulmões, aparelhos circulatório e digestivo), e o Brasil não é imune a esses eventos, pelo contrário.

Entretanto, nos anos setenta e oitenta presenciamos ainda obstáculos políticos à implantação da atenção generalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) que traz, com o universalismo na atenção/cuidado, uma grande transformação na estrutura organizacional, assim como na forma do agir institucional na área da saúde.

Por outro lado, assistimos o persistir de um modelo institucional de atenção à saúde, herdado da primeira metade do século XX (de fato, presente já na segunda metade do século XIX), que é a velha ferramenta prática do agir institucional descuidado e autoritário na lide com a atenção à saúde (filas intermináveis para atendimento e para marcação de consulta), insuficiente para responder às urgentes necessidades de cuidado da população.

A prática de atuação centrada em diagnose de patologias, destinada à coletividade dos pacientes, continuou sendo a dedução (impessoal) embasada no modelo dos *sinais e sintomas* das especialidades, em expansão nos anos 70. Já a terapêutica continua centrada em intervenção de biofármacos, na maioria esmagadora dos casos, provocando frequentes danos colaterais, ou dependência medicamentosa no usuário, mais que a resolução de seus problemas de saúde, ou até mesmo alívio ou cessação de seus sintomas.

A única mudança perceptível do agir institucional dos anos setentas para cá, em meio século de SUS, é a busca de renovação dos aparelhos de exames, para agilizar o estabelecimento da diagnose das patologias dos pacientes.

A consequência dessa dominância do agir diagnóstico no atendimento é dramática: assinala a extinção da relação terapeuta/paciente na consulta, milenar na atuação médica, tomando-se como baliza a escola hipocrática.

O agente institucional médico não precisa sequer olhar para seu paciente (queixa contínua dos atendidos em serviços de saúde: “Nem olhou para mim”)⁴. Apenas escuta as queixas e já vai preparando as solicitações de exames. A *pessoa paciente* não tem a menor importância. Os sintomas tampouco referem-se a uma pessoa, mas a uma possível *patologia* ali presente. Ou não. É um modo de agir institucional; aqui nem cabe culpar o agente médico, exaurido por um regime de trabalho intenso, mal instrumentado e mal remunerado.

Refiro-me a uma cultura institucional médica específica, fruto da dominância dessa racionalidade específica, a biomedicina contemporânea, embasada na diagnose de patologias, e na terapêutica fármaco medicamentosa, que percorre a seguinte lógica: exames/diagnose/medicamentos/resolução - ou não - do problema. Quem é o paciente, quem é aquela pessoa doente que o procurou para atendimento, e porque doeu, não é questão do cuidado médico. Na verdade, não há uma cultura do cuidado na instituição médica.

Sucedem que já no fim dos anos setenta cresce uma insatisfação, e uma quase crise no ensino médico se declara. Uma parte importante dos estudantes quer ser de médicos que curam doentes, buscando um modelo de atenção integral à saúde e não de *especialistas em patologias*.

A especialização cada vez mais precoce provoca reações nos estudantes dos anos oitenta/noventa, futuros médicos: reuniões, assembleias, por vezes greves - sem sucesso, sublinhe-se pedem mudanças no conteúdo do ensino das disciplinas e na grade disciplinar, com prioridade para a terapêutica na formação profissional. Vence a tendência institucional do especialista como prioridade e a exclusão do cuidado ao paciente como centro da atenção médica, um objetivo prioritário do projeto institucional Sistema Único de Saúde.

Mas desses movimentos de estudantes da área da saúde, e seus professores avançados, emergem futuros praticantes profissionais de Práticas Alternativas na atenção à saúde, um dos nascimentos das PICS. Um movimento social por práticas alternativas em saúde, e não apenas terapêuticas nasce, e floresce nas décadas seguintes. As PICS avançarão com o nascer do milênio, como fruto de um

⁴ Ver LUZ, M.T.: Comparação de Representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de Homeopatia, Acupuntura e Biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro, in LUZ, M. T. e Filice, Nelson (orgs .) Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde – Estudos Teóricos e empíricos, CEPESC.IMS-UERJ. ABRASCO, 1ª.Ed. Rio de Janeiro, 2012, 450p., p.228-231

movimento social que transbordará às margens da academia e irá ao encontro das práticas de nossas três raízes terapêuticas tradicionais.

Saberes e práticas complementares em saúde, e seu caminhar: o caminho das PICS no pensar terapêutico, na lógica e na ação.

A grande diferença, do agir e do pensar institucional, face aos saberes e práticas em saúde que fazem parte da nossa tradição cultural em saúde, ainda hoje em grande parte não institucionalizada no sistema de atenção à saúde do país, é que eles partem do *cuidado* com a vida: um cuidado a ser dispensado a alguém, na busca da recuperação da sua vida/saúde como *pessoa*.

Não se trata de simplesmente diagnosticar uma *patologia individual* detectada por exames, e de programar seu combate por fármacos, mas de corrigir um desvio de rota do curso da *vida de um ser* visto como totalidade pulsante, no seu processo de retorno a livre curso, um curso vital sem obstáculos, como uma corrente de água, a corrente chamada *saúde*. E para isto outros saberes, compatíveis com as práticas desta racionalidade são necessários. Dentre eles, os saberes e práticas da tradição nacional, presentes no universo popular.

Independentemente da resiliência persistente dos saberes tradicionais do solo brasileiro, citados no início do texto, por vezes mixados na prática (indígenas, de cultura africana, de tradição popular europeia), novos saberes e práticas, em novo paradigma, (o paradigma da saúde) emergem na cultura ocidental urbana desde o início dos anos 80.⁵

Provenientes dos Estados Unidos e da Europa, nos anos 80 já estão em nosso país, sobretudo na região sul/sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, inicialmente, depois se irradiam para o Sul). Inicialmente restrito às classes médias urbanas, expandem-se nas décadas seguintes para cima e para baixo da escala social.⁶

⁵ Há grande produção bibliográfica, tanto acadêmica quanto mediática, sobre esta mutação, sua origem sendo por vezes colocada na cultura e nas revoltas estudantis do fim dos anos 60. De LUZ, M.T.: "Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em saúde no final do século XX": Physis, 2005, v.1, suppl 10, p 145-176., é de interesse, mas há muita publicação, inclusive na mídia escrita.

⁶ A oferta de práticas corporais ligadas ao paradigma da saúde aos membros das classes populares foi mais tardia, dependendo muito da oferta de serviços, seja por instituições do SUS, ou por cursos de formação universitária de profissionais da crescente área da Saúde, como educação física, enfermagem, nutrição, ou ainda de outras organizações, por vezes de Associações, inclusive de

Privilegiam a conservação da saúde como valor vital supremo, através de práticas variadas na alimentação, na movimentação do corpo, mas através também de ginásticas e de outras práticas corporais de harmonização, como a(s) dança(s), a *yoga* e o *tai chi chuan*. Certamente a movimentação da mente, através de diversas formas de meditação, é também considerada um elemento chave para o equilíbrio vital, expressão estratégica dessas novas práticas, do paradigma da vida e saúde.

É deste movimento social, do seu interior, que surgem também as práticas integrativas e complementares em saúde, com o projeto inicial de inserir tais práticas nas instituições e serviços públicos de saúde, sobretudo no SUS.

A legitimação/legalização da formação do profissional dessas práticas e saberes em curso, não se faz, entretanto, sem dificuldades, encontrando frequentes obstáculos corporativos para a sua validação institucional.

O SUS, por exemplo, começou a reconhecer efetivamente as práticas integrativas e complementares como parte de sua política de atenção à saúde somente no início deste milênio. Temos menos de duas décadas de efetiva interiorização das PICS em ambulatórios e hospitais.

É muito recente, devemos reconhecer – já deste milênio, o reconhecimento de cursos de formação, em nível universitário, ou de formação complementar (para ensino médio) destinados a estes tipos de cuidado ligados às práticas integrativas e complementares em saúde. Mesmo o reconhecimento de disciplinas ligadas a outras racionalidades médicas que não a biomedicina, em cursos universitários da área da saúde (educação física, nutrição, por exemplo), é fruto de negociação e persistência da parte de estudantes, professores e profissionais.

moradores. Só perto do novo milênio (fim dos anos 90) começam a se oferecer mais práticas aos moradores dessas classes, seja em favelas, ou em bairros populares.,

Madel Luz



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