

Hélio Barbin Junior

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Doutor em Antropologia.

Orientadora: Prof. Dra. Esther Jean Langdon

Florianópolis , 2016

Barbin Junior, Helio
Médicos, Medicina Alternativa, Biomedicina no
SUS em Florianópolis / Helio Barbin Junior ;
orientador, Esther Jean Langdon - SC, 2017.
186 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas,
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social,
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. medicina alternativa
. 3. Biomedicina. 4. SUS. I. Langdon , Esther Jean
. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social.
III. Título.

A Raira e Taium

Agradecimentos

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e a Coordenação do CAPS ad pela minha liberação para frequentar as atividades do doutorado.

Resumo

A crescente demanda de profissionais e usuários por práticas de medicina alternativa e complementar (MAC) tem aumentado significativamente nos últimos anos em vários países do mundo ocidental. Este aumento tem a ver com a insatisfação das pessoas com a medicina biomédica e a busca por uma vida espiritualizada mais próxima da natureza. No Brasil, essas práticas têm sido discutidas no Sistema Único de Saúde há vários anos, em 2006 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares que regula a implementação de Práticas Alternativas e o fortalecimento do pluralismo médico no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de entrevista com os médicos que implementaram essas práticas nos Centros de Saúde e Policlínicas do SUS na cidade de Florianópolis, verificamos que a adoção das Medicinas Complementares e Alternativas (MAC) nos Centros de Saúde acontece através de sua domesticação pelo sistema biomédico, diferente dos médicos que trabalham nas Policlínicas que valorizam suas especialidades, acupuntura e homeopatia. Por um lado, podemos observar a criação de profissionais híbridos nos Centros de Saúde utilizando várias terapias simultaneamente no mesmo paciente, e por outro lado nas Policlínicas os profissionais especializados em acupuntura e homeopatia utiliza-se de diferentes terapias ou especialidades em diferentes pacientes. Nos Centros de Saúde onde híbrido esta localizado no profissional, podemos notar que nas policlínicas o híbrido esta localizado na instituição do SUS.

Palavra chave: Biomedicina; Medicinas Alternativas e Complementares; SUS.

Abstrat

The increasing demand of professionals and users for alternative and complementary medicine (MAC) practices has increased significantly in recent years in several countries of the Occidental world. This increase has to do with people's dissatisfaction with biomedical medicine and the search for a spiritualized life closer to nature. In Brazil these practices have been discussed within the Unified Health System for several years, in 2006 the Ministry of Health approved the National Policy of Integrative and Complementary Practices regulating the implementation of Alternative Practices and strengthening medical pluralism in the Unified Health System (SUS). From an interview with doctors implementing these practices in the Health Centers and Polyclinics of SUS in the city of Florianopolis, we found that the adoption of the complementary and alternative medicines (MAC) in the Health Centers happens through its domestication by the biomedical system, different from the doctors who work in Polyclinics as reference to the municipality that value their specialties, acupuncture and a homeopathic. On one hand, we can see the creation of hybrid professional in Health Centers using several therapies simultaneously in the same patient, and on the other in the Polyclinics the professionals specialized in acupuncture and homeopathy use different therapies or specialties in different patients. On the Health Centers where hybrids are located in the professional, they can note that in polyclinics the hybrid is located in the SUS institution.

Key words: Biomedicine; Alternative and Complementary Medicines; SUS

Sumario

Introdução.....	13
Um pouco sobre a pesquisa.....	19
CAPÍTULO I – Um olhar sobre a saúde e o indivíduo.	24
Campo alternativo	27
Ator-agente.....	30
CAPÍTULO II - A atenção dos diferentes atores sociais sobre novas práticas terapêuticas	33
Movimento da contracultura e o fenômeno <i>new age</i>	34
Biomedicina e medicinas alternativas	38
Designações para medicinas não biomédicas.....	43
Evidência científica.....	51
Antropologia e epidemiologia.....	57
Terapias alternativas, ciências sociais e eficácia clínica	63
CAPÍTULO III - A valorização de um olhar holístico nas políticas públicas em saúde.....	69
Contexto da saúde pública brasileira.....	71
Histórico das práticas alternativas no SUS.....	73
Construção da PNPIC.....	78
SUS e a PNPIC.....	85
Medicina alternativa e complementar em Florianópolis	90
Implantação das PICS nos centros de saúde em Florianópolis	95
Práticas ou medicinas integrativas e complementares?.....	100
CAPÍTULO IV - Um estilo de vida mudando a saúde pública	104
Formação médica e o campo das medicinas alternativas	104
Escolha profissional	108
Prática médica e religiosidade.....	115
Relação médico-paciente.....	121
Pluralismo	131
Novo paradigma de atenção à saúde?.....	142

CAPÍTULO V - A complexidade da pós-modernidade ocasionando uma mudança na atenção à saúde	152
Singularidade na atenção e a institucionalização da saúde	153
Relação entre holismo e integralidade	159
Contexto híbrido	162
Epílogo	172
Bibliografia	174

Introdução

A partir das últimas décadas, o tema das medicinas alternativas alcançou relevância mundial com o aumento do número de profissionais e de usuários interessados nestas práticas. Em vários países do mundo, ocidentais ou orientais, o assunto das medicinas alternativas tem sido discutido no que diz respeito a políticas públicas e de sua integração a diferentes formas de lidar com a saúde.

O desenvolvimento e a valorização de práticas e medicinas alternativas e orientais na sociedade contemporânea tiveram grande influência do movimento da contracultura americana na década de 60, acentuando a integração entre as diferentes práticas e/ou medicinas. Esse movimento, para muitos um fenômeno denominado *new age*, influenciou o campo da saúde à medida que se desenvolveram, proliferaram e ganharam visibilidade várias práticas terapêuticas tidas como alternativas ao sistema biomédico. A influência do movimento da contracultura pode ser notada nas propostas de desinstitucionalização da saúde, na valorização do indivíduo na tomada de decisões sobre o tratamento, bem como a inserção da pessoa em um processo simbólico no qual a totalidade geralmente está representada em suas partes (Collier, 1968 apud Queiroz, 2000).

Na atualidade pode-se constatar que existe uma variedade de opções quando se lida com os cuidados em saúde na maioria das sociedades contemporâneas. As terapias variam de uma localidade para outra, desde terapias psicológicas e espirituais até o uso de plantas medicinais e tratamentos biomédicos, os quais implicam diferentes técnicas, como também diferentes ideias sobre corpo, saúde, tratamento e cura.

A integração entre estes diferentes modelos terapêuticos, nesta pesquisa, considera que por um lado a presença universalista da biomedicina, e por outro lado uma variedade de práticas e modelos terapêuticos não biomédicos, consideradas alternativas. Embora possam ser analisadas a partir da relação de subordinação com a biomedicina, as medicinas alternativas compõem um vasto e heterogêneo campo de concepções, práticas e filosofias de vida. Fatores históricos e políticos favorecem as condições e os espaços para a integração, identificação e legitimação destas diferentes terapêuticas nos sistemas de saúde.

No campo das medicinas alternativas, o fenômeno saúde/doença não deve ser compreendido de forma reducionista, limitada ao modelo biomédico (Santos, A. 2012). Há necessidade de um olhar antropológico sobre saúde como forma de ampliar a compreensão sobre o fenômeno

que se estuda, levando em consideração a grande contribuição da antropologia que é sua tradição de compreensão da cultura (Minayo, 2009).

Os estudos antropológicos sobre o modelo alternativo na saúde apresentam particularidades quando comparados a outros modelos. Quando comparadas à biomedicina, percebe-se que as medicinas alternativas se constituem como um sistema diferenciado quanto a etiologias de doença, prevenção, tratamento e perspectivas de cura semelhante à etnomedicinas. Nos estudos relacionados ao campo das etnomedicinas, os problemas médicos são abordados do ponto de vista dos grupos e indivíduos estudados e a doença tende a ser vista como uma categoria cultural e como um conjunto de eventos culturais relacionados (Fabrega, 1975). As medicinas alternativas, além do olhar diferenciado quanto à biomedicina, diferem das etnomedicinas, pois podem ser consideradas sistemas médicos abrangidos por um sistema cultural globalizado, não limitadas a um espaço geográfico ou à determinado grupo, pois estão presentes em vários países do mundo, tanto ocidentais quanto orientais. A particularidade dos estudos sobre medicinas alternativas é que eles se situam, ao mesmo tempo, no campo da antropologia médica e no da antropologia da saúde, pois em sua abordagem holística conecta sintomas clínicos físicos e subjetivos, sociais e espirituais.

No campo da antropologia relacionado à saúde, a designação antropologia médica ou da saúde pode ser feita a partir da ênfase dada a diferentes aspectos do processo saúde/doença. Segundo Sevalho (1998) a primeira enfatiza o tratamento de doenças e a recuperação da saúde; a segunda enfatiza os comportamentos envolvidos na obtenção e manutenção da saúde como práticas culturais.

A antropologia médica se distingue da antropologia da saúde na medida em que a primeira se detém no estudo das patologias e sistemas terapêuticos, a medicina, como é reconhecida no Brasil, e estabelece limites difusos com a antropologia biológica e antropologia física. A antropologia da saúde, por sua vez, se detém no conceito ampliado de saúde tal como desenvolvido pela medicina social ou ciências sociais aplicadas ao estudo da saúde pública.

A delimitação entre o campo da antropologia médica e da saúde em muitas das vezes se torna confusa e difícil. Como por exemplo, no Reino Unido, a antropologia médica desenvolveu-se como um ramo da antropologia cultural e social, sem descartar as bases clínico-biológicas dos processos de doença (Helman, 2009). É abordada a forma como as

pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, os tipos de tratamento nos quais elas acreditam e a quem recorrem quando adoecem. A antropologia médica britânica analisa como essas crenças e práticas se relacionam com alterações biológicas, psicológicas e sociais no organismo humano, tanto na saúde quanto na doença. Naturalmente, trata-se de uma divisão com fins didáticos, pois não há como isolar um fato social de seu contexto ou realidade construída pelas sociedades humanas com sua cultura característica (Durkheim, 2007).

No Brasil, as análises antropológicas sobre saúde e doença, durante muitos anos, apareceram embutidas nas etnografias sobre folclore, magia e religião, principalmente como um elemento importante das práticas populares. Na década de 1970 até a promulgação da Constituição Federal, em 1988, marca uma fase importante para a antropologia brasileira, inclusive com a criação de programas de pós-graduação em antropologia nas universidades do Brasil. Entre finais da década de 1970 e início da de 1980, inicia-se uma fase em que se propõe pensar o corpo como paradigma central para a compreensão das sociedades e das cosmologias ameríndias. Na década de 1980, acentua-se o foco no indivíduo e na sociedade em trabalhos desenvolvidos sobre o tema de antropologia e psicanálise, que apontam para uma "cultura psi" na classe média intelectualizada do Rio de Janeiro. No final da década de 1980, os antropólogos brasileiros não se identificavam muito com a antropologia médica, suas pesquisas foram estimuladas pelas discussões sobre políticas públicas e pelo movimento da reforma sanitária. Esse contexto levou a uma afiliação de antropólogos aos programas de medicina social e saúde coletiva, na universidade, o que reflete uma tendência de propostas interdisciplinares no campo dos estudos em saúde (Langdon, Foller e Maluf, 2011).

Na década de 1990, a antropologia médica no Brasil era constituída por uma diversidade de temas como saúde e religião, saúde mental, nervos e problemas psicossociais, relações dialéticas entre o sujeito e o objeto no campo terapêutico e na produção de doenças, agentes e práticas terapêuticas. Vários estudos demonstram e salientam a necessidade de questionar a biomedicina, bem como a necessidade de se desenvolverem novos paradigmas capazes de analisar a subordinação ao modelo capitalista nos processos sociais relativos à saúde. Isso se deu especialmente no campo da saúde indígena, onde os antropólogos dialogam com a biomedicina e a política pública argumentando sobre a

importância dos fatores sociais e culturais na produção cultural do corpo, nos processos de saúde, doença e tratamento (ibid.).

Mais recentemente, os trabalhos antropológicos desenvolvidos no campo da saúde apresentam não só uma pluralidade de objetos de investigação, mas também orientações teórico-metodológicas pluri ou transdisciplinares, pois a saúde como um fato biopsicossocial requer a participação de diversas disciplinas, constituindo um campo ou conexões interdisciplinares (Alves e Rabelo, 1998). Segundo Minayo (2009), a interdisciplinaridade entre o campo antropológico em saúde e outras disciplinas como a epidemiologia, evidencia possibilidades de exercício cooperativo, interdisciplinar, transdisciplinar e a criação de objetos híbridos típicos do mundo das coisas e idéias no contexto da contemporaneidade.

Na atualidade, a partir do desenvolvimento dos estudos no campo da antropologia e de outras ciências pode-se dizer que a maioria dos sistemas médicos em sociedades ocidentais modernas se apresenta com características de um sistema pluralístico e híbrido, onde se identificam diferentes maneiras de se lidar com a saúde. Genericamente, um simples desconforto pode significar diferentes doenças, identificadas de acordo com as diferentes forças sociais, onde a formulação de uma etiologia e um tratamento está diretamente influenciada pelas crenças médicas e por uma visão específica da ordem social. A concepção social das doenças está presentes em todas as culturas, pois cada uma tem suas idéias sobre o que faz as pessoas se sentirem doentes, qual o tratamento para seus transtornos e como podem manter uma boa saúde. Cada cultura tem uma explicação particular para os processos de saúde e doença e na maneira como são organizados os sistemas em saúde (Bashin, 2007).

Os sistemas de saúde são parte integral destas culturas, incluem a totalidade de conhecimentos, crenças, habilidades e práticas. Incluem, também, todas as atividades clínicas e não clínicas, instituições formais e informais e outras atividades que são referidas e conectadas ao processo de saúde/doença em uma comunidade, que variam de acordo com as necessidades da população e suas diferentes visões de vida. Os significados envolvidos em atividades voltadas a prevenir e amenizar os sofrimentos faz parte de um processo social dinâmico, que são elaborados e reelaborados a cada momento. Nesse sentido, o estabelecimento de uma terapêutica aparece como resultado da combinação entre aspectos sociais e políticos, uma averiguação histórica de seu processo, do encontro entre a pessoa e suas representações, entre ideologias e ideais no campo da saúde e da doença (ibid.). Constituem

espaços não somente físicos, mas também epistemológicos e simbólicos, nos quais as práticas terapêuticas coexistem com diferentes modelos em saúde que negociam valores, ideologias, visões de corpo e de mundo.

A convivência de diferentes modelos terapêuticos em determinada população se apresenta em algumas vezes harmoniosa em outras vezes conflituosa. Significa a relação entre diferentes concepções sobre o processo saúde, doença, tratamento e cura característicos aos diferentes modelos a que pertencem. Neste campo torna-se necessário levar em consideração que, por um lado, existe a ótica da biologia positivista a respeito de conhecimentos e práticas médicas ancorada no saber biomédico hegemônico e dele dependente, e, por outro, uma concepção holística de energia¹ vital ligada aos processos da natureza e às tradições dos saberes médicos e não médicos ocidentais e não ocidentais presentes no saber alternativo (Luz, 1998). O saber alternativo é constituído pelo conhecimento presente em terapias derivadas de sistemas médicos complexos, como a medicina tradicional chinesa, de onde provêm a acupuntura, a medicina ayurvédica e a medicina homeopática. Em geral, elas tendem a proporcionar um conhecimento do indivíduo em sua abrangência sócio-espiritual, inseridas na cultura específica em que o sujeito vive e atua, possibilitam um conhecimento maior do indivíduo consigo mesmo, com seu corpo e com seu psiquismo, facilitando o projeto de construção ou reconstrução da própria saúde.

O olhar holístico sobre a saúde e a valorização das medicinas alternativas na contemporaneidade é um dos fatores que levou a um maior questionamento sobre a hegemonia biomédica. Esta hegemonia é consequente a um complexo sistema ideológico, econômico e positivista implementado durante o século XX (Micozzi, 2002), que através do desenvolvimento de mecanismos e meios de autorizar, reconhecer e legitimar seus conhecimentos e praticantes, assegura a sua supremacia sobre outras formas de cuidados não autorizadas ou ilegítimas perante o Estado (Foucault, 1997).

¹O termo “energia” é comumente utilizado no *american channeling* para relatar as práticas espirituais. A energia é um conceito organizacional, pois é totalizante e ambíguo ao mesmo tempo. No mundo dos espíritos é difícil ver e, portanto, coloca-se tal ideia no mundo da especulação e da metafísica. Para cada um de nós, energia é som, vibração, luz, gravidade. Em uma ponte entre o mundo científico e espiritual, o conceito de energia oferece o caminho para colocar todas as coisas em uma grande síntese (Brown, 2002, p.90).

No Brasil a legitimidade dos profissionais que praticam medicina ou práticas alternativas na rede pública de saúde, vem crescendo desde alguns anos com a valorização dessas práticas por um grande número de terapeutas e usuários. Favorecida por experiências individuais ou de grupos e por convênios entre instituições universitárias, prefeituras e organizações não governamentais que impulsionaram a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, PNPIC, em 2006.

O poder hegemônico, institucional, econômico e autoritarista biomédico tem sido contestado há vários anos, porém só recentemente, quando o Ministério da Saúde absorveu o desejo da Organização Mundial de Saúde (OMS), dos profissionais e dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim formulou políticas públicas referentes à organização de práticas integrativas e complementares, é que outras práticas em saúde, não biomédicas, adquiriram relevância perante o poder público. Anteriormente, essas práticas eram relegadas a uma segunda instância, como modelos sem cientificidade ou ligadas ao charlatanismo.

Pode ser identificado no atual cenário alternativo brasileiro o fato de que diferentes modelos de atenção à saúde coexistem, sendo alguns já reconhecidos pelo aparato jurídico do Estado e outros ainda não legitimados, mas que fazem parte do cardápio terapêutico dos indivíduos, onde se faz notória a convivência de práticas biomédicas e não biomédicas. O reconhecimento governamental no serviço público brasileiro das práticas alternativas ou integrativas e complementares, como consta na PNPIC, não absorveu a totalidade da abrangência do campo terapêutico alternativo, mas restringiu-se à homeopatia, acupuntura, termalismo e fitoterapia.

Neste estudo, realizado em Florianópolis, analisa-se a proliferação de alternativas terapêuticas do ponto de vista da convergência dessas terapias produzirem ou não o entrecruzamento entre o modelo biomédico e alternativo no campo da saúde pública. A abordagem utilizada vale-se de aportes teóricos da antropologia e da área da saúde coletiva.

Tenta-se mostrar a contextualização das medicinas tidas como alternativas e complementares na ótica dos médicos que trabalham na rede municipal de saúde de Florianópolis. Procura-se entender o percurso das medicinas alternativas e complementares através da experiência e trajetória dos profissionais que as praticam na rede pública, tendo em vista a elaboração e implementação da política do

Ministério da Saúde relativa às práticas integrativas e complementares. Examinam-se a práxis médica a partir do relato destes profissionais sobre a utilização de diferentes epistemologias, terapias e modelos terapêuticos.

Durante a pesquisa também se destacaram pontos de conflito e de cooperação entre a gestão municipal e os médicos alternativos. Apesar destes conflitos, observa-se que as medicinas alternativas têm provocado algumas transformações no sistema público de saúde, principalmente no que diz respeito à valorização da relação médico-paciente e da singularidade do paciente, levando a espaços para o exercício de uma concepção mais humanizada e holística de saúde.

Conhecendo previamente a multiplicidade de práticas e discursos terapêuticos que convivem no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil, suas diversas orientações epistemológicas e propostas terapêuticas, parte-se da pressuposição de que as discussões sobre as práticas integrativas e complementares² no SUS colocam várias questões para repensar a abordagem antropológica a respeito dos paradigmas de alteridade entre sistemas médicos (Andrade, 2010).

Um pouco sobre a pesquisa.....

Na minha trajetória de vida como médico por várias vezes tive curiosidade sobre a perspectiva de entender como os diversos modelos em saúde convivem na prática terapêutica no serviço público do Brasil. Este questionamento foi inicialmente desenvolvido durante meu mestrado (Barbin, 1999) em antropologia social realizado na Reserva Extrativista do Alto Juruá no estado do Acre junto a PPGAS/UFSC. Este trabalho tinha como principal objetivo o estudo da convivência entre as práticas de biomedicina, das rezadoras e dos curandeiros, o papel destas diferentes práticas no sistema local de saúde e a possível inserção destas práticas populares tradicionais na estrutura do Sistema Único de Saúde.

Nesta época trabalhava como coordenador do setor de saúde junto a Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do

² Este movimento de práticas, anteriormente denominadas "alternativas" e atualmente integrativas e complementares, não significa que essas práticas integrativas substituem as práticas alternativas no SUS, mas indica uma prática colaborativa, uma abordagem multidisciplinar que requer a melhor aplicação de diferentes sistemas de saúde através do conhecimento no campo biomédico e outros conhecimentos não biomédicos no diagnóstico e terapêutica como estratégia de tratamento na compreensão, individualização e participação do paciente (Adler, 2002).

Alto Juruá, vinculado a uma organização não-governamental, Saúde Sem Limites. Neste trabalho compreendi que o trabalho dos curadores, das parteiras e rezadoras tradicionais, com seu conhecimento e técnicas próprias, tem grande relevância no sistema local de saúde na floresta amazônica no atendimento a sua população. Também observei a convivência de um modelo popular em saúde, as rezas de cura e as ervas medicinais que conviviam harmonicamente, a partir da visão dos seringueiros e moradores na floresta do Alto Juruá, com o trabalho dos agentes de saúde treinados a partir dos conceitos biomédicos.

Após alguns anos trabalhando na floresta, retornei a Florianópolis e retornei meu trabalho como médico clínico atendendo nos serviços públicos de saúde das cidades vizinhas de Florianópolis, e em 2005 fui aprovado no concurso junto a Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis como médico da família e comunidade e iniciei meu trabalho no município.

Após 10 anos trabalhando como médico e coordenador de diferentes centros de saúde, voltei meu interesse novamente para o campo antropológico. Ingressi no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFSC como aluno especial, e posteriormente resolvi fazer um doutorado tendo como objetivo a continuidade de meu interesse de compreender como os diferentes modelos de saúde convivem em um mesmo sistema local e saúde.

No doutorado, minha primeira intenção era estudar com os pajés da Terra Indígena Kachinaua, no Alto Rio Jordão no estado do Acre. O objetivo desta pesquisa seria a convivência entre os pajés tradicionais e uma nova geração de jovens que se intitulam pajés e suas relações com o sistema de saúde local. Realizei, então, um trabalho de campo exploratório visando à elaboração de um projeto de pesquisa para o doutorado. No entanto, não foi possível viabilizar essa pesquisa devido a questões institucionais. Como profissional concursado junto a prefeitura municipal de Florianópolis tive dificuldade para conseguir uma liberação de alguns meses para o trabalho de campo, com a justificativa de insuficiência de profissionais médicos na rede pública de saúde.

Após algumas leituras e contato com minha orientadora, cheguei à conclusão que seria mais viável realizar uma pesquisa que possibilitasse continuar vinculado a secretaria municipal de saúde. Levando em consideração as ideias iniciais de meu projeto de pesquisa, sobre a convivência de diferentes olhares sobre a saúde, direcionei meu interesse para o movimento de *new agers* relacionado a saúde no cenário de Florianópolis. Porém meu interesse pessoal na área da saúde pública e

seguindo opinião de minha orientadora, direcionou meu olhar para uma pesquisa sobre as práticas alternativas na rede pública do município.

Primeiramente, iniciei uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, onde observei e constatei a interdisciplinaridade deste campo de estudo entre a saúde coletiva e a antropologia e a dificuldade de ter acesso aos estudos de medicinas alternativas sobre a perspectiva dos médicos que a realizam.

Com o objetivo de pesquisar as relações entre o modelo biomédico e o modelo alternativo na saúde a partir do olhar dos médicos (as) na sua práxis diária da atenção à saúde, na rede pública municipal em saúde de Florianópolis, meu olhar esteve direcionado aos médicos (as) que faziam uso de práticas e/ou medicinas no campo da acupuntura e homeopatia. Este corte metodológico teve como pressuposto que estas duas são práticas reconhecidas como especialidades médicas reconhecidas junto ao Conselho Federal de Medicina do Brasil e legitimadas dentro do SUS a partir principalmente da promulgação da Política Nacional sobre o assunto em 2006.

Assim entrei em contato com a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Tive indicados os postos de saúde e os profissionais que estavam realizando estas práticas na rede pública. O projeto foi submetido à banca de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFSC. Por fim, em agosto de 2015, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Estado de Santa Catarina, quando iniciei a pesquisa de campo.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos médicos, em horário previamente combinado com a coordenação do centro de saúde e o entrevistado. Em média, a duração das entrevistas foi de 1 a 2 horas. As respostas foram coletadas por escrito e depois organizadas e catalogadas de acordo com as temáticas presentes nos relatos. A análise das entrevistas foi realizada a partir das anotações e registros escritos no caderno de campo pelo autor.

A principal modalidade de interpretação dos resultados foi a análise temática dos relatos dos médicos. Considerou-se que os entrevistados são sujeitos vinculados a uma instituição pública e que suas experiências e visões sobre a saúde estão inseridas no contexto institucional do SUS, portanto sua visão é interna ao sistema. Desta forma, procurou-se resgatar os dilemas e desafios experimentados pelos médicos que praticam homeopatia e acupuntura no cotidiano do exercício profissional.

A escolha dos entrevistados foi definida a partir de informações conseguidas com membros da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares e também por conhecimentos pessoais sobre o assunto. O critério para selecionar os médicos foi praticarem a homeopatia e a acupuntura pelo menos em determinado tempo de seu cotidiano. Foram entrevistados 10 médicos com idade entre 40 e 60 anos, a maioria com curso de especialização em homeopatia e/ou acupuntura e/ou medicina da família e comunidade.

No capítulo um, levando discussões iniciais sobre os diferentes olhares no campo da saúde presentes nas ciências sociais, na antropologia e no campo das medicinas alternativas e a inserção do ator, seja médico (a) ou paciente, como agente no campo da saúde no olhar a partir da análise fenomenológica.

No capítulo dois tenta-se entender quais os fatores que influenciaram o desenvolvimento das medicinas alternativas através da contestação ao modelo biomédico, presente no fenômeno *new age* iniciado a partir do movimento da contracultura nos Estados Unidos na década de 60. A nomenclatura utilizada para a denominação das práticas alternativas em diferentes países do mundo demonstra a maneira de como se apresenta as relações entre a biomedicina e as medicinas alternativas no contexto governamental, através da influência de fatores políticos, culturais e sociais, e questões de evidência e eficácia clínicas.

Um histórico das medicinas alternativas em diferentes países do mundo e no Brasil é apresentado no capítulo três. No Brasil, as discussões relativas a medicinas alternativas vêm acontecendo mesmo antes do movimento da reforma sanitária na década de 1980. No campo das políticas públicas essas discussões adquiriram maior ênfase nas duas últimas décadas, quando foram criadas diferentes políticas públicas direcionadas às medicinas alternativas. Em Florianópolis estas discussões ganharam espaço após a promulgação da PNPIC em 2006. Mas somente em 2010 foi criada a uma comissão de práticas integrativas e complementares dentro da estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde. No processo de implantação destas práticas no serviço público em Florianópolis ficaram evidenciadas diferentes óticas quanto às medicinas alternativas. São tanto tratadas como práticas complementares ao modelo biomédico, quanto considerado modelos diferenciados da biomedicina.

O foco do capítulo quatro é a análise dos dados etnográficos produzidos a partir de entrevistas com os médicos (as). A escolha desses (as) médicos (as) pelo campo das práticas e/ou medicinas alternativas

geralmente deriva de uma opção por um modo de vida e não se limita a uma opção profissional. Nessa opção de vida aparecem várias maneiras de lidar com as religiosidades, suas e dos pacientes. Apesar de a religiosidade não interferir diretamente na práxis do relacionamento com o paciente, a relação médico-paciente toma aspectos diferenciados do modelo biomédico tradicional no contexto de pluralismo terapêutico e na perceptiva de uma mudança no paradigma da saúde.

O capítulo cinco prossegue com a análise dos dados etnográficos, porém com maior ênfase nas perspectivas mais generalizadas e globalizadas quanto a questões envolvendo as medicinas alternativas e a individualidade do paciente e sua singular relação com o terapeuta, através de uma visão holística e integrativa influenciada pelas propostas de uma sociedade pós-moderna globalizada. A individualidade, sendo uma categoria social enfatizada nos estudos da pós-modernidade na saúde, é analisada segundo as teorias da escola de Chicago, do interacionismo simbólico e de Dumont. Entre os dogmas da pós-modernidade ainda se inclui a categoria do híbrido.

CAPÍTULO I - Um olhar sobre a saúde e o indivíduo.

O olhar sobre os modelos em saúde segundo a ótica das ciências sociais se refere aos processos de saúde e doença inseridos em contextos sociais e culturais, envolvendo significação, interpretação e ações organizadas para promover a saúde e responder à doença. A partir desta premissa podemos observar que em diferentes sociedades e culturas elaboram diferentes concepções no campo da saúde e, conseqüentemente, diferentes maneiras de lidar com a saúde e a doença através das ações de atores situados cultural e socialmente (Souza, 1999). Nesta ótica, questiona-se a neutralidade e a universalidade das práticas ou técnicas destinadas a tratar doença sempre relacionada a uma disfunção ou desvio de atividades fisiológicas normais e incorpora diferentes opções de cuidados de saúde e terapias nas reflexões sobre a cultura médica de determinada sociedade.

Os estudos da antropologia cultural e crítica no campo da saúde demonstram um olhar direcionado aos sistemas de saúde através da ótica da cultura, inserido em um contexto macrossocial que implica em questões de poder. Pela perspectiva cultural os diferentes modelos de saúde compõem um sistema de cuidados em saúde (Kleinman, 1980), onde estão englobados os diversos setores da sociedade, desde os familiares, institucionalizados ou modelos não institucionalizados que fazem parte do horizonte terapêutico de determinada sociedade. Os estudos da antropologia crítica apontam para as questões de poder, demonstrando que as maneiras de lidar com o adoecimento e a saúde de determinada população em um determinado contexto cultural são diretamente afetadas pelo contexto econômico e político mais amplo.

Nesta perspectiva, a biomedicina é um modelo em saúde que integra o sistema capitalista ocidental e podemos observar que detém um lugar de hegemonia em relação aos demais modelos na maioria das sociedades ocidentais. Representa o papel do poder econômico da sociedade associado ao controle dos domínios da produção, exportação de capital, criação de lucro e opressão racial e sexual (Singer, 1989) em todos os campos que tem interferência. Seja através da disseminação de sua ideologia médica, como na produção e oferta de serviços e materiais. Promovendo um vínculo com o poder econômico que se manifesta em contextos nacionais e no plano internacional, que resulta na distribuição desigual das doenças e da saúde localmente (Baer, Singer e Johnsen, 1986), valorizando determinados segmentos da população em detrimento de outros (Hanh, 1995).

A antropologia crítica na saúde levanta discussões sobre o foco das pesquisas que falham em considerar limites das forças sociais que modelam os locais, populações e praticantes, tais como a produção de lucro pelas corporações em saúde e as forças do colonialismo e do capitalismo mundial (ibid.). Seus autores apresentam uma crítica a visão sociocultural dos relativistas, que muitas vezes adotam uma posição a histórica e apolítica, ao assumir que as sociedades são sistemas integrados de costumes, valores e instituições que podem ser compreendidos como uma totalidade.

Hanh (1995) demonstra que a perspectiva crítica examina as influências do capitalismo são regidas por conflitos e lutas de classes para manter o controle político e econômico por parte daqueles que acumulam riquezas usando a saúde da população. A antropologia médica clínica, ao analisar os pressupostos da relação médico-paciente a partir das instituições e concepções biomédicas, não contempla os conflitos irreconciliáveis e de interesses que operam nesta relação. Para ele, a hegemonia biomédica utiliza-se de uma prática de manipulações e de um controle desigual na necessidade de perpetuar o poder do médico e a distinção entre médico e paciente, inibindo uma visão do paciente como pessoa.

Na perspectiva de um modelo alternativo a hegemonia biomédica diferentes modelos e práticas terapêuticas com suas particularidades sociais e culturais foram agrupadas sobre a denominação de práticas e/ou medicinas alternativas. Uma das principais diferenças entre elas e o modelo biomédico está relacionado no olhar diferenciado sobre o processo de saúde e doença vivenciado pelos pacientes e terapeutas. Suas diferentes epistemológicas e práticas levam em consideração não somente os aspectos biológicos da saúde e da doença, mas também os aspectos socioculturais e cosmológico-religiosos.

As concepções ideológicas, políticas e perspectivas clínicas presentes nas medicinas alternativas apresentam pontos de conflito com o modelo biologista e universalista hegemônico biomédico. Estas diferenças podem ser notadas na forma em que diferentes atores sociais detêm poder de valorizar ou não, organizar, planejar e avaliar a eficácia das terapêuticas no campo da saúde de acordo com sua ideologia e influências econômicas e políticas.

A hegemonia e a universalidade presentes no modelo biomédico interferem diretamente na consulta clínica, atravessando a agência dos profissionais, das instituições e dos estabelecimentos de saúde de forma diferenciada, através da influência de uma produção universal externa ao

sujeito (Cunha, 2005). Portanto influenciando, diretamente a prática médica e condicionando o olhar do profissional para determinados aspectos biológicos, através de um modelo de atenção à saúde que possibilita recursos e definem objetivos e prioridades (Campos, 1991). Em conjunto com um modelo de gestão que possibilita ou restringe certos aspectos na gestão do trabalho (Campos, 2000), dificulta ou facilita a emergência de outros arranjos administrativos que permitam a implementação de práticas terapêuticas não biomédicas no SUS.

No âmbito do SUS o modelo hegemônico biomédico prevalece sobre todos os outros modelos não biomédicos, apesar de alguns avanços sobre o olhar social da saúde promovido pela sua implantação. O profissional do SUS está inserido como agente em uma instituição que tem como parâmetros principais os saberes biomédicos, e pode ser considerado em muitas de sua práxis, como um co-produtor que apregoa saberes específico (Cunha, 2005) de uma estrutura organizacional condicionada a certo compromisso com o saber biomédico. Reproduzindo, em muitas das vezes a ideologia e o modelo universalista e capitalista no seu campo de trabalho (Mendes-Gonçalves, 1994).

Nesta pesquisa com foco nos médicos alternativos que trabalham no SUS (Sistema Único de Saúde), os conflitos observados se referem a determinantes epistemológicos, sociopolíticos e econômicos que auxiliam ou interferem na implantação de terapêuticas não biomédicas em relação ao serviço de saúde pública municipal em Florianópolis. A hegemonia biomédica, como foi notado, gera tensões entre os diferentes modelos em saúde, seja alternativos e/ou biomédicos, que não se restringem a aspectos epistemológicos e culturais das práticas médicas, mas também têm implicações políticas e econômicas, pois põem em xeque aspectos estruturais do mundo capitalista, do qual a instituição médica é apenas uma expressão. Em Vários dos relatos apresentados a seguir, pode-se notar que além das diferenças conceituais, epistemológicas dos diferentes modelos em saúde presentes, observa-se no relato de alguns dos entrevistados, as influencias das macroestruturas capitalistas principalmente relacionados ao poder da indústria farmacêutica.

Segundo minha observação e prática como médico vinculado ao mesmo campo de trabalho, uma das diferenças entre o campo das diferentes praticas alternativa e biomédica se refere na forma do olhar sobre o processo saúde e doença. O olhar biomédico, segundo alguns dos entrevistados, tem uma visão racionalista biologista do processo saúde e doença, gerando uma demanda por tecnologias, exames e medicamentos a população. O olhar das medicinas alternativas, a acupuntura e a

homeopatia analisadas neste trabalho, apresentam um olhar holístico sobre o processo de saúde e doença. O olhar holístico leva em consideração os aspectos tanto biológicos como também subjetivos, sociais, culturais e espirituais do paciente, através de interpretação do processo saúde e doença não focalizada somente na biologia e na produção e consumo de medicamentos, exames e procedimentos.

Estes pontos acima relatados levantam conflitos no campo da saúde, a partir da valorização e desenvolvimento das terapias alternativas na sociedade contemporânea tendo em vista que existem disputas entre diferentes formas de cuidado que buscam reconhecimento social, importância simbólica e recursos econômicos e técnicos (Tesser e Barros, 2008, p.917). O campo das medicinas alternativas constitui um espaço social no SUS em Florianópolis, onde os atores, médicos, terapeutas e usuários do sistema de saúde que tem vínculos com as medicinas alternativas, atendem a uma demanda social de uma determinada população, na procura de uma maneira alternativa de lidar com a saúde a partir de diferentes modelos terapêuticos, inclusive o biomédico. Neste contexto levam-se em consideração diferentes configurações estruturais, relações sociais e de poder, que modelam e ocasionam certos tipos de comportamentos que são influenciados pela distribuição de vários tipos de capitais: econômicos, social, cultural e simbólico (Scambler, 2012, p.72).

Campo alternativo

O campo das terapias alternativas no ocidente teve um maior reconhecimento e relevância social a partir da década de 1960 com a emergência do movimento da contracultura, que propunha alternativas ao sistema cultural, político e econômico vigente, entre eles o campo da assistência à saúde (Manhani, 1999). No Brasil, o movimento da contracultura e as terapias alternativas ganharam maior relevância a partir da década de 1970 e 80. Posteriormente, na década de 1990, a homeopatia e a acupuntura foram reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina como especialidades médicas e, na década de 2000, foi promulgada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Dentre vários outros aspectos no campo das práticas integrativas e complementares, esta política inclui as instâncias responsáveis pela regulação do que é legítimo perante o Estado e o que é desvalorizado e conseqüentemente sofre influências de outras ordens, como o poder político e o poder econômico (Montaigne, 2006, p.261).

Neste contexto, podemos referenciar que o espaço nem sempre é harmônico, pois envolve conflitos epistemológicos e profissionais, do ponto de vista da capacidade profissional e da concorrência de cooperativas de profissionais pela legitimação e pelo reconhecimento governamental da capacidade técnica de diferentes terapias. Entre as várias terapias consideradas alternativas ao modelo biomédico, foram legitimadas institucionalmente dentro do SUS através da promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares apenas a homeopatia, a acupuntura, o termalismo e a fitoterapia. Então consideradas como práticas integrativas e complementares (PICs) no SUS adquirem um espaço institucional e de alocação de recursos públicos para o seu exercício profissional no serviço público brasileiro. Em Florianópolis, a promulgação da PNPIC favoreceu as discussões sobre a implantação das PICs no serviço público, ocasionando somente em 2010 a criação junto a secretaria municipal de saúde de uma Comissão de Práticas Integrativas e Complementares dentro de sua estrutura organizacional.

A possibilidade da implantação de diferentes modelos não biomédicos nos serviços públicos municipais de saúde em Florianópolis, favorecida pela PNPIC, possibilitou a confluência de diferentes modelos em um mesmo serviço, como também a presença de diferentes profissionais com diferentes concepções sobre a saúde dentro de um mesmo espaço físico, no centro de saúde.

A relação diferencial dos indivíduos que trabalham no mesmo espaço social com práticas alternativas e biomédicas em um serviço estruturado a partir de uma concepção biológica e biomédica, se traduz em um campo de desigualdades. Como observado nesta pesquisa leva a uma desvalorização das terapêuticas e dos profissionais alternativos perante o modelo biomédico. O que na atualidade, após a PNPIC, segundo os entrevistados tem se alterado, através de uma valorização e maior respeito dos médicos não alternativos e gestores em relação às práticas e praticantes de uma medicina alternativa.

Na práxis terapêuticas nesta pesquisa, podemos observar que o conhecimento em saúde é incorporado e praticado por diferentes sujeitos sociais. Esta práxis se caracteriza nas escolhas e prioridades dadas pela gestão dos serviços, representados na práxis de diferentes práticas terapêuticas, alternativas e biomédicas, que obedecem a uma lógica da distinção e se traduz em um resultado classificatório (Montaigne, 2006). Como por exemplo, na contratação de recursos humanos especializados,

na organização dos espaços para atendimento, na criação de agendas diferenciadas para os diferentes profissionais.

No Brasil o estudo de Tesser e Barros (2008), mostra que as praticas ou medicinas alternativas cada vez mais tem tomado maior espaço no campo da saúde brasileira. Para eles, a concepção alternativa ao modelo biomédico é fruto de vários fatores ligados à cultura ocidental, entre eles os movimentos da contracultura, a popularização dos conceitos da psicanálise e o apoio às práticas de medicinas tradicionais pela OMS. A concepção alternativa não se restringe ao campo da saúde, mas também são observadas nas transformações que ocorrem na sociedade contemporânea, através da valorização de um estilo de vida que condiz com a independência dos valores da sociedade consumista, ligados à consciência ecológica e à espiritualidade.

Astin (1998) realizou uma pesquisa nos Estados Unidos, *Why the Patients use Alternative Medicine*, em que identificou um grupo de usuários das medicinas alternativas que ele denomina de “*cultural creatives*”. As pessoas que compõem esse grupo adotam um estilo de vida surgido na década de 1960. O grupo, identificado na imprensa como “*new agers*”, desenvolveu um estilo de vida associado a uma vanguarda da mudança cultural. São pessoas que tendem a se interessar por psicologia, vida espiritual, auto-realização, auto-expressão, gosta do estrangeiro e do exótico, como também se envolve nas questões de ecologia, gênero, natureza e buscam alternativas econômicas de viver.

Desta maneira, pode-se reconhecer claramente a prevalência de uma concepção cultural que afeta atitudes a respeito de saúde e doença, bem como examinar em que medida a intensidade do interesse em medicinas alternativas representa um tipo de paradigma cultural. Esse paradigma é marcado pelo uso de terapias alternativas como parte de um conjunto de valores e crenças culturais orientados a uma concepção holística e espiritual da vida (Astin, 1998, p.1553).

As propostas de mudanças dos paradigmas culturais e especificamente no que diz respeito à saúde podem ser analisadas tendo como objeto de estudo as diferentes medicinas. No âmbito das relações entre biomedicina e medicinas alternativas, o *habitus* de saúde tem se alterado diante de maior presença e procura por medicinas alternativas nos serviços públicos. O maior conhecimento das medicinas alternativas, entre pacientes e médicos, reflete a reprodução e transformação da estrutura social modulada por um contexto social mais favorável a um estilo de vida menos consumista, com uma visão holística, ligado à

natureza e a espiritualidade (Montagner, 2006, p.517), como citado acima.

Ator-agente

Os profissionais que utilizam em sua prática diferentes modelos terapêuticos demonstram justamente que há possibilidade de lidar de outra maneira com as forças hegemônicas na relação com a biomedicina. Cada sujeito reconhece a capacidade de se produzir singularmente em tensão com o universalismo biomédico no caso da clínica, através da incorporação de outros modelos, entre eles a homeopatia e a medicina tradicional chinesa/acupuntura (Barros, 2002). Através de práticas individualizadas, com pouco ou nenhum apoio da gestão pública municipal e estadual, que as medicinas alternativas vêm se mantendo na rede do SUS em Florianópolis, resistindo a pressões sociais e econômicas do sistema biomédico e ampliando a cada dia seu campo de ação na atenção básica à saúde.

As relações entre a estrutura institucional da saúde em Florianópolis e a prática, a agência dos profissionais que atuam na rede pública apresenta um aspecto dinâmico, não se caracteriza como uma estrutura fechada, mas permeável a diversas influências, sem perder de vista a estrutura biomédica, mais ampla que exerce influência sobre a sua ação social. Pode-se notar a presença de práticas terapêuticas não biomédicas nos serviços públicos em saúde brasileira, geralmente vinculada ao conhecimento da medicina popular, como por exemplo, no uso de ervas medicinais e rezas de cura presentes no contexto da saúde em Florianópolis há muitos anos e ainda na atualidade. Então, pode-se supor, segundo Ortner (2006), quanto às hegemonias que nunca foram totais e que as pessoas sempre têm uma perspicácia ou consciência em relação às condições de dominação.

A partir da ótica da inserção do ator no processo social, com o movimento pós-moderno, reconduziu significativamente o olhar antropológico sobre os temas relacionados à saúde. Proporcionando um espaço que altera o foco para o indivíduo em vez dos sistemas de saúde ou das formas estruturadas de conhecimento, presentes nas análises deste trabalho. Desta forma, os terapeutas não são considerados como representantes de diferentes sistemas de conhecimentos e tratamentos, mas especialistas com conhecimentos sobre o corpo das pessoas, e as pessoas doentes não são consideradas pacientes à procura de ajuda no sistema de saúde, mas pessoas que buscam conhecimentos sobre sua experiência na vida e sobre a doença. (Johannessen, 2006).

O foco no indivíduo em vez nos sistemas de saúde presente no campo da antropologia médica após os anos 1990, desenvolveu a percepção e a concepção de que o estado de saúde das pessoas está relacionado à experiência individual fenomenológica da doença, dando destaque ao indivíduo e sua experiência na saúde. Na abordagem fenomenológica não se renuncia à análise dos sistemas de saúde, mas nesse enquadramento simplesmente não são prioridade as macroestruturas dos cuidados em saúde. A antropologia pós-moderna volta-se para a existência e experiência de vida dos indivíduos, não mais enquanto parte de estruturas sociais e culturais, mas como sujeitos de sua experiência. A doença passa a ser considerada, portanto, como uma questão de significados individuais na vida do doente, mais que de condições sociais (ibid.).

Essa mudança de perspectiva dos sistemas de saúde para os atores tem gerado discussões sobre a proposta de unificar conceitos, interpretativos e críticos, principalmente relacionados aos sistemas de saúde e ao pluralismo terapêutico, devido à heterogeneidade de práticas na atualidade. Deslocando dos sistemas para o modo como as pessoas experienciam a si mesmo e seus corpos na saúde e doença. A experiência não se reduz ao modelo dicotômico que contrapõe sujeito e objeto, mas expressa uma preocupação em problematizar e compreender como os indivíduos vivem seu mundo, o que nos remete às idéias de consciência, subjetividade e ação social (ibid.).

Assim reconhecendo, segundo Rabello, (1999), dimensões importantes da aflição e do tratamento que não estão presentes nem nos estudos desenvolvidos e/ou influenciados pela visão biomédica, nem nos trabalhos antropológicos e sociológicos tradicionais. Continuando Rabelo, relata que no caso dos estudos produzidos segundo a ótica biomédica, a ênfase nos aspectos orgânicos dos processos de doença e cura conduz ao sentido de que o corpo objeto da ciência médica substitui o corpo vivido, fonte e condição para nossa relação com o mundo. No âmbito das ciências sociais, a ênfase nos aspectos ideais ou simbólicos do processo de doença e cura conduz a uma desvalorização das sensações e "práticas encarnadas" dos sujeitos doentes e de seus terapeutas, através da produção de um corpo/texto, espelho da cultura, que substitui o corpo vivido (ibid.).

Na perspectiva fenomenológica, o corpo não é objeto da cultura, mas são sujeito e agente da cultura. Nesse prisma produz um colapso das dualidades corpo - mente e sujeito-objeto (Csordas, 2008, p.102), o que vai à linha das análises clínicas da maioria das medicinas alternativas,

que veem o corpo de forma holística. Csordas (1990), um dos autores que analisa a saúde com ótica fenomenológica, argumenta que reduzir a experiência da doença a uma determinação biológica, ainda que se reconheça o efeito da cultura ou que se combine biologia e cultura, conduz a uma visão por demais parcial e empobrecida dos processos de adoecimento e terapêutico, pois retira o sujeito de sua posição existencial no mundo.

Em Florianópolis podemos notar um análise através da visão biologista biomédica por aqueles profissionais vinculados somente ao tradicionalismo desse método, onde o agente, sujeito das ações não está presente, mas concepções universalistas tidas como científicas. Em uma ótica alternativa a visão e análise sobre o paciente está implícita a experiência do paciente sobre sua doença através de uma ótica holista. Porém é raro os casos de profissionais vinculados a somente um modelo terapêutico, o que se observa é a presença de uma pluralidade de terapias legitimadas ou não pelo SUS.

Neste contexto pluriterapêutico definições formuladas para explicar e lidar com a saúde e a doença apresenta um caráter fluido e mutável refletindo uma complexa dinâmica relacional. A atenção aos processos interativos que se desenrolam nas situações de doença e cura durante seus atendimentos mostra-se especialmente relevante, pois os indivíduos percorrem diferentes terapias e terapeutas, diferentes instituições terapêuticas e em muitas das vezes utilizam abordagens por vezes bastante contraditórias para diagnosticar e tratar uma doença (Rabello, 1999). Na ótica de entender a doença como um problema a ser resolvido, permite vislumbrar por que o conhecimento que doentes e terapeutas têm e relatam acerca da doença é marcado por aparentes contradições e imprecisões, pois refletem o conjunto de experiências em que tal conhecimento foi e está sendo construído e adquirido (Rabello, 1999).

CAPÍTULO II - A atenção dos diferentes atores sociais sobre novas práticas terapêuticas

O campo das medicinas alternativas e suas práticas têm chamado a atenção na atualidade de diversos atores sociais, tanto na sociedade civil como no Estado, com o progressivo aumento da sua popularidade entre diferentes setores da sociedade contemporânea. Caracterizando um fenômeno sociomédico com ramificações globais no século XXI, ocupando espaços em diferentes grupos da população, instituições e serviços públicos de vários países do mundo (Faldon, 2005).

Este fenômeno sociomédico na atualidade se caracteriza pela presença mais acentuada de diferentes modelos de medicina em diferentes países da sociedade contemporânea. Constituindo em um campo pluriterapêutico influenciado pelo processo de globalização e hibridação, cientificação e mercantilização mundial (Leslie, 1972) e representando um modelo de medicina que demanda estudos a respeito das relações sociais, culturais, políticas, econômicas, como também do fluxo de pessoas que a seguem, informação e produtos no contexto da globalização (ibid.).

Para vários autores (Campbell, 1997; Luz, 2005; Queiroz, 2005) o desenvolvimento e valorização de diferentes modelos em medicina e suas práticas alternativas ao modelo biomédico na sociedade contemporânea teve influência do movimento da contracultura que nasceu nos Estados Unidos e Inglaterra na década de 1960. Este movimento teve como uma de suas principais características a contestação de formas institucionalizadas nos diferentes setores da sociedade, como a religião, a sexualidade, a família, entre outras. No campo da saúde favoreceu o desenvolvimento de alternativas terapêuticas ao modelo hegemônico da medicina biomédica.

Vários governos e instituições mais recentemente vêm questionando a eficácia e comprovação científica das medicinas e terapêuticas alternativas devido a um grande e significativo aumento no número de usuários e praticantes e a necessidade de uma organização destas práticas a nível dos serviços públicos em saúde. Estes questionamentos se referem a observação que gastos e consumos em medicinas alternativas pela população de diferentes países são em algumas vezes maiores que os gastos destas populações com as práticas biomédicas, interferindo diretamente na hegemonia biomédica e na produção de capital no campo da saúde. Desta maneira, levantando discussões no

campo da economia na saúde entre a validade de diferentes modelos terapêuticos e sua metodologia de avaliação.

Movimento da contracultura e o fenômeno *new age*

Vários autores relacionam o surgimento do movimento da contracultura com maior desenvolvimento do campo das medicinas ou práticas alternativas. Nesta pesquisa foi possível observar sua influência em diferentes setores no campo da saúde. Estas influências são observadas na contestação do modelo biomédico vigente, nos diferentes itinerários profissionais quanto a sua escolha por uma prática médica alternativa, em diferentes aspectos do relacionamento entre os terapeutas e os pacientes, e em proposições de uma mudança da maneira no olhar sobre o campo da saúde.

Segundo Carozzi (1998), este movimento representa um movimento internacional que se relaciona com um segmento importante de uma rede internacional, constituindo um macro movimento com reivindicações de autonomia, contra o anti-autoritarismo, e que propõe um concomitante abandono das hierarquias da autoridade e das normas institucionais. Nestas perspectivas reivindica no campo da saúde uma transformação, que se relaciona primeiramente a uma autonomia tanto do paciente como do terapeuta. Contrários a concepções universalistas da ciência biomédica, propõe um relacionamento entre os diferentes atores neste campo diferente do modelo biomédico.

Para Schwade (2006), estas propostas sociais, não constituem simplesmente um movimento, mas é um conjunto de práticas que poderíamos caracterizar como um fenômeno neo-esotérico. Definido por uma dinâmica particular e pelos vínculos que estabelece com outras expressões culturais influenciando vários setores da sociedade. Esse fenômeno se caracteriza pelo fato de se opor, de diferentes maneiras, à cultura vigente e oficializada nas principais instituições da sociedade ocidental (Pereira, 1986, p.13). Além de ensaiar alternativas ao *status quo* nos campos da política, da estética, da religião, da saúde e dos costumes.

No campo da saúde o fenômeno neo-esotérico tem sua ênfase nas propostas e utilização de medicinas alternativas ao modelo biomédico, influenciando as formas de lidar com a saúde nos campos terapêutico alternativo, psicoterapêutico, esotérico e religioso, levando à transformação individual, sacralização do *self* e da natureza, espiritualidade e circulação e a libertação do corpo (Carozzi, 1998). A saúde passa a ser enxergada com um componente holístico sobre a vida do paciente a partir da valorização da singularidade do paciente como

indivíduo, analisada como um estado natural das pessoas e a doença uma ruptura deste estado.

Este fenômeno se reflete na valorização da singularidade de cada indivíduo pela procura em maior autonomia sobre todos aspectos de suas vida e em relação aos diferentes setores da sociedade, entre eles a saúde. Caracterizado pelo desprezo ao conceito de estrutura social vigente e sua afirmação de que os indivíduos negociam significados e cursos de interação de acordo com seus desejos e interesses (Carozzi, 1998). Propõe uma transformação no modo em que as pessoas se relacionam com a sociedade e com os movimentos sociais, como por exemplo, na preservação do meio ambiente e da natureza, como na reinserção do homem na ordem da natureza, no movimento feminista, como processo de revalorização do feminino através de parâmetros não ditados pelo masculino; e, na saúde, pela busca de formas alternativas terapêuticas, fundamentadas em valores e concepções holístico-integrativas (Souza e Luz, 2009).

De acordo com uma pesquisa apresentada por Maluf (2003) junto à classe média urbana do sul do Brasil, as pessoas ao se identificarem com certos movimentos culturais e políticos como a contracultura, o feminismo, o movimento ecológico, entre outros, passam a ter uma visão crítica da sociedade, ainda que não estejam organizadas em torno de um movimento social tradicional. Apresentam um aspecto diferenciado das relações tradicionais entre o social e o indivíduo, onde os indivíduos se organizam socialmente a partir de seus valores individuais na construção de uma sociedade globalizada, diferentemente de uma sociedade que determina condutas e valores sobre os indivíduos. Os indivíduos negociam significados e cursos de interação de acordo com seus interesses. Criando identidade que se apresenta na descentralização de um modelo tido como verdade universal, e se representa em uma forma de liberação pessoal (Carozzi, 1998).

Carozzi (1998) propõe em seu estudo uma dimensão planetária destes movimentos criados a partir das perspectivas do indivíduo, mais do que de uma perspectiva localizada e de ordem sociológica. As dimensões globalizantes destes movimentos, para ela tem como gêneses um projeto de reflexão individual, com características de monitoramento do próprio *self* e de sua experiência junto à natureza.

As características terapêuticas presentes na terapêutica alternativa parte da noção de uma terapia situada no plano individual, e refere-se a uma necessidade de transformação do indivíduo em várias dimensões de sua vida, como na escolha por um estilo de vida mais ligado a natureza e

espiritualizado, como foi possível observar durante as entrevistas no relato dos médicos(as), principalmente na sua escolha por um modelo de saúde alternativo ao modelo biomédico. Este estilo da vida, que podemos denominar de alternativo, também está relacionado a uma visão holística da vida, onde na saúde está relacionada a recuperação do equilíbrio físico-orgânico, psíquico-mental e espiritual do paciente (Schwade, 2006). Afirmando a valorização da singularidade das pessoas e uma perspectiva holística das medicinas e praticas alternativas a ser melhor apresentada nos próximos capítulos.

As características espirituais e cosmológicas que geralmente acompanham as práticas da medicina alternativa, esta relacionada por vários autores citados acima a um contexto religioso diferenciado do sistema religioso tradicional. As escolhas por alguma opção religiosa dos médicos entrevistados, estão presentes mais na maneira de suas escolhas por diferentes formas de espiritualidade pessoais, do que por modelos religiosos estruturados. Assim contestam a escolha por sistema e concepção religiosa contraria ao modelo cristão e institucionalizado, por uma opção individual sobre a sua espiritualidade. Além disto, foi possível observar que a maioria dos médicos, tem opção por um estilo de vida alternativo, mais próximo a natureza e com desenvolvimento e valorização dos aspectos espirituais.

Como relatado anteriormente o movimento de medicinas alternativas teve grande influencia da contracultura e do fenômeno new age, várias de suas características puderam ser observadas na pratica médica dos entrevistados. Os questionamentos ao tradicionalismo biomédico, mesmo quando as praticas das medicinas alternativas em várias situações apresentados em complementaridade ao modelo biomédico, apresenta, segundo minha observação, uma contestação frequente a hegemonia científica deste modelo.

Esta pratica envolvem uma negociação entre diferentes realidades terapêuticas, onde são levadas em consideração as categorias biomédicas socialmente definidas e o conhecimento alternativo em conjunto com a experiência individual do terapeuta. Onde podemos notar a negociação entre um estado interior do paciente e/ou do terapeuta valorizadas nas pratica alternativas e por outro um modelo social universal do modelo científico biomédico.

A visão holística como uma da característica ao movimento alternativo na saúde, segundo Leslie (1972), quando analisa os sistemas de saúde alternativos na cultura médica asiática, se refere a visão holística inserindo o ser humano em um a contexto ambiental e cosmológico.

Descreve que no contexto destes sistemas existe uma relação reconhecida socialmente, do homem com os cosmos, que na visão dos médicos hindus e dos que praticam a medicina tradicional chinesa, refere que “*o macrocosmo [é] como um corpo imenso formado à semelhança do corpo do homem*” (ibid., p.4). Esta relação denota uma concepção em que o indivíduo é inextricavelmente corpo, mente e espírito, ao mesmo tempo que seu interior está relacionado ao ambiente sociocultural e ambiental onde vive e a saúde uma questão de equilíbrio. Onde o foco está centrado no indivíduo, mais do que nas instituições e sociedade, dando mais atenção à conexão corpo-mente-espírito do que às suas conexões sociais (Baer, 2004), indo em conforme as observações notadas nesta pesquisa.

O campo da saúde alternativa engloba uma gama de terapias, práticas e crenças, filosofias e visões de vida diferentes, muito delas ligadas às filosofias religiosas de seus países de origem. Essas terapias, apesar de suas diferenças conceituais e terapêuticas, envolvem geralmente princípios em comuns como natureza, vitalismo e espiritualidade. Estes princípios, segundo Kaptchuk (1998), interagem com o indivíduo em conexão com o mundo e criam identidades, formas de comportamento, experiência e significados quando há doença, ou a possibilidade dela.

A natureza, neste contexto, serve de metáfora para muitas práticas no âmbito das medicinas alternativas, mostrando-se em significados, às vezes ambíguos, atribuídos a oposições entre natural/artificial, orgânico/sintético, pouca tecnologia/alta tecnologia. O uso do termo natureza também envolve idéias de desintoxicação do mundo e de um retorno das sociedades altamente tecnológicas para a natureza (ibid.).

O conceito do vitalismo pode ser explicado como uma força vital que conecta o homem ao cosmos. Esta força vital tem diferentes significados e denominações, de acordo com Kaptchuk (ibid.). Na homeopatia é conhecida como essência da força espiritual; na acupuntura como *qi*; no yoga e medicina ayurvédica como *prana*; e, nas práticas *new age* como energia psíquica ou astral. O vitalismo se associa ao poder de cura da natureza que proporciona aos pacientes um aspecto de proporções sagradas, levando a significados com uma profunda conexão com o universo. Assim apresenta uma dupla dimensão: a saúde pessoal e a busca de uma ordem universal.

Neste conceito o corpo humano possui um tipo de energia vital, cujo equilíbrio e desequilíbrio está relacionado respectivamente a estados de saúde e doença (Micozzi, 2002). Na concepção de energia vital, muitas vezes, considera-se que alterações no sistema energético antecedem os

problemas biológicos, o que exige uma aproximação que inclua dimensões socioculturais e emocionais a partir de um envolvimento direto do paciente na promoção da cura (Andrade, 2010). Como no capítulo 4, relata uma médica, sobre a doença do fígado em um de seus pacientes, que segundo ela antes de aparecer os sintomas físicos da doença tem um alteração no campo energético das pessoas.

Para alguns autores (Brown, 2002; Magnani, 1999) as propostas relacionadas ao movimento alternativo não somente ao campo da saúde, mas nas transformações sociais em vários setores da sociedade, tem contribuído na construção de novos paradigmas sociais. Prevendo a redescoberta do divino que irá inspirar o renascimento político e social como em nenhuma outra época da história humana.

Segundo eles, com o surgimento de um novo paradigma social vai deixar para trás velhos modos de encarar os contatos interpessoais, e valorizar o trato com a natureza, a produção do conhecimento e as relações com o sobrenatural. Resultado de encontros entre oriente e ocidente, ciência contemporânea e cosmologias antigas, tradições indígenas e novas propostas ecológicas. Através de algumas transformações sociais que já estão acontecendo na sociedade em geral, que pode ser contextualizadas em um fenômeno de caráter transnacional, supra racial, interclassista e cosmológico. Anunciando o advento de uma nova consciência mundial e de uma nova era, já prevista segundo algumas pessoas: a Era de Aquário (ibid.).

O tema discutido durante as entrevistas neste trabalho reflete a influencia deste fenômeno sócio cultural, nas escolhas profissionais dos médicos entrevistados, na procura de autoconhecimento, na maior autonomia do paciente e do profissional perante as instituições no campo da saúde e na sua escolha de um estilo de vida alternativo.

Biomedicina e medicinas alternativas

Historicamente a biomedicina, como um modelo científico tem suas raízes culturais no período do Iluminismo, no século XVII. Naquele período, a mecanização e a descobertas científicas levaram à crença de que o progresso era alcançável através da dominação tecnológica e científica da natureza. No século XVIII a hegemonia da representação do corpo como máquina, separada do *self*, emerge na clínica (Foucault, 1977). Acentuada nos processos de modernização, essa ideia consegue colocar de lado a espiritualidade, a individualidade, a criatividade, o papel das emoções, pensamentos e imaginação. Concentrando a busca da cura no ambiente natural, por meio de uma teoria racional e científica

de saúde, doença, corpo e natureza, que foi incorporada pela ideologia do capitalismo no século XIX (Baer, 1989, p.1109).

Segundo Foucault (1994) ainda no século XIX, a coincidência exata entre o corpo da doença e o corpo do homem doente, foram superpostos na experiência médica com o desenvolvimento da anatomia patológica. A principal perturbação trazida pelo doente, como suas disposições, sua idade, seu modelo de vida, é colocada de lado pela cientificidade da patologia. Para conhecer a verdade sobre o fato patológico, o médico deve-se abster do doente e assim se separar dos próprios doentes. Nessa forma de proceder, o conhecimento da doença por parte do médico é um guia para o sucesso da cura, mas ele deve enxergar a doença somente nas lacunas do doente, não no doente por inteiro.

Médico e paciente não estão implicados de pleno direito no espaço racional da doença, eles são tolerados, neutralizados, para manterem-se a máxima distância, para que no vazio que se abre entre eles a configuração ideal da doença se crie. A doença é vista pelo médico como uma forma natural que sempre se repete. Essa entidade só pode adquirir plena significação se for reforçada por uma intervenção, não pela singularidade do doente, mas através de uma consciência coletiva ampliada até as dimensões de uma história, uma geografia e um estado (ibid.). Sendo assim, o que define o ato médico não é o encontro entre médico e paciente, mas uma série de configurações e cruzamentos de informações homogêneas, em que o indivíduo em questão é menos a pessoa doente do que o fato patológico reprodutível em todos igualmente afetados.

Ainda no século XIX e início do século XX, a convergência entre o olhar patológico e a homogeneização das práticas médicas fez surgir uma convergência entre a ideologia política e a tecnologia médica. A posição do Estado em conjunto com a posição da maioria da classe médica, com motivos diferentes, leva a supressão de tudo o que poderia ser um obstáculo à visão biomédica do processo saúde/doença e tratamento. As corporações de médicos através de suas normas e procedimentos interferiam na livre da experiência clínica e induziam os seus praticantes acreditar na medicina como uma ciência universal, fortalecida pela ensino nas faculdades e indo de encontro com visões diferentes(ibid.), fechando muitas faculdades de medicina que ensinavam homeopatia nos Estados Unidos

No século XX, o paradigma dominante da biomedicina emerge com o sucesso dos antibióticos e outras drogas, como também com as novas tecnologias que dominam o campo da saúde. Neste século, a primazia da

saúde pública, a industrialização e as guerras mundiais popularizaram a metáfora de “atacar” as doenças com pílulas e a do modelo mecânico do corpo. Interesses econômicos e de médicos estavam direcionados para a procura de novas drogas e melhores tecnologias para diagnósticos e tratamentos, com pouco investimento ou motivação para pesquisas em terapias naturais de baixo custo.

O foco no materialismo da doença desvia a atenção dos médicos da apreciação e entendimento da natureza energética e espiritual do ser humano para os processos biológicos do corpo. Assim afirma um período na história da saúde que acentuou a hegemonia da biomedicina sobre outros sistemas em saúde. Reafirmada no monopólio oficial em vários países ocidentais, através do direito de definir saúde, doença e tratamento desde seu conhecimento científico circunscrito sobre saúde e anormalidades. A este padrão científico foi apropriado o poder de modelar o que as pessoas pensam e sentem sobre si mesmas, bem como a normas da conduta.

Segundo Foucault (1997), a medicina biomédica representa uma instituição global, como uma prática e um local de produção de conhecimentos e inovações tecnológicas que domina os treinamentos médicos e representa um alto *status* profissional. Apresenta características diferentes perante outras medicinas, sua acentuada ênfase no materialismo como forma de adquirir conhecimento e pela dificuldade em assumir um modo de pensamento dialético, levando em consideração outras concepções no campo da saúde. Tem como referência a correspondência de uma simples causa para explicar uma patologia específica. Para isso utiliza a linguagem das falhas na estrutura e nos mecanismos de funcionamento do corpo, buscando uma racionalidade na sua eficácia terapêutica.

Tem como pressuposto a idéia de natureza com o foco no ambiente físico cuja realidade é biológica impregna os conhecimentos biomédicos, que serve de base para as propostas terapêuticas. Assim podemos relatar que o reducionismo a uma orientação biológico-materialista, não considera a pessoa com sua subjetividade como outros aspectos não biológicos de sua vida, levando a uma desumanização do tratamento.

O modelo da biomedicina constrói sua visão de doença a partir da dicotomia entre mente e corpo, para entender um processo de desordem biológica com o objetivo de estudá-lo e tratá-lo. A interpretação subjetiva do paciente sobre seu sofrimento raramente é levada em consideração. O médico com concepções puramente biomédicas, sempre

que possível, direciona sua observação para dados objetivos que validam o processo patológico. Assim acontece a despersonalização do paciente, pois o "doutor" desconsidera a experiência do paciente sobre seu próprio sofrimento com a intenção de considerar a doença como uma patologia biológica (Kleinman,1975).

Segundo minha observação, uma das transformações que as medicinas ou prática alternativas têm contribuído em mudanças no campo da saúde não só em Florianópolis, se refere na valorização de levar em consideração os aspectos subjetivos, sócio cultural no olhar sobre o paciente e sua saúde. Através de uma abordagem biopsicossocial que tem em vista não somente os aspectos biológicos, mas também o paciente, o contexto social no qual ele vive, bem como o próprio médico e o sistema de cuidados em saúde (Engels 1977, p.97). No relato dos médicos (as) a seguir, pode-se notar o reconhecimento e valorização na centralidade da perspectiva do paciente e seu envolvimento social, tanto no sentido de definir e explicar sua condição, quanto no de designar e implementar um tratamento em sua prática médica.

Além de conflitos presentes entre os diferentes aspectos epistemológicos e conceituais de diferentes medicinas em relação ao biomédico, é necessário entender as influências macrossociais e o contexto social e cultural em que os modelo de saúde estão inseridos. Segundo Foucault (1997) o poder capitalista possibilitou que a biomedicina se tornasse a mais institucionalizada das medicinas. As relações entre médicos e doentes no início do século XX, acontecidas no interior das residências, na intimidade do ciclo familiar, possibilitavam a prática de uma medicina mais humanizada (ibid.). Na atualidade a medicina é praticada em espaços burocráticos, com regras que regulam e governam o encontro entre o médico e o paciente, transformando o "doutor" em provedor de um produto que é anunciado, comercializado e vendido. O médico é um burocrata, o paciente é um usuário e consumidor dos serviços institucionais.

Nas minhas observações pessoais sobre o assunto, podemos relatar que esta visão vem se modificando nas últimas décadas, no Brasil, com o crescimento da opção dos médicos pela especialização em medicina de família, por medicinas alternativas e em algumas praticas psiquiátricas. Os médicos especialistas em saúde da família e comunidade têm como pressuposição o atendimento da família como um grupo. Seus atendimentos incluem visitas domiciliares e grupos terapêuticos, em que são valorizadas as relações sociais e subjetivas do paciente. Na prática das medicinas alternativas os médicos também levam em consideração a

individualidade do paciente e sua relação com as dimensões social, política, ambiental, religiosa e cosmológica. Ao contemplar os significados subjetivo, social e moral do sofrimento ligado à doença, alguns médicos, como os psiquiatras, os da saúde de família e os que praticam medicina alternativa são mais orientados pela experiência do paciente.

De todo modo, a biomedicina ainda é um sistema hegemônico na sociedade ocidental e tem promovido a profissionalização dos cuidados em saúde por meio de um modelo burocrático e hierárquico de controle, que normatiza treinamentos e práticas. Esse modelo dá ênfase à influência do Estado nos cuidados em saúde das pessoas e de sua família, e também atua como uma forma institucionalizada de manejo das sociedades, atuando sobre a realidade social das pessoas e suas famílias. Para Kleinman (1995), nenhum outro sistema médico pode exercer este grau de poder porque nenhum outro se tornou uma parte poderosa dos mecanismos do Estado em relação ao controle social como aconteceu com a biomedicina. Um exemplo disso, a meu olhar, seria o excesso de medicamentação biomédica apoiado e estimulado por estudos realizados de acordo com o interesse de um complexo sistema econômico mundial das indústrias farmacêuticas.

Na maioria das sociedades ocidentais, a hegemonia e o dogmatismo biomédico podem ser explicados de duas maneiras. Primeiro, há que se ter em mente que quando alguém se refere a uma doença, todo um modelo culturalmente construído de crenças, explicações, regras e ações terapêuticas e de adaptação social vem à tona, porém não se trata de um conhecimento científico. O segundo ponto deriva do primeiro, pois os modelos culturalmente construídos têm contigüidade com os modelos científicos existentes em cada sociedade. Nesse sentido, o sistema biomédico nas sociedades ocidentais tem duplo papel, pois ele representa o modelo cultural predominante nas sociedades ocidentais e, ao mesmo tempo, seu modelo científico. As concepções biomédicas são, então, afirmadas e reafirmadas através do aparato científico e da cultura, de modo que os fenômenos da saúde ficam reduzidos às explicações racionalistas (Engels, 1977, p.130).

Cada sistema de cuidados de saúde local é parte de um sistema mais amplo com suas próprias características, que reflete a hierarquia baseada em classes, castas, raças, etnias, religiões, regiões e divisões de gênero de cada sociedade. A maneira dos médicos lidarem com a saúde e doença e tratamento representa a soma de diferentes microssistemas que coexistem de modo convergente ou divergente. Nestes distintos

microsistemas as estratificações sociais e sua diversidade cultural se manifestam no olhar sobre o pluralismo médico local, melhor observadas na maneira como diferentes praticas realizaras por diferentes profissionais se relacionam dentro do sistema local de saúde.

A biomedicina é o modelo em saúde hegemônico e tem prevalência sobre outros modelos, tidos como alternativos a ela, como o caso da homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica, fitoterapia etc. Apesar de serem fundamentadas em sistemas de conhecimento muitas vezes milenares e práticas racionalizadas, além de requererem longa formação profissional, as medicinas alternativas não afrontam a hegemonia biomédica (Baer, 1989).

Na atualidade, com o maior reconhecimento social das medicinas ou praticas alternativas pela sociedade ocidental, a pratica das terapias alternativas nas mais variadas instancias do campo da saúde vêm promovendo os mais diferentes arranjos terapêuticos, assumindo uma postura de complementaridade com o saber biomédico e o desafio de construir uma perspectiva holística, para além dos limites da visão biomédica.

Um dos aspectos interessantes, no meu entender, para observar as relações entre os diferentes modelos de saúde, se refere na maneira em que estes modelos são denominados. Estas denominações representam as diferentes formas com que estes diferentes modelos são reconhecidos em espaços governamentais e sociais em diferentes países do mundo.

Designações para medicinas não biomédicas

Um dos estudos que serve como referencia para vários outros estudos na área da antropologia levando em consideração um sistema de saúde caracterizado pelo pluralismo médico foi publicado Leslie em 1972. Seu campo de observação foi os diferentes modelos de saúde que ocorrem concomitantemente em sociedades asiáticas nos anos 1970. Para ele, diferentes modelos fazem parte dos sistemas locais de saúde em diferentes países asiáticos, e compõem com suas epistemologias, metodologias e praticas um sistema médico pluiterpêutico.

Assim em seu trabalho discute os termos que devem representar o melhor possível as realidades em que estava vivendo no seu trabalho de campo. Quando se refere aos sistemas integrados das distintas medicinas na Ásia, o autor prefere o termo "medicina cosmopolita" em vez de nomear como medicina tradicional, moderna, científica ou ocidental. Leslie (ibid.) argumenta que falar de medicina moderna em contraste com medicina tradicional gera imprecisões em definir os limites de cada sistema. O termo tradicional traz implícita uma qualificação uniforme e

estática dos profissionais, o que não é fato, pois muitos dos praticantes tradicionais desenvolvem seu trabalho buscando novas soluções para tratar seus pacientes. Por outro lado, a medicina moderna envolve a conjunção de conhecimentos e práticas tradicionais e modernos, como por exemplo, o uso da medicina tradicional chinesa e da biomedicina no moderno sistema de saúde da China.

Denominar de medicina científica significa assumir que todos os seus termos são derivados das ciências, segundo Leslie (ibid.), e essa opção também não se adequa à realidade asiática. Mesmo a biomedicina, tida como uma prática científica contém muitos procedimentos não científicos, como os protocolos de condutas hospitalares ou as regras de etiqueta nas relações médico-paciente. Em contrapartida, as medicinas ayurvédica, chinesa e árabe envolvem o uso racional de teorias naturais para organizar e interpretar sistematicamente as observações empíricas. Seus conhecimentos são ensinados de forma ordenada e seus métodos apresentam alguma eficácia, portanto, essas medicinas também podem ser consideradas científicas.

Outra denominação que Leslie (1972, p.5-6) discute é a de medicina ocidental. Para ele, desta denominação entende-se que os aspectos científicos da medicina ocidental são transculturais. No entanto, em sistemas de saúde que envolve diferenças étnicas, a interpretação local da ciência moderna no que é designado como medicina ocidental, implica o reflexo de uma ideologia totalitarista ocidental fruto do pensamento neocolonial. Assim ele opta por utilizar o termo de "medicina cosmopolita" ao se referir ao campo pluriterapêutico asiático, pois ela engloba conhecimentos e práticas dos sistemas tradicional, moderno e ocidental. Essa convergência entre sistemas tradicional e ocidental remete à idéia de globalização, em que não existe uniformidade ou um aspecto homogêneo global (Dunn, 1972) e está sujeita a variações locais e regionais e é transformada com o passar do tempo por novos elementos que podem surgir de toda parte do mundo. A medicina cosmopolita faz referência aos diferentes modelos terapêuticos dentro de um sistema local e saúde e apresenta um modelo que contém um aspecto dinâmico através de suas variações locais e regionais e se refere ao conjunto de diferentes modelos em saúde que convivem dentro de um mesmo sistema local.

Na perspectiva de uma diferenciação entre os diferentes modelos de saúde dentro de um sistema local, como do biomédico e do amplo campo de diferentes terapêuticas tidas com alternativas a este modelo, a hegemonia biomédica influencia e interfere na maneira em que são

tratadas, analisadas e denominadas as “outras medicinas”. Tais denominações refletem os conceitos racionalistas da ciência e a hegemonia da cultura biomédica na sociedade ocidental. Faldon (2005) ressalta que a escolha de uma terminologia quando se refere ao “outro”, implica significados e interesses políticos e econômicos envolvendo uma posição a favor ou contra. Entre os vários nomes que se designam quando nos referimos ao campo das medicinas não biomédicas, a maioria deles leva em sua designação sua relação com o modelo biomédico.

As medicinas não biomédicas quando denominadas de alternativas, fazem referência a uma alternativa terapêutica ao modelo biomédico. As medicinas *new age*, como o próprio nome se refere saúde como um dos fatores centrais deste movimento onde a sua ênfase dá no uso da medicina alternativas. A medicina holística segundo a *American Holistic Health Association*, criada em 1978 nos Estados Unidos, define a medicina holística como uma

“emergente especialidade médica que com arte e ciência trata e previne doenças, com seu foco no poder do paciente em criar condições melhores para a sua saúde. Para a medicina holística, mais que a ausência de doença, a saúde é um estado dinâmico entre o físico, meio ambiente, mental, emocional, social e espiritual” (Barros, 2002, p.159).

Estas diferentes denominações de modelos diferenciados em medicinas, apresentam um denominador comum o holismo, que pode ser analisado como um conceito que abrange uma grande variedade de terapias, tais como homeopatia, fitoterapia, hidroterapia, massagem e acupuntura. Seus fundamentos, conforme Barros (ibid.) são: o poder da natureza em curar; considerar a totalidade da pessoa com a crença de que a saúde e doença resultam da interação entre as dimensões física, mental, emocional, genética, ambiental e social; e, o tratamento direcionado às causas da doença e não somente aos sintomas.

No modelo holístico o médico tem um papel mais de educador e motivador das pessoas, para que assumam a responsabilidade por sua própria saúde. O holismo, quando interpretado de modo mais abrangente, pode ser relacionado a um estilo de vida direcionado ao corpo como uma totalidade interagindo entre suas partes e com o meio ambiente (Barros, 2002, p.205). Em algumas situações, ele pode significar que o terapeuta utiliza os mesmos conceitos da medicina

holística em tratamentos alternativos, em outras, que os tratamentos são alternativos à medicina convencional, a biomedicina, sem que necessariamente o tratamento incorpore o aspecto holístico (ibid., p.207).

Durante os anos 1960 e 1970, o que era comumente conhecido como medicina alternativa, *new age*, holística, energética ou natural passou por redefinições progressistas em diferentes continentes. O conceito medicina alternativa dominou com grande intensidade o campo acadêmico e os discursos políticos ocidentais relativos a medicinas não convencionais durante os anos 1970 e no início dos 1980. No Reino Unido, o termo "alternativo" foi considerado excessivamente polarizado e carregado de conotações exclusivistas em relação à biomedicina. Nos anos 1980 surge, então, o conceito de medicina complementar como uma nova e influente proposta política na saúde pública (House of Lords, 2000).

Na América do Norte um compromisso semelhante parece ter sido estabelecido na escolha do termo "medicina alternativa e complementar". Essa definição foi seguida também em outros países, como Japão, Alemanha, Dinamarca, Holanda e Itália. O conceito de medicina alternativa e complementar, nos Estados Unidos, abrange grande variedade de abordagens para cuidados de saúde, todas diferindo da biomedicina. Nesse leque se incluem desde os sistemas médicos indígenas, entre os quais o nativo americano, o tradicional chinês e o ayurveda, a naturopatia e a quiropraxia, até a medicina vibracional, as massagens e o yoga (Baer, 2005).

No Reino Unido, em um documento publicado pelo parlamento (House of Lords, 2000), a definição de medicina não convencional é considerada mais apropriada do que a definição de medicina alternativa e complementar. Embora o documento oficial reconheça que medicina complementar é uma expressão familiar ao público, ele pondera que medicina não convencional é uma definição que engloba aquelas formas de tratamento não utilizadas pelos profissionais de saúde e que não são ensinadas nos cursos de formação de médicos e paramédicos. Em discussão no mesmo documento, *Complementary and Alternative Medicine* (House of Lords, 2000), o governo britânico afirma que a denominação medicina não convencionais é insatisfatória, pois engloba as medicinas tradicionais, as quais têm características epistemológicas e socioculturais diferenciadas das medicinas alternativas e complementares, também consideradas não convencionais. Para esta

comissão, a definição que mais adequada às terapêuticas identificadas como medicina alternativa e complementar seria:

“um amplo domínio de recursos de cura que englobam todo o sistema de saúde, modalidades e práticas acompanhadas de suas teorias e crenças, outras que aquelas inseridas no sistema político de saúde dominante de uma particular sociedade ou cultura em um determinado período histórico”
(tradução do autor)

Em suma, não há consenso a respeito da nomenclatura adequada para denominar estas práticas, tendo em vista as diferentes realidades nos países onde são desenvolvidas (Gaete, 2004). Para Faldon (2005), elas podem ser denominadas de alternativas, complementares, integrativas ou medicinas não convencionais. A opção por essas terapêuticas, muitas vezes, representa uma maneira de lidar com a saúde em contra referência à biomedicina, seja por escolha filosófica, por se ligar a certa visão de mundo ou por falta de acesso aos serviços da biomedicina, seja no caso em que a biomedicina esgota seus recursos terapêuticos.

Denominar as práticas terapêuticas alternativas à biomedicina de medicinas complementares indica que elas são relacionadas como um sistema, ou vários sistemas e terapias, que complementa o modelo terapêutico biomédico. As terapias são usadas em conjunto, porém a biomedicina é o modelo dominante. Já a definição de medicinas integrativas implica a visão de que práticas biomédicas e outras práticas não biomédicas podem conviver sem que a biomedicina represente dominância. Faldon (2005) prefere o termo medicinas não convencional por ser, para ela, um termo mais neutro, apesar de não ser muito compreensivo, pois em algumas sociedades ocidentais menos desenvolvidas pode-se ter dificuldade de estabelecer uma prática médica como hegemônica ou mais convencional do que as outras.

A própria definição de medicinas alternativas reúne todas as medicinas que constituem uma alternativa à biomedicina (Luz, 2005). O termo foi originalmente enunciado pela OMS, em 1962, para caracterizar práticas de medicina tecnologicamente despojadas aliadas a um conjunto de saberes médicos tradicionais, pois foi identificado que muita das sociedades no mundo não teria condições de desenvolver o alto nível da tecnologia biomédica. Essa denominação foi proposta em contraposição à medicina contemporânea, especializada e tecnocientífica, desta maneira apoiando os sistemas tradicionais e/ou alternativos visava resolver alguns dos problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo.

Posteriormente, esse termo passou a designar práticas terapêuticas diferentes da medicina científica, geralmente adversas a ela.

Na América Latina, o termo medicina alternativa se torna mais visível a partir de 1975, segundo Luz (2000), e se caracteriza por distinguir três grupos de estudos: as medecinas tradicionais indígenas; as medecinas afro-americanas; e, as medecinas alternativas propriamente ditas. Mais recentemente o sentido do termo de medicina alternativa foi ampliado, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica. Sua aceitação e utilização são verificadas em todo o mundo.

Outra classificação das medecinas não biomédicas, presente no *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine* (QI, 2002), publicado pela OMS, relata as diferenças entre as medecinas tradicionais e as medecinas complementares e alternativas. Segundo este documento, medicina tradicional é a soma total de conhecimento, habilidades e práticas baseadas em teorias e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, usadas para manter a saúde satisfatoriamente na prevenção, no diagnóstico e no melhoramento ou cura das doenças físicas e mentais. Os termos medicina complementar e medicina alternativa se referem a um amplo espectro de práticas de cuidados em saúde que não fazem parte da própria tradição cultural e não são integradas ao sistema de cuidados em saúde dominante, porém são usadas em lugar de medicina tradicional em alguns países africanos e asiáticos.

Bodeker (2002) aponta a situação particular de dicotomia nas formas como as medecinas alternativas e complementares são usadas em seus países de origem e nos países onde foram importadas. Xue (2007) sugere nomear essas práticas de *traditional, complementary and alternative medicine* devido a diferenças filosóficas e barreiras culturais entre os países onde são originadas as medecinas tidas como tradicionais e os países do ocidente onde elas agora são praticadas como alternativas e complementares.

Esses autores comentam que, nas sociedades industrializadas, o uso de medicina alternativa e complementares ocorre em uma população com alta qualidade de vida e escolaridade, enquanto que para as minorias étnicas e os grupos populacionais em piores condições sócio-econômicas o acesso à biomedicina se torna mais difícil. Assim, esses segmentos da população utilizam prioritariamente sistemas médicos mais tradicionais. Nessa situação, contudo, não se pode falar em

medicina complementar, pois ela é o principal recurso, tendo em vista que a medicina convencional não é acessível a essas pessoas.

Nos Estados Unidos foi criado, em 1990, o *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, um componente do *National Institute of Health*, com o objetivo de analisar, propor políticas públicas e controlar o uso das medicações alternativas e complementares. Este órgão reconhece que vários termos podem ser usados para descrever os cuidados em saúde que não fazem parte da realidade da medicina convencional (White House, 2002). Medicina convencional pode se referir àquelas práticas médicas que se convencionou serem disponibilizadas para a população sob o controle do sistema nacional de saúde e, em muitos países, subvencionadas pelo Estado. A medicina convencional é também conhecida como biomedicina, medicina alopática e medicina ortodoxa, ou seja, aquelas práticas médicas baseadas em evidências científicas ou pelo menos assim apresentadas pela comunidade médica e científica.

Para os integrantes do *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, as medicações complementares são complementares à medicina convencional. Um exemplo seria o uso de aromaterapia para diminuir o desconforto do paciente após um procedimento cirúrgico. Não é o caso das medicações alternativas, que são usadas em substituição à medicina convencional. É o que acontece, por exemplo, quando o doente opta por uma dieta especial para tratar câncer em lugar de recorrer a cirurgia, radioterapia ou quimioterapia recomendada pelo médico. Esta instituição entende medicina alternativa e complementar como um grupo de diversos sistemas médicos e de cuidados em saúde, práticas e produtos que não são considerados, no presente, parte da medicina convencional.

No final da década de 1990, com o aumento da oferta e procura de medicações alternativas e complementares e o conseqüente aporte econômico a esse setor, somado à insatisfação generalizada com a organização dos sistemas nacionais de saúde nos Estados Unidos e Reino Unido, criou-se o termo “medicina integrativa” na tentativa de conceber um sistema que contemplasse as diferentes medicações. Nos Estados Unidos esse conjunto foi denominado medicações integrativas e, no Reino Unido, medicações integradas.

Mais recentemente nos Estados Unidos foi criado o Centro Nacional de Saúde Complementar e Integrativa (*National Center for Complementary and Integrative Health - NCCIH*), anteriormente Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa (*National Center for*

Complementary and Alternative Medicine - NCCAM), que tem como objetivos definir, através de rigorosas investigações científicas, a utilidade e a segurança das intervenções complementares e integrativas e com informações baseadas em pesquisa para orientar a tomada de decisões em saúde.

Medicina integrativa é o conceito mais recente no debate a respeito da articulação de diferentes sistemas médicos e sinaliza a busca de um modelo que viabilize a introdução e o gerenciamento dessas novas práticas nos sistemas nacionais de saúde (Otani, 2011). Este conceito retrata a integração entre as práticas complementares e alternativas e o modelo biomédico, ou das práticas convencionais com as não convencionais. Ele combina as principais terapias médicas convencionais e as terapias complementares e alternativas que apresentam uma alta qualidade científica nas evidências de sua efetividade (White House, 2002).

Por um lado, medicina integrativa pode ser interpretada como uma combinação entre as medicinas convencional, alternativa e complementar, por outro, esse conceito pode significar um novo paradigma, mais abrangente, com um alcance que vai além da simples combinação de diferentes modalidades de tratamento. A definição de medicina integrativa, no sentido de integração ou combinação das medicinas, tem como objetivo oferecer melhores cuidados aos pacientes, dando a eles oportunidade de optar pela forma de tratamento que julgar mais adequada.

Pensar a medicina integrativa do ângulo de uma oposição entre o caráter holístico das medicinas alternativas e a cientificidade da biomedicina leva a uma incompatibilidade dessas práticas. Por isso o modelo integrativo supõe uma interpretação que vai além da perspectiva mecanicista biomédica (Otani, 2011). Seus praticantes levam em conta fatores genéticos, ambientais, nutricionais, psicossociais e estressantes nos processos de doença. A medicina integrativa também estimula a ênfase na prevenção das doenças e promoção da saúde. Essa filosofia integrativa é compatível com a definição de saúde dada pela OMS, a qual iguala saúde e bem-estar: “*saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*” (Bell, 2002, p.134).

A definição de medicina integrativa apresenta uma grande variedade de referências dependendo dos autores estudados, entre os quais: englobam várias modalidades terapêuticas e filosóficas que geralmente não são consideradas parte da medicina convencional (Fontanarosa, 1998);

colocadas dentro dos padrões profissionais aceitos (Foley, 1999); através de uma visão global do paciente em corpo, mente e espírito (Rees, 2001); coloca o paciente no centro da relação terapêutica (Capsi et al., 2003); para alguns, as medicinas científica e holística não são incompatíveis, podem se complementar em harmonia (Ernst, 2004).

Mais recentemente, com a valorização das medicinas tidas como alternativas e na perspectiva de uma medicina integrativa, alguns autores relatam que a medicina deve ser tratada como um sistema cultural como outro qualquer e o sistema biomédico não deve ser tomado como padrão comparativo para avaliar outras medicinas. A biomedicina é mais uma medicina, ela mesma complementar e alternativa (Cassid, 2002, p. 894). Um exemplo disso é a medicina integrativa chinesa que integra a medicina tradicional chinesa, nesse caso a convencional, com a medicina moderna ocidental (Chen, 1999).

Evidência científica

Um dos pontos de conflitos quando pensamos em medicinas integrativas e políticas públicas em saúde refere-se às discussões sobre a eficácia científica das medicinas tidas como complementares e alternativas. Na origem do conceito de medicina integrativa, bem como de biomedicina, há um pressuposto de que evidências científicas de eficácia clínica são necessárias para validar essas práticas terapêuticas perante instituições governamentais em vários países do mundo ocidental.

Para usuários dos serviços de saúde, a evidência de eficácia científica parece não ter muita relevância, pois apesar de muitas vezes não haver comprovação científica de como as medicinas alternativas e complementares funcionam, eles continuam a utilizá-las. Segundo Bell (2002, p.137), *“no Reino Unido e nos Estados Unidos a falta de evidência e controle científico da eficácia das medicinas alternativas e complementares parece não ter muito impacto no aumento, pela população e pelos profissionais, do uso destas terapêuticas”*.

Ainda que evidências e controle científico sobre a eficácia não representem maior empecilho para maioria da população e dos terapeutas, um dos pontos críticos na combinação da biomedicina com as medicinas alternativas e complementares, nas propostas de exercer a medicina integrativa nas políticas públicas, refere-se à metodologia utilizada para qualificar a eficácia das terapias. Nos serviços públicos em saúde dos Estados Unidos, Austrália e Reino Unido, a questão da comprovação científica da eficácia dos diferentes sistemas médicos tem grande importância, pois sua utilização crescente gera a necessidade de controle governamental. Este controle tem consequências que implicam

na redistribuição de orçamentos para os serviços públicos, na profissionalização de seus praticantes, bem como na definição de padrões que possam regulamentar estas práticas (Bell, 2002).

O reconhecimento das diferentes práticas em saúde pelos padrões de uma medicina cujas práticas são avaliadas desde o modelo do cientificismo biomédico, para evidenciar sua eficácia, produz a exclusão de muitos dos conhecimentos locais e não biomédicos acionados para lidar com problemas de saúde. Esta metodologia, conforme Kirmayer (2006) tende a promover a perpetuação de práticas tidas como universais, mesmo que não apresentem tanta eficácia na práxis terapêutica. Isso sem contar que suas pesquisas geralmente são controladas pela indústria farmacêutica, que tem grande interesse em produzir novos produtos para o mercado da saúde e criar novos mercados através da influência na educação e na prática médica contemporânea.

Na maioria dos Estados em que o modelo da medicina biomédica é hegemônico e dominante, a metodologia de validação da eficácia científica das práticas médicas recai na proposta de comprovar a evidência clínica por meio de um estudo duplo cego randomizado (ECR). O estudo clínico randomizado (ECR) consiste basicamente em um tipo de estudo experimental desenvolvido em seres humanos que visa ao conhecimento do efeito de intervenções em saúde. O ECR é considerado uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para a prática clínica e se diferencia dos demais tipos de estudos clínicos experimentais pelo fato de os participantes receberem uma proposta de intervenção de forma aleatória (Souza, 2009).

No âmbito da classificação dos estudos científicos em saúde, pode-se dizer que os ECRs são, dentre os estudos primários, os de maior relevância para a clínica. As revisões sistemáticas, apesar de serem consideradas ainda mais relevantes, pois os estudos secundários em saúde ou desenvolvidos em animais são desconsiderados. Um segundo aspecto relevante no ECR é sua natureza prospectiva; as intervenções são planejadas antes e a exposição é controlada pelos pesquisadores. Em terceiro lugar, duas ou mais intervenções são comparadas no estudo. Uma ou mais entre essas intervenções pode ser consistir em um grupo controle sem nenhum procedimento ativo (ibid.)

Essa metodologia é amplamente aceita como o critério científico para comprovar a eficácia de diferentes terapêuticas e práticas em saúde. Esse estudo duplo cegos pode ser analisado como uma forma ideológica e científica de oferecer aos doentes somente aquelas intervenções

terapêuticas que tenham sido avaliadas em um estudo inquestionavelmente sensível e moralmente correto. A metodologia corresponde a uma concepção de saúde, doença, tratamento e eficácia terapêutica conforme à ciência biomédica, a qual é realizada em instituições comprometidas politicamente e economicamente o com o modelo de saúde biomédico.

Os dados das pesquisas baseadas em ECR têm sido usados para limitar as atividades das terapias complementares não biomédicas, como também para criar estratégias políticas para a difamação de determinadas práticas alternativas. Barry (2006, p.2651) afirma que, além de serem usadas no estudo da eficácia clínica, essas evidências são direcionadas por interesses político-econômicos, os quais determinam como as medicinas alternativas vêm sendo integradas, assimiladas ou bloqueadas no sistema biomédico.

Por outro lado, essa metodologia científica é bastante questionada com base em vários outros tipos de estudo, de diferentes áreas, desenhados para avaliar eficácia terapêutica, principalmente da sociologia e antropologia médica. Um dos pontos questionáveis na metodologia ECR é sua incongruência quanto aos fatores que as medicinas alternativas e complementares englobam (Wang, 2014), pois essa avaliação desconsidera fatores individuais, sociais, psicológicos, ambientais e espirituais. Para (2005), estudos randomizados é parte do controle hegemônico da biomedicina sobre as práticas tidas como alternativas. Além de examinarem apenas aspectos biológicos e generalizações epidemiológicas, característicos da ciência biomédica, tais estudos omitem aspectos da eficácia que são relevantes para usuários e praticantes.

Os estudos realizados pelo *National Health Center*, no Reino Unido, avaliam a prescrição de medicamentos homeopáticos através da ciência biomédica, coletando pouca informação sobre o paciente, o que resulta em uma avaliação parcial da medicina homeopática (Barry, 2005). Em uma pesquisa sobre a prática da homeopatia no sul de Londres, Barry (ibid.) relata que os homeopatas prescrevem medicamentos a partir da totalidade do doente. A necessidade de uma consulta mais complexa deve-se ao imperativo de conhecer desde aspectos clínicos e psicológicos, até os contextos social, cultural e espiritual do paciente, no intuito de investigar um medicamento particular para o paciente, não para seus sintomas.

Esta incompatibilidade metodológica também é apontada por Quah (2003) em um estudo sobre medicina tradicional chinesa. Em

Cingapura, a medicina chinesa tem um *ethos* diferente daquele da ciência, porém o Estado exige que a segurança e a eficácia dos procedimentos relativos à medicina tradicional chinesa e seus medicamentos seja apurado segundo a metodologia científica. A autora argumenta, entretanto, que a medicina tradicional chinesa, no caso da acupuntura tanto quanto dos medicamentos chineses elaborados com compostos de ervas nativos, tem o “*ethos* da cura pragmática” fundamentado na aculturação pragmática da prática clínica, que seria uma forma alternativa ao *ethos* da ciência. Isto é, os medicamentos e a acupuntura têm a comprovação de sua eficácia construída na prática clínica, que se diferencia de uma eficácia comprovada cientificamente. Portanto, a necessidade de eficácia científica em uma ação cultural pragmática é uma resposta inadequada ao desafio de integração entre as diferentes formas de cuidar da saúde, porque aumenta a divergência entre as exigências da política de cuidados de saúde, de cunho essencialmente científico, e a promoção da medicina tradicional chinesa como um ícone da cultura chinesa.

A metodologia de ECR utilizada nas pesquisas de eficácia é contestada por Barry (2006). Ela defende que a produção de eficácia científica não é somente biológica, mas é um processo social e científico, diferente de uma pesquisa realizada exclusivamente em laboratório. É preciso considerar a pesquisa na vida real, pois a avaliação baseada apenas na evolução clínica de um paciente tem significados diferenciados dependendo do tipo de terapêutica usada. Logo, o uso de evidências etnográficas demonstra um aspecto que diz respeito ao entendimento sobre como as terapias trabalham na vida real das pessoas. As evidências etnográficas não são um suporte estatístico, mas são culturalmente construídas e profundamente ligadas às estruturas políticas e econômicas da sociedade. As pesquisas etnográficas sobre o relacionamento entre terapeutas e pacientes revelam um universo à parte daquele abrangido pelos estudos clínicos randomizados e apontam para a necessidade de se olhar a inter-relação entre doente e terapeuta de forma singularizada e específica (Barry, 2002; Faldon, 2005).

Ao mudar o foco da metodologia de pesquisa dos parâmetros biológicos para os atores e buscar o ponto de vista de usuários e terapeutas que utilizam medicina integrativa, podem-se produzir novas interpretações sobre sua eficácia (O'Connor, 2002). A eficácia de determinada prática em saúde deve ser analisada de uma forma mais completa e holística, precisa englobar os aspectos biológicos, mas também sociais, culturais e espirituais do doente.

A análise das narrativas dos pacientes feita por Macguire (1988) mostra que o sucesso do tratamento para os doentes associa-se a uma mudança em seu comportamento, à alteração de sua identidade, de si mesmo e a uma mudança do significado de sua experiência corporal e não somente aos aspectos biológicos de seu corpo. Csordas (1990) analisa experiência vivida em uma comunidade carismática pentecostal. Ele mostra como cantos, tambores, danças e dramas alteram o estado do corpo e se constituem como uma prática terapêutica. Adam (2002) faz um estudo etnográfico comparando a prática de Shiatsu no Japão e no Reino Unido e ilustra como em cada país esta prática é diferenciada em relação ao local e contexto cultural onde está inserida. Barry (2005), em pesquisa etnográfica sobre clínicas homeopáticas de baixo custo em Londres, mostra que a efetividade da homeopatia parte de outra concepção sobre saúde, doença, corpo e natureza do processo de saúde. Ela indica que para seus usuários, a saúde é a interdependência entre o social, físico e espiritual e a doença é uma parte ativa e positiva da saúde. Wang (2014) trabalha com o conceito de que as medicinas são consideradas alternativas e complementares somente de acordo com o contexto cultural ao qual estão inseridas. Assim, no México, as pessoas não consideram a homeopatia como tipo de prática médica alternativa, mas nos Estados Unidos a homeopatia é um tipo de prática alternativa, em contraste com a biomedicina. Tendo em vista o que demonstram todos esses estudos, parece inegável que para avaliar a eficácia terapêutica de determinada terapia ou sistema de saúde, o contexto cultural no qual as práticas e significados se inserem precisa ser incluído na metodologia de pesquisa (Tannen, 1987).

O contexto da saúde na atualidade baseado na percepção do sofrimento humano pela ótica biológica da biomedicina tem gerado a necessidade de novos olhares e perspectivas sobre o processo saúde/doença e tratamento que acoplem a complexidade do mundo pós-moderno, pois as práticas biomecânicas da saúde não têm dado mais explicações e resultados satisfatórios. É necessário desenvolver outro tipo de relação com o processo de adoecimento, menos mecânica e mais humanizada. Uma relação em que as interações sociais, ecológicas e cosmológicas ofereçam mais explicação para a condição humana, vivenciada nas práticas não biomédicas, que levam em consideração a intuição, a energia vital, o holismo entre outros conceitos (Tesser, 2008).

Na busca de uma visão mais ampla do processo saúde/doença e tratamento, as conexões entre dimensões econômicas, sociais e políticas também tem que ser examinadas. Nos estudos da antropologia crítica,

alguns sistemas de conhecimento são considerados mais válidos que outros, condicionados pelas circunstâncias sociais e valores culturais, em especial o contexto político e econômico do qual ideias e comportamentos são parte, ao mesmo tempo em que produzem impacto sobre o mundo. A biomedicina, com seu poder econômico e a universalização de seu conhecimento, demarca estratégias epistemológicas, políticas e econômicas que favorecem a manutenção de sua hegemonia e que são utilizadas pelos interessados na manutenção deste poder.

O poder da ciência biomédica em controlar a disseminação de conhecimentos determina a formação de profissionais de saúde nas universidades brasileiras, sob o manto da falta de evidências da eficácia das medicinas alternativas (Teixeira, 2005). O interesse de diferentes setores da sociedade na perpetuação do poder biomédico, bem como na manipulação e controle dos mercados farmacêuticos, recai sobre a neutralidade e objetividade das pesquisas realizadas com a metodologia de ensaio clínico randomizado (Barry, 2006, p.2649). Na Austrália, no Reino Unido (*British Medical Association*) e nos Estados Unidos (*American Medical Association*), as instituições governamentais analisam as práticas de diferentes medicinas através de avaliações com a metodologia de ECR e afirma a falta de eficácia científica, as consequências são acentuar a dominância da biomedicina, restringir direitos de exercer medicinas alternativas e complementares, bem como monopolizar os fundos econômicos (Baer, 2004).

O quadro esboçado pela sociologia crítica vai em direção a ideias de que o desenvolvimento dos serviços de saúde é modelado por um processo estrutural que, frequentemente, reflete desigualdades e o poder de dominação de um grupo profissional sobre outro, associado aos recursos à disposição para os diferentes grupos de profissionais (Adams, 2009). Esta disputa de poder influencia a ideologia dominante nas políticas em saúde, que através do poder de instituições econômicas e do Estado interferem nas intervenções clínicas, nas condutas administrativas e na disponibilidade de recursos financeiros, tirando a autonomia do profissional e alterando a relação médico-paciente (Faldon, 2005, p.130).

Neste estudo, parte-se da idéia que a avaliação da eficácia científica de diferentes sistemas de saúde deve ser realizada de forma mais completa e realística, acoplando modelos biológicos, sociopolíticos, culturais e espirituais, visando à criação de uma metodologia que não se restrinja

aos aspectos biológicos e epidemiológicos do sofrimento humano, mas que possa abarcar outras dimensões da existência humana.

Antropologia e epidemiologia

A partir do século XX ocorre uma crescente incorporação das concepções e explicações médico-sociais na etiologia das doenças, na epidemiologia e no modelo médico sanitário, demonstrando que uma parte desses conhecimentos é construída nas ciências sociais, na antropologia e na sociologia, mas sem perder seu cientificismo (Luz, 1998). Ao estudar a antropologia da saúde em diferentes contextos de etnomedicina, Langdon (1995) defende que se invista mais esforço no diálogo entre antropologia e medicina com a proposta de construir um modelo alternativo capaz de relativizar a biomedicina. A biomedicina é um modelo médico entre vários outros modelos, seja dos chineses, hindus, indígenas ou alternativos. Estes estudos apontam para a necessidade de se adotarem novas metodologias, mais holísticas, na avaliação dos diferentes sistemas de saúde, que proporcionem um maior diálogo entre a medicina e a antropologia social.

As discussões sobre a complementaridade entre epidemiologia e antropologia se tornaram objeto de estudo necessário na atualidade, na perspectiva de integração metodológica nos estudos em saúde, tendo em vista que conceitos, crenças, eficácias e tratamentos distintos da biomedicina estão presentes nas práticas alternativas, na etnomedicina ou na psiquiatria. A colaboração entre duas áreas do conhecimento, uma biológica e outra cultural, parece ser essencial para que se possa de alguma maneira levantar novas discussões sobre práticas em saúde, não só no Brasil, mas em vários países.

Desde a Conferência de Alma-Ata se consolidaram propostas de participação, valorização do saber popular e tradicional e, posteriormente, de práticas alternativas na elaboração de estratégias de ação em saúde pública e nos sistemas locais de saúde. Além disso, o quadro das recentes mudanças no perfil epidemiológico da saúde, de doenças infecciosas para as doenças crônico-degenerativas, violência, dependência química e AIDS, valoriza a necessidade das aproximações qualitativas nas pesquisas, em conjunto com o conhecimento dos grupos sociais (Menéndez, 1988). Consequentemente, se faz premente um maior diálogo entre a antropologia médica, a psicologia e a medicina (Hanh, 1995, p.41).

Nos últimos anos tem se afirmado e reconhecido a complexidade e multidimensionalidade dos problemas no campo da saúde, bem como a necessidade de se buscar articulações entre distintas abordagens nos

discursos acadêmicos e na elaboração de políticas institucionais. A incorporação de estudos etnográficos em linhas de investigação epidemiológica torna-se um ponto de convergência destes estudos e suas interferências no campo da saúde (Grimberg, 1998). Contudo, estudos sobre as relações entre epidemiologia e antropologia são escassos e pontuais. Além disso, esses estudos parecem corresponder mais às preocupações sugeridas no campo antropológico. De acordo com Inhorn (1995), a maioria das publicações destaca mais pontos de divergência e dificuldades do que possibilidades de confluências e encontros nessa relação.

Inicialmente estas discussões enfatizavam a dualidade cultural/biológico, normal/patológico, local/global, diferença/homogeneidade, *emic/etic*, *illness/disease*, qualitativo/estatístico, profundidade/generalização, identificando os respectivos métodos da antropologia e da epidemiologia como dois polos com características tradicionalmente opostas. O método epidemiológico, a princípio, pressupõe uma separação radical entre o sujeito e o objeto, tendo como parâmetros a medida, a objetividade e a neutralidade, além de trabalhar com explicações causais elaboradas a partir de investigações estruturadas (Menéndez, 2003). O método antropológico rompe com o distanciamento entre o sujeito e o objeto. Sua objetividade na pesquisa é construída levando em consideração a intersubjetividade, o erro e o inesperado que ocorrem no processo da investigação. A antropologia pretende compreender e interpretar o significado das práticas estudadas segundo diferentes contextos culturais em que se situam (Castel, 1998).

Na antropologia, a utilização do conceito de cultura é pertinente nas formas sociais de expressão da doença, nos modos de prevenção e enfrentamento das doenças e na escolha dos meios de tratamento. Além do que, os hábitos, costumes e crenças que integram a vida humana e as diversas formas de viver, orientam certas práticas alimentares e religiosas, certos padrões de organização familiar e comportamentos que interferem positiva ou negativamente na saúde. A epidemiologia, por sua vez, persegue o experimento e o artifício da quantificação. Na busca de uma relação causal a epidemiologia procura associações estatísticas entre os possíveis fatores determinantes e a ocorrência de doenças em populações humanas. Fatores biológicos próprios das doenças são combinados a outros determinantes que podem estar entre as características individuais dos membros das populações estudadas, como sexo e idade; características sócio-econômicas, como renda e

profissão; características geográficas, relacionadas às formas de ocupação do espaço; bem como ligadas à cultura, aos hábitos e comportamentos.

Levando em consideração que não é possível ordenar com precisão os fenômenos no campo da saúde sob nenhuma das categorias citadas, como sucede em muitas enfermidades psiquiátricas (Sevalho, 1998) e na maioria das práticas alternativas, há que se ponderar que o adoecimento humano se caracteriza por ser um objeto de estudo que resiste a determinados enquadramentos metodológicos. A doença no plano da causalidade biológica ganharia expressão através do método epidemiológico e a doença como experiência, no plano simbólico e cultural, é passível de ser retratada pela antropologia médica ou da saúde (Castiel, 1998).

Alguns autores (Castiel e Zulmira, 1998), afirmam que o adoecimento humano acontece da mesma maneira que se dá a interação mente-corpo e sociedade. Eles opinam que a epidemiologia, por se fundamentar em pressupostos estrutural-funcionalistas, desconhece que "*os indivíduos constantemente monitoram suas ações em processos interativos, negociando, adaptando e modificando significados e contextos, assegurando a si mesmos a validade destas ações*" (Barreto e Alves, 1994, p.134). A epidemiologia, em sua tenacidade positivista, despreza os conflitos, o poder transformador do confronto das ideias e da negociação científica.

Para Sevano (1998, p.47) "*uma colaboração entre a antropologia e a epidemiologia, aparece como uma necessidade dos tempos modernos em que o modo de pensar o conhecimento é complexo*", ainda que estas perspectivas possam comportar distintas concepções sobre a natureza do social e dos sujeitos envolvidos. Se por um lado a apreciação dos aspectos culturais do adoecer humano possibilita uma análise mais profunda das situações estudadas, por outro lado, certas diferenças entre a epidemiologia e a antropologia podem representar obstáculos a uma cooperação mútua.

Uma das principais dificuldades em um trabalho que envolva perspectivas antropológicas e epidemiológicas em relação ao campo da saúde, diz respeito à perspectiva da construção de um objeto de estudo a partir das categorias médicas do modelo biomédico (Grimberg, 1998). A epidemiologia favorece a tentativa de determinar a incidência (quantitativamente) de distribuição de determinadas enfermidades em variadas populações, com a possibilidade de estabelecer generalizações de base estatística. Enquanto o modelo antropológico favorece a

metodologia de pesquisa geralmente com bases qualitativas (Menéndez, 2003).

As limitações dos estudos epidemiológicos são suas medições, que tendem a desconhecer a complexidade do campo social onde os processos de saúde, doença e atenção ocorrem, e se ocuparia de entidades empiricamente verificáveis. A antropologia, por sua vez, atenderia os aspectos subjetivos e intersubjetivos das representações e de suas práticas. De lados extremos percebe-se o reducionismo positivista da epidemiologia e o holismo humanista da antropologia (Fabrega, 1974; Gifford, 1986).

Na proposta de uma maior integralidade entre a epidemiologia e a antropologia, outra dificuldade seria relacionada aos modelos explicativos da doença e suas causalidades. A epidemiologia se centraria em uma causalidade linear e em um número limitado de fatores causais (Bibeau, 1992), quase sempre focalizando comportamentos individuais e certas características comuns, como idade, gênero, educação, dirigido a identificar grupos e comportamentos de risco. A antropologia interpretativa parte de uma concepção mais holística que privilegia modelos explicativos centrados na análise contextual na produção ou construção dos problemas, enfatizando mais os significados culturais e os aspectos subjetivos e intersubjetivos (Kleinman, 1978). A antropologia situa os problemas a partir da perspectiva dos atores, utilizando categorias mais amplas e menos definidas (Bibeau, 1992); tem como objetivo analisar a experiência da doença, nos sentidos culturais e as relações sociais que constituem esta experiência.

No campo da antropologia surgem algumas críticas aos modelos de análise social interpretativos, direcionados quase que exclusivamente para a experiência dos sujeitos, pois segundo a visão da antropologia crítica, podem excluir aspectos macrosociais e macro culturais que influenciam os processos de saúde/doença e tratamento. Esses modelos reduzem a realidade à experiência dos sujeitos, aos eventos clínicos e à percepção da enfermidade (Menéndez, 2003). Análises das relações sociais são, então, produzidas exclusivamente do ângulo das relações médico-paciente-família, sendo que as relações na esfera macrosocial, bem como as relações comunitárias ficam excluídas. O enfoque microssocial não engloba em sua abordagem as estruturas sociais nem a dimensão político-econômica associada a processos de saúde, doença e atenção. Para Hanh (1995), a análise interpretativa é essencial para entender os processos culturais e o etnocentrismo da sociedade ocidental, mas não privilegia a dimensão biológica das doenças, a qual

deve ser analisada pela ciência, na procura de leis, presumivelmente causais, que estão excluídas das análises antropológicas.

As abordagens da epidemiologia e da antropologia reconhecem a multicausalidade da maioria dos problemas em saúde e questionam modelos de doença baseados em um único fator causal (Menéndez, 1998). Os antropólogos têm a tendência de explicar os processos que envolvem saúde, doença, enfermidade e atenção a partir de uma visão sociogênica, as quais correspondem as dimensões socioeconômica ou sociocultural, mas não a biológica, enquanto os epidemiologistas partem da patologia, entendida como problema médico. Mas como afirma Hanh (1995, p.53), essa dicotomia entre o biológico e o social não existe, pois as diferentes dimensões do adoecer humano estão envolvidas nas motivações das pessoas e são expressas através de significados simbólicos fazem parte de um mesmo movimento.

As condições de vida dos indivíduos têm a ver com a casualidade, desenvolvimento, controle e solução dos problemas, tanto para a epidemiologia quanto para a antropologia. A epidemiologia, porém, acolheu com maior ênfase o estilo de vida de grupos populacionais como importantes fatores no desenvolvimento de algumas doenças degenerativas, violência e dependência. A antropologia maneja o conceito de estilo de vida de uma maneira mais holística, enquanto a epidemiologia tende a reduzi-lo a um comportamento de risco. As duas disciplinas supõem a existência de um processo de construção da enfermidade. Na epidemiologia esse processo se traduz como história natural da doença e, na antropologia, como história social do sofrimento. As duas abordagens também compartilham uma proposta preventiva das doenças, articulando diferentes dimensões da realidade com objetivo de limitar a extensão e a gravidade das doenças (Menéndez, 1988).

Apesar desse campo de estudos da saúde, apoiado nos conhecimentos epidemiológicos e antropológicos, apresentar as dificuldades acima relatadas, a epidemiologia e a antropologia médica têm várias perspectivas e pontos em comum (Inhorn, 1995) que, por vezes, são complementares. A antropologia médica tem assinalado a evidência de que as doenças são construções culturais, demonstrando uma rápida mudança na definição biomédica de doença. É o que ocorre em relação a causalidade e definição das doenças presentes nos modelos de atenção populares, tradicionais ou alternativos, em que se observa que as definições de doença e suas causas são específicas aos contextos culturais. Estes exemplos dão uma importante contribuição no sentido de evidenciar o valor da abordagem interdisciplinar, identificando não

somente campos de divergência, mas também convergências entre as duas disciplinas.

A epidemiologia social, para Inhorn (ibid.), dedica-se ao estudo das relações sociais entre pessoas doentes em determinada população, mais do que se limita a definições biomédicas das doenças. A epidemiologia e a antropologia médica têm papel semelhante em relação à biomedicina. Ambas têm um papel mais periférico ao conhecimento científico tradicional biomédico. A metodologia de pesquisa epidemiológica não parte de uma abordagem experimental, mas observacional, semelhante aos estudos antropológicos, que são realizados através de observação participante.

Por um lado, alguns antropólogos negligenciam o mundo objetivo, por outro, os epidemiologistas dispensam a análise subjetiva em suas pesquisas. Os antropólogos realizam estudos etnográficos de determinada população, ou lugar, na tentativa de entender o contexto local. Acreditam que suas observações, bem como as análises subsequentes, não se referem ao contexto físico, mas à interpretação de ações e enunciados dos participantes da cena local. Os epidemiologistas, por sua vez, falam de variáveis mensuráveis e coleta de dados como informações das coisas no mundo que independem do observador ou das crenças culturais ou psicológicas. Os dados epidemiológicos podem ser analisados e combinados com outros dados para desenhar uma conclusão lógica. As informações coletadas sobre pessoas em determinado local e cultura geram conclusões que não incluem a singularidade daquela população. Ao contrário, a análise epidemiológica parte de representações e indicações de um processo universal em que as distorções são ajustadas independentemente do contexto da pesquisa (Hanh,1995).

Os parágrafos anteriores trataram das diferenças epistemológicas entre antropologia e epidemiologia, bem como do modo que cada disciplina descreve como os praticantes sabem o que eles sabem, o que justifica o método que usam no desenho dos estudos, observações, análise de dados e planejamento de interferências. As duas disciplinas são distintas, mas não contraditórias, são metodologias de análise, seja baseada em conhecimentos universais epidemiológicos, seja apoiada em significados particulares alcançados pelos antropólogos.

No campo das medicinas alternativas, os conhecimentos antropológicos e epidemiológicos se tornam complementares e essenciais na medida em que o conhecimento dos aspectos culturais e psicológicos do indivíduo é necessário para se compreender a eficácia de uma terapêutica

alternativa. Da mesma maneira, o conhecimento epidemiológico é necessário na formulação de estratégias associadas ao planejamento e organização de serviços e ações em saúde pública de diferentes populações. Apesar das dificuldades e divergências, as duas disciplinas associadas de modo interdisciplinar são fundamentais para a compreensão e o entendimento de diferentes terapêuticas e suas respectivas epistemologias nas sociedades contemporâneas.

Terapias alternativas, ciências sociais e eficácia clínica.

Para compreender um processo existencial de cura é necessário ter em vista especificidades sociais e psicológicas do doente, desde contextos culturais específicos (Csordas, 2008, p.30). Em seu estudo em Taiwan, sobre terapêuticas tradicionais em saúde, Kleinman e Sung (1979) relatam que enquanto para um médico ocidental o alívio dos sintomas é um critério fundamental para definir a cura de uma doença, um “xamã” pode julgar uma pessoa enferma mesmo com o alívio dos sintomas, até que o espírito maligno que causa a doença seja banido dela. De modo similar, um médico chinês pode fazer o mesmo julgamento se a harmonia entre diferentes elementos não foi ainda restabelecida.

A homeopatia e a acupuntura têm preceitos filosóficos, práticos e terapêuticos semelhantes, que se baseiam nos princípios do holismo, da energia e da individualidade. Ambas propõem uma terapêutica de cura que tem como objetivo o equilíbrio energético das pessoas em seu meio social e cosmológico. A homeopatia fundamenta-se no princípio de que o semelhante cura o semelhante. Seus medicamentos são desenvolvidos a partir de experimentações de substâncias do mundo natural (mineral, animal e vegetal) em seres humanos, os quais foram catalogados em uma coleção denominada Matéria Médica Homeopática. Ao quadro dos sintomas do sofrimento do paciente associa-se o quadro da substância mais semelhante à sintomatologia apresentada por ele. As matérias médicas contêm desde sintomas físicos em diferentes partes do corpo, diversos estados psicológicos, emocionais, comportamentais, até as relações dos indivíduos com o meio ambiente e com o cosmo. A partir da narrativa do doente e de observação, o médico procura encontrar que substância apresenta uma maior semelhança com a narrativa (Barry, 2006). Assim, as síndromes correspondem aos nomes das substâncias dos três reinos da natureza — mineral, animal e vegetal — como, por exemplo, *Sulphur*, *Lachesis*, *Lycopodium* etc.

Na homeopatia, inversamente ao diagnóstico biomédico, as prescrições são individualizadas e a escolha do medicamento baseia-se em sintomas não restritos à dimensão biológica da doença. Quah (2003) faz similar

referência a essa incompatibilidade com a prática biomédica no caso da medicina tradicional chinesa, da qual a acupuntura é um componente. Na acupuntura os sintomas do paciente são agrupados em síndromes descritas em termos de harmonia entre o *yin* e *yang*, que representam o quente e o frio, ou as cinco esferas corporais, a circulação energética, sua relação com estados emocionais do paciente e com outros aspectos da natureza.

Para Csordas (2008), o estudo comparativo entre o sistema biomédico e sistemas médicos alternativos põe em evidência o papel dos princípios etiológicos da própria biomedicina. O paradigma dominante é predominantemente ontológico, definindo as doenças como entidades biológicas discretas, reduzindo as várias dimensões, espiritual, social, cultural e psicológica, que nomeiam o mesmo processo. A noção de causa no sistema biomédico é compreendida na perspectiva de doença como entidade, em vez de um processo ou evento. De maneira que a comparação entre diferentes medicinas, cada qual com sua forma de cura para o mesmo fenômeno de adoecimento, podem gerar relatos ininteligíveis em função da inabilidade metodológica de sua avaliação mútua (ibid.).

A medicina baseada em evidência, valorizada na prática biomédica contemporânea, traduz-se em uma maneira de exercer a medicina na qual a experiência clínica é direcionada pela capacidade crítica de aplicar a informação científica racionalmente, no intuito de melhorar a qualidade da assistência médica (Lopes, 2000). Em pesquisas antropológicas, a evidência não é produzida por metodologias que envolvem estandardização e randomização, mas se compõem do que as pessoas sentem, individualidade, intersubjetividades e responsabilidades sobre seu corpo.

Na maioria das medicinas tidas como alternativas o paciente tem que assumir um papel ativo no processo de saúde e doença, ele é corresponsável, junto com o terapeuta, por tratar e prevenir seus adoecimentos. Barry (2006, p.2650) avalia que o paciente faz parte ativa do seu tratamento, independente dos guias de uma medicina baseada em evidência. A singularidade e individualidade da relação médico-paciente, como também da terapêutica e do processo de cura não são devidamente valorizados pela biomedicina, dando lugar a uma visão impessoal e universal dos pacientes e de sua saúde. Ela relata a necessidade de uma pesquisa etnográfica na avaliação da eficácia das medicinas alternativas e suas práticas, pois a etnografia revela as interações na vida real entre os membros da comunidade e seus

itinerários e processos em saúde. Mostrando os caminhos nos quais as pessoas constroem significados e como se dá a relação entre um paciente específico e seu cuidador específico no âmbito de um sistema de saúde.

A medicina baseada em evidência retira o ator como sujeito de suas pesquisas para analisar as bases biológicas das patologias, para criar padrões universais que se tornam distantes da vida dos doentes. Diferenças de corpos, crenças, experiências sociais e culturais são desconsideradas, bem como a intersubjetividade e as relações envolvidas em processos terapêuticos. As medicinas alternativas se aproximam mais da antropologia em relação aos estudos no campo da etnomedicina. As medicinas alternativas, como a maioria das etnomedicinas, valorizam a participação do ator e as correlações espirituais, sociais e culturais nos processos de saúde e doença. A pretensão de entender a experiência e significação de saúde e doença para as pessoas vai ao encontro dos modelos terapêuticos alternativos.

Nas décadas recentes, as medicinas alternativas vêm ganhando algum espaço nos estudos antropológicos, na sociologia e na saúde coletiva, como alternativa à hegemonia biomédica. Há poucos estudos das ciências sociais relativos ao uso de terapias alternativas nas culturas ocidentais. As primeiras etnografias neste campo foram realizadas na década de 1980, por Macguire (1988), que mostrou como a saúde tem sido vista por terapeutas e pacientes. Csordas (1990) é outro autor na antropologia médica que pesquisa medicinas alternativas em saúde, mas utilizando-se da fenomenologia na análise da incorporação (*embodiment*) em comunidades carismáticas nos Estados Unidos.

A análise fenomenológica se focaliza na experiência e entende o corpo como sujeito do conhecimento, da experiência e do significado da doença. Essa perspectiva é muito similar à da medicina homeopática e acupuntura. A ênfase é colocada não em um corpo individual, substrato biológico universal sobre o qual atua a cultura, mas em um corpo fenomênico, que é a sede de diferentes formas de ser e estar no mundo, uma condição para diferentes configurações culturais de enfermidade e procedimentos de cura (Csordas, 1990, p.12). Nesta abordagem as enfermidades humanas são consideradas um fenômeno mais abrangente, concebido desde outros modelos além do biomédico, o que propicia meios para alterar consideravelmente os modos de levar a vida, levando a novas configurações culturais e, por extensão, a novas formas de constituição de subjetividades e modos de adoecer.

As análises fenomenológicas do adoecimento proporcionam uma visão diferenciada na arte de curar. Uma visão mais abrangente e holística, que oferece meios diferentes (em relação à biomedicina) para se obter conhecimento sobre a teoria e a concepção das doenças. Além do estudo microssocial voltado para a significação e experiência do terapeuta e do paciente, a etnografia permite ressaltar aspectos sociais, políticos e econômicos, locais e globais associados aos processos de saúde e doença de uma população. Mais recentemente, os antropólogos têm se proposto a entender as forças históricas e macrossociais, econômicas e políticas, em suas análises etnográficas dos sistemas locais de saúde (Good, 1994). As forças econômicas e políticas interferem diretamente nas relações interpessoais, segundo Singer (1990, p.18), modelam os comportamentos, os significados sociais e as condições da experiência coletiva. Interferem no controle sobre as instituições e em como as desigualdades sociais determinam a distribuição da morbidade e mortalidade em determinada sociedade.

A interferência dos fatores econômicos e políticos no campo da saúde podem ser observados no poder que a biomedicina tem em efetivar suas ideologias na produção de um “conhecimento científico”. Instituições e profissionais são influenciados na elaboração de protocolos terapêuticos e no planejamento dos serviços biomédicos. Muitas vezes, eles estão de acordo com as aspirações econômicas das indústrias tecnológica e farmacêutica, que fomentam o uso excessivo de tecnologias de diagnóstico e a super medicamentação dos usuários dos serviços de saúde (Tesser e Barros, 2008).

A sociologia da ciência repousa sobre o fato de que a verdade científica é produto de uma espécie particular de condições sociais de produção do campo científico (Bourdieu, 1994). Por mais “pura” que possa parecer a ciência, ela é fruto de um campo social como qualquer outro conhecimento, com suas relações de forças e monopólios, sua lutas e estratégias, seus interesses e lucros. Também é um espaço de uma luta de concorrência, onde está em jogo especificamente o monopólio da autoridade científica. Autoridade definida de maneira inseparável no espaço político de dominação, com seu contexto e suas estratégias de conservação ou subversão, uma capacidade técnica e poder social que definem os parâmetros da pesquisa. Os dominantes, neste caso os representantes da biomedicina, são aqueles que conseguem impor uma definição da ciência em que a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem.

No sentido dado por Bourdieu (ibid.), a autoridade científica é uma espécie de capital que pode ser negociado, acumulado ou transmitido. A idéia de uma "ciência neutra" é uma ficção que permite passar por científica uma forma particularizada da repressão que domina o mundo social. Nas diferentes posições do campo científico associam-se estratégias ideológicas disfarçadas em questões epistemológicas por meio das quais os ocupantes de uma determinada posição justificam sua própria posição e suas estratégias, colocadas em campo para manter ou melhorar sua posição e para desacreditar os detentores de posições opostas.

Em relação à validade e construção do conhecimento produzido em laboratório, Latour (1986) argumenta que o conhecimento científico é um sistema de convenções socialmente estabelecido, um produto de interações humanas. O fato científico, tido como natural, é o resultado de um processo de construção social que tem a peculiaridade de só se completar enquanto tal à medida que apaga qualquer traço de si próprio. Ou seja, a produção do fato científico depende necessariamente de estratégias e procedimentos extremamente eficazes no sentido de eliminar os vestígios e a trajetória no qual foi produzido para tornar-se pura técnica. Assim se alcança o efeito de considerar o fenômeno em questão um "objeto natural", dotado de realidade prévia e totalmente independente do mundo social. A atividade do pesquisador de laboratório pode ser definida como a capacidade de criar e fazer crer que tipos particulares de enunciados são naturais e universais, de acordo com Latour (ibid.), com o objetivo de maximizar cada vez mais a lucratividade de investimentos, aumentando assim a capacidade de reprodução ampliada do capital acumulado.

O conhecimento científico universal da biomedicina tem seu valor como ciência médica nos vários campos da saúde. Suas estratégias para consolidar-se hegemonicamente são contrárias aos princípios da medicina alternativa, a saber, a valorização da singularidade de cada terapeuta, de cada paciente e de cada terapêutica em contextos socioculturais e econômicos específicos. Para uma avaliação efetiva da eficácia das medicações alternativas é imprescindível agregar estudos antropológicos que possam revelar os nexos da subjetividade e dos contextos sociocultural e ambiental no surgimento de doenças, bem como as implicações micro e macrosocial em questões ideológicas, políticas e econômicas. Hahn (1995, p.291) comenta que uma interpelação entre a medicina e antropologia em estudos interdisciplinares, acentua dificuldades de a comunidade biomédica

aceitar a validade e legitimidade da abordagem antropológica. Uma vez que os conceitos antropológicos frequentemente contradizem a abordagem biomédica de que a doença se origina de um processo biológico e que aspectos sociais e culturais relativos ao paciente não são centrais na etiologia e tratamento das doenças.

CAPÍTULO III - A valorização de um olhar holístico nas políticas públicas em saúde

A valorização de um olhar holístico no campo da saúde teve maior atenção a partir da década de 1960, quando a OMS incorporou ao olhar científico e epidemiológico um componente holista e integrador em sua definição de saúde, considerado resultante de um bem-estar físico, mental, social e espiritual. Desde 1976, esse organismo internacional preconiza a utilização de práticas terapêuticas alternativas e não institucionalizadas, como também estimula a integração de conhecimentos e técnicas de eficácia comprovada existentes na medicina oriental e nos sistemas de medicina popular e tradicional. Na Conferência de Alma-Ata, em 1978, em seu relatório final, a OMS acentua o problema da oferta desigual de tecnologias em saúde³, profissionais e instituições hospitalares nos diferentes países do mundo e a impossibilidade destes recursos para dois terços das populações destes países. O relatório recomenda formalmente a utilização dos recursos da medicina tradicional e popular pelos sistemas nacionais na atenção primária à saúde (Toniol, 2014), fortalecendo o envolvimento de outras medicinas nos sistemas nacionais de atenção primária e estimulando a formação de sistemas de saúde baseados em tecnologias simplificadas e eficazes (Queiroz, 2000).

Na década de 1990, a OMS reconhece as terapias alternativas e inclui as medicinas alternativas e complementares em suas estratégias políticas. Segundo a OMS, estas medicinas constituem um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição de cada país e também não estão integradas ao sistema oficial de saúde, porém, cada vez mais são utilizadas pela população em diferentes países.

Mais recentemente com o aumento da popularidade dessas práticas por parte dos usuários e profissionais da área da saúde em vários países, dentro e fora dos serviços públicos, levou a necessidade de controle governamental sobre essas terapias e a criação de políticas públicas para regulamentá-las quanto a profissionalização, controle de qualidade,

³Tecnologia em saúde é conceituada pela OMS como a “aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”. Informação disponível em www.ccates.org.br/content/cont.php?id=20

aportes econômicos e planejamento de serviços. As medicinas alternativas e complementares, apesar do aumento por sua demanda ainda ocupam uma posição marginalizada em alguns países. Porém elas detêm de um reconhecimento de seu papel dentro sistemas nacionais de saúde, devido aos baixos custos, certa eficácia, menor potencial iatrogênico e por ser valorizada socioculturalmente (Bodeker, 2002).

Segundo dados da OMS, o percentual da população que usa medicinas alternativas e complementares na década de 2000 é de 46% na Austrália, 49% na França e 70% no Canadá. Nos Estados Unidos, em 1990, 34% da população da população que procurou os serviços de saúde utilizaram alguma prática alternativa, proporção que aumentou para 42% em 1997. Na Suíça, práticas de medicina alternativa são aplicadas por 46% dos médicos, principalmente acupuntura e homeopatia. Na Alemanha a acupuntura é desenvolvida em 77% das clínicas que tratam dor. No Reino Unido, 40% dos médicos que trabalham com alopática oferecem algum tipo de prática alternativa (Bodeker, 2002).

A OMS relata que 80% da população que reside no hemisfério sul utiliza medicinas tradicionais/medicinas alternativas e complementares. Nos países africanos em desenvolvimento essas práticas são geralmente utilizadas para resolver problemas sanitários primários: 90% na Etiópia, 80% em Benin, 70% na Ruanda, 60% na Tanzânia e em Uganda. Na China, 95% dos hospitais que praticam a medicina alopática ocidental possuem unidades de medicina tradicional chinesa (WHO, 2002). Na China, na Coreia do Sul, na Coreia do Norte e no Vietnã as medicinas tradicionais, alternativas e complementares não apenas coexistem com a biomedicina, mas também estão integradas ao sistema de saúde oficial. Portanto, essas práticas são desenvolvidas sob controle governamental e com aporte público de recursos (Bodeker, 2002).

Em um estudo na África do Sul, realizado por Sing e Al (2004), os achados referem 38,5% das pessoas usando medicinas tradicionais/medicinas alternativas e complementares em uma comunidade indiana na região de Chatsworth. Segundo os autores, esta porcentagem é baixa quando comparada a outros locais e países. A explicação pode estar relacionada ao fato de que a maioria das pessoas não tem muito conhecimento sobre outros tipos de tratamento além da medicina alopática, a única reconhecida pelo Estado e ensinada nas universidades sul-africanas.

A inserção de práticas alternativas e complementares no sistema oficial de saúde de diferentes países assume características regionalizadas, de acordo com a demanda da população, em função da legalidade

profissional e da relação com o modelo de saúde dominante na sociedade. No Reino Unido somente profissional legalmente regulamentado podem exercer as medicinas alternativas e complementares, entretanto, muitas das terapias ainda não foram regulamentadas pelo governo, somente a osteopatia e a quiroprática. Acupuntura, homeopatia e fitoterapia estão em processo de regulamentação junto ao governo britânico. Na Bélgica, o parlamento recentemente mostrou interesse em reconhecer quatro tipos de medicinas complementares: acupuntura, homeopatia, osteopatia e quiroprática. Nos Estados Unidos foi criado por iniciativa do congresso o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) e o *National Institute for Health*. Ambos desenvolvem programas, com recursos de financiadores privados, fundamentados em pesquisas científicas e aplicação clínica, com a proposta de dimensionar segurança, eficácia e mecanismos de ação das medicinas tradicionais e complementares (Bodeker, 2002).

No relatório do primeiro Seminário Internacional sobre Práticas Integrativas e Complementares realizado no Brasil pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2008), encontram-se relatos de experiências na implantação de práticas alternativas e complementares no México, em Cuba, na Bolívia e no Brasil. O documento refere que as denominações destas práticas variam entre estes países da América Latina e refletem o contexto em que estão inseridas as medicinas em cada local. O que no Brasil é chamado de práticas integrativas e complementares (PICs), no México é conhecido como medicina complementar e integrativa (MCI). No sistema de saúde mexicano essas práticas contêm forte caráter intercultural, sendo um dos seus componentes a saúde indígena. Na Bolívia não há denominação específica, mas tais práticas estão inseridas em um modelo denominado *Salud Familiar Comunitaria Intercultural* (SAFCI), o qual incorpora um conceito-chave biomédico/sócio/cultural a um componente intercultural voltado prioritariamente para populações rurais e indígenas. Em Cuba, desde a década de 1990 a medicina natural e tradicional (MNT) é parte do Sistema Nacional de Saúde na atualidade é uma especialidade totalmente integrada à prática biomédica nos serviços de saúde cubanos.

Contexto da saúde pública brasileira

No contexto da sociedade brasileira, a partir da década de 80, a saúde pública esta inserida em um sistema único em saúde em todo o território nacional. O SUS (Sistema Único de Saúde) abrange o conjunto de todas as ações e serviços prestados por órgãos e instituições

públicas federais, estaduais e municipais com administração do poder público (Paim, 2008).

O SUS representou um grande avanço na saúde pública do Brasil, proporcionando um espaço público para a universalidade no atendimento às pessoas. Antes da criação do SUS, a assistência pública à saúde da população brasileira se dava de maneira discriminatória de acordo com a situação trabalhista e econômica das pessoas. Naquela época, a assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS e beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, que tinham carteira de trabalho assinada e seus dependentes. A população sem carteira assinada era definida como indigente e era assistida por alguns municípios e estados brasileiros principalmente por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha qualquer direito à saúde e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade.

A formulação do SUS e sua instituição foram motivadas, de um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, de outro lado, por uma grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado Movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento social teve como pano de fundo a situação cultural, social, econômica, política e epidemiológica da saúde pública brasileira na década de 1980, marcada por profundas desigualdades. O movimento conquistou espaço social e político com suas idéias e propostas no campo da saúde pública, as quais se consolidaram no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. As bases desse modelo de organização de serviços e da assistência à saúde foram reafirmadas na Constituição Federal de 1988, o que levou a alterações substantivas na forma como a saúde passa a ser financiada, gerida, implementada e avaliada no setor público após sua promulgação (Paim, 2008).

O SUS é regido por pressuposições e valores culturais condizentes com a situação sociocultural brasileira, bem como com aspectos orçamentários e políticos do setor saúde: os seus princípios doutrinários — universalidade, integralidade e equidade — aplicados a serviços e ações de saúde, juntamente com seus princípios operacionais — descentralização, regionalização, hierarquia de rede e participação social (Brasil, 2000). Os seus princípios doutrinários e operacionais objetivam garantir aos diferentes setores da sociedade brasileira uma assistência à saúde universal, igualitária e integral.

A participação social é representada pela diretriz de que em todos os estados e municípios brasileiros deve existir um conselho de saúde composto por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos fiscalizam a aplicação dos recursos públicos no setor saúde. A União é o principal ente financiador da saúde pública no Brasil, com uma contrapartida dos estados e municípios. É também o principal formulador de políticas públicas nacionais, cuja implementação é responsabilidade dos estados e municípios (Brasil, 2000).

A porta de entrada do sistema público de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica, formada pela rede de postos de saúde, centros de saúde, unidades de saúde da família etc. A partir desse primeiro atendimento, o usuário será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade, se necessário, como clínicas especializadas e hospitais. O funcionamento do SUS implica em hierarquização entre profissionais, técnicos e usuários, os quais assumem diferentes graus de responsabilidade dentro do sistema (Brasil, 2000).

O SUS desta maneira possibilitou um olhar voltado mais para os aspectos sociais da população, na perspectiva de solucionar e dar respaldo a população em seus problemas. A abertura para um olhar sobre o social também favoreceu espaços políticos-institucionais para novos modelos de atenção à saúde além do modelo biomédico. No contexto do SUS as experiências no campo da saúde podem ser analisadas a partir de uma experiência concreta que abrange desde um plano individual terapêutico até o plano social, localizado no tempo e no espaço, o que pode ser interpretado como um "fato social total" (Maus, 2003, p.24).

Histórico das práticas alternativas no SUS

A trajetória político-institucional das medicinas não hegemônicas no Brasil mostra a presença destas nos serviços de saúde pública desde o século XIX, mas de forma desigual e descontinuada devido à ausência de diretrizes específicas (Brasil, 2006). A partir da década de 1960 foram surgindo algumas propostas de regulamentação. A partir dos anos 1980, foram impulsionadas por processos de redemocratização política, os quais tornaram os Estados nacionais mais sensíveis aos movimentos sociais e às demandas civis na elaboração de políticas públicas. Iniciativas pioneiras para legitimar e a institucionalizar as medicinas alternativas começam a ocorrer no Brasil e no continente sul-americano.

A abertura democrática no Brasil favoreceu o envolvimento da sociedade civil no mercado da saúde, quando associações comunitárias, organizações não governamentais e a clientela dos serviços públicos de saúde passaram a pressionar as instituições médicas por uma abertura às medicinas alternativas. A sua legitimação e institucionalização inicia em 1985, quando foi celebrado o primeiro ato de institucionalização da homeopatia na rede pública de saúde (Luz, 2005), com a inserção de fitoterapia/plantas medicinais, homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura no convênio celebrado entre o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB).

Segundo Queiroz (2000), podemos situar o início da valorização de terapias não biomédicas no sistema oficial de saúde a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, no bojo do movimento da reforma sanitária brasileira. No relatório final desta conferência aparece pela primeira vez em um documento oficial do Estado, a proposta de introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços públicos, possibilitando aos usuários o direito de escolher a terapêutica apropriada. Neste documento também consta a recomendação de inclusão de disciplinas sobre práticas alternativas nos currículos de ensino para profissionais de saúde.

Ao final da década de 1980, a estrutura dos serviços de saúde pública no país é modificada a partir da proposta defendida pelo movimento de reforma democrática, fundamentada nos princípios de participação popular, justiça social e formulação e controle das políticas públicas através da municipalização. Esta proposta de reforma sanitária está consolidada na Constituição Federal de 1988, através de um maior controle social, descentralização e o atendimento integral à população (Mendes, 1994), abrindo espaços político-institucionais para a implantação de medicinas alternativas nos serviços públicos de saúde.

Devido à ausência de diretrizes específicas, vinham ocorrendo de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, sem o fornecimento adequado de insumos e na ausência de ações de acompanhamento e avaliação em 2003 o Ministério da Saúde criou uma comissão de técnicos, médicos e especialistas em terapias alternativas/complementares na tarefa de produzir uma política nacional. Dois anos após, em 2005, esta comissão elaborou um texto com a proposta de uma Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC). A partir das experiências existentes, este texto define as

abordagens de medicina natural e práticas complementares no SUS, tendo em conta a crescente legitimação destas práticas por parte da sociedade (Brasil, 2005).

No texto da PMNPC, as diferentes medicinas foram definidas conceitualmente e historicamente no contexto dos serviços públicos de assistência à saúde para a população brasileira. Na definição da acupuntura e homeopatia neste texto podemos observar que a acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde⁴ que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada a outros recursos terapêuticos. A acupuntura, originária de um sistema médico complexo, a medicina tradicional chinesa, vale-se de um conjunto de procedimentos geralmente invasivos, aplicados com base nos conceitos da medicina tradicional chinesa, que permite o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas metálicas filiformes. Tem a finalidade de promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como de prevenção de doenças (Brasil, 2005).

Há 40 anos a acupuntura vem sendo praticada no Brasil, de forma não institucionalizada, a partir da experiência de alguns profissionais no serviço público brasileiro. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), essa prática teve suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde. Em 1995, foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina e, posteriormente, pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica. No momento, a acupuntura é ensinada em várias escolas médicas e aplicada no SUS em seus diversos níveis de atenção. Em 1999, o Ministério da Saúde a inseriu na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS⁵), o que permitiu

⁴Tecnologias em saúde são “todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações” (Panerai e Peña-Mohr, 1989). Portanto, vão além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde.

⁵O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS é um instrumento informatizado de repasses de recursos que foi criado no começo dos anos 1990; implantado primeiro nas secretarias estaduais de saúde e depois nas secretarias municipais de saúde. Em 1997 o aplicativo passou a processar, além dos tradicionais Boletins de Produção Ambulatorial (BPA), um documento numerado e autorizado chamado Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). Este sistema de informação em saúde recebe a

acompanhar a evolução das consultas por região e em todo país. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Essa prática está presente na maioria dos estados e capitais da região Sudeste, onde estão localizados a maior concentração de médicos acupunturistas (Brasil, 2005).

O texto da PMNPC define também a homeopatia no contexto do SUS, em termos conceituais e históricos, como um sistema médico complexo de caráter holístico baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C.. Samuel Hahnemann a desenvolveu no século XVIII, após extensos estudos e reflexões baseados em observações clínicas e experimentos realizados na época. Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar* e *Doenças Crônicas*, publicados em 1810, que foi um marco da doutrina homeopática, traduzido em vários idiomas em todo o mundo. A partir daí, essa prática médica 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, rapidamente, uma nova opção de tratamento para a população (Brasil, 2005).

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira; em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas; em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232) (Brasil, 2005).

A partir da década de 1980, alguns estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, antes mesmo de sua regulamentação no SUS. Alguns desses locais criaram quadros de médicos homeopatas e realizaram concursos públicos, porém como iniciativas isoladas e, por vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, através da Resolução nº 4/88, a CIPLAN fixou normas para o atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela do SIA/SUS a consulta médica em homeopatia (Brasil, 2005).

transcrição da produção nos documentos BPA e APAC, faz consolidação e valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio gestor de saúde antes de aprovar o pagamento (BRASIL, 2016).

O processo de implantação da homeopatia nos serviços públicos de saúde avançou com a criação do SUS, no final da década de 1980, e a oferta do atendimento médico homeopático cresceu. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento no SIA/SUS vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. Os dados do SIA/SUS, em 2003, e os resultados do diagnóstico realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde revelam que a homeopatia é ofertada na rede pública de saúde em 20 unidades da federação e 16 capitais. Além disso, a homeopatia está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas reconhecidos pelas associações nacionais representativas da homeopatia em 12 estados da federação. Atualmente, a formação em medicina homeopática é aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica da Associação Médica Brasileira.

A homeopatia é reconhecida como uma especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina desde 1980, tem aplicação clínica há duzentos anos, com pressupostos científicos estabelecidos, projetos de pesquisa nas áreas básica da saúde e na clínica, está acessível em serviços públicos e em alguns estabelecimentos de ensino na graduação médica no Brasil. Apesar disso, a desinformação sobre aspectos fundamentais da prática homeopática gera conceitos distorcidos que, de acordo com Teixeira (2007), são incorporados à cultura médica brasileira. Além da desinformação médica, o afastamento deste modelo terapêutico do meio acadêmico dificulta o desenvolvimento de pesquisas voltadas ao aprofundamento da fundamentação científica de seus pressupostos teóricos e prática clínica, retardando as perspectivas de maior entendimento dos princípios ortodoxos destas práticas, distintos daqueles empregados pela medicina alopática (ibid.).

No entanto, um marco no processo de institucionalização de terapias integrativas e complementares foi a produção do diagnóstico nacional da oferta de práticas complementares no SUS e a criação de grupos de trabalho multi-institucionais, dentro do Ministério da Saúde (Brasil, 2007), que serviu de base para a publicação da Portaria nº 971/06 que sanciona a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006. Essa política tem como objetivos: incorporar e implementar a práticas integrativas e complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; contribuir para o aumento da

resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; e, estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Essa política passa a assegurar a oferta aos usuários do SUS de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir um observatório de práticas em saúde para o termalismo e a medicina antroposófica (Brasil, 2006). Desta forma, as práticas integrativas e complementares ganham identidade pública oficial, quando o pluralismo terapêutico e a alteridade nos cuidados em saúde são reconhecidos no sistema de saúde (Andrade,2010).

Construção da PNPIC

A construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, PNPIC, foi fruto de um amplo trabalho que incorporou vários profissionais da área da saúde, instituições e organizações sociais na necessidade de uma maior organização, controle e planejamento dos serviços de medicinas alternativas no SUS. Para Luz (1995), uma das questões importantes que levou o governo a se interessar mais pelas medicinas alternativas, além da sua crescente utilização por usuários e profissionais nos serviços público de saúde, foi a constatação de que a medicina no Brasil vive uma crise com a sociedade.

Essa crise se constitui de duas formas: uma crise sanitária e uma crise médica. A crise sanitária estaria relacionada às desigualdades sociais decorrentes do capitalismo, gerando problemas de violência, desnutrição, doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, entre outros, e às dificuldades de dar o suporte necessário para o segmento populacional menos favorecido.

A crise médica começou a surgir com a perda da “arte de curar”, quando os médicos passam a se basear mais nos avanços tecnológicos no campo das ciências biomédicas (ibid.). O uso de sofisticados exames laboratoriais, diagnósticos por imagem e novas tecnologias de tratamento, leva a desconsiderar o lado humano dos pacientes e a sua totalidade enquanto pessoa. A crise médica tem origem na formação universitária dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, pois durante a sua formação, geralmente em parâmetros biomédicos, afirma-

se a hegemonia da biomedicina através de uma supervalorização do modelo biologista e cartesiana deste sistema médico, desprezando ou não dando a devida atenção a pesquisas e estudos sobre práticas baseadas em outros modelos terapêuticos.

Considera-se, neste estudo, que a crise sanitária decorrente das dificuldades em resolver problemas de saúde-adoecimento de grande parte da população, especialmente em países marcados pela desigualdade social, como é o caso do Brasil, soma-se à crise na medicina acentuada pelo poder do corporativismo médico, que valoriza o desenvolvimento tecnológico na saúde e sua especialização. Como consequência, outras práticas de cuidado em saúde que são menos dependentes dos avanços tecnológicos e são mais holísticas tornam-se desqualificadas.

Esta situação apresenta um paradoxo: se por um lado valoriza os avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento de pacientes e seu sofrimento, por outro geralmente não oferece suporte e recursos necessários para a atenção básica à população. O que pode acarretar o agravamento da saúde em alguns casos e a necessidade de fazer outras intervenções, em geral, também de cunho biomédico (Ribeiro, 2015).

O alto custo da medicina tecnológica e a dificuldade do Estado em implantar um sistema de saúde que possa ser mais eficaz na assistência à população, conjuntamente com a invasão tecnológica na prática médica, estão relacionados a uma cisão na relação paciente-terapeuta. Impõe-se, assim, uma distância entre o corpo do doente e seu terapeuta, potencializada pelo fetiche dos aparelhos tecnológicos e da super medicamentação (Luz, 1995).

A procura por terapias alternativas, em princípio “mais brandas”, pode ser vista como uma resposta à agressividade da intervenção médica tecnológica e uma tentativa de buscar tratamentos de saúde cujos princípios sejam mais humanos e holísticos (Capara, 1986). O que pode significar uma reação à segmentação do olhar da ciência médica, explicitado pela profusão de especialidades e subespecialidades, ou ainda, uma reação à desumanização da prática médica hospitalar.

Os serviços públicos de saúde no Brasil têm como referência a hegemonia da ciência biomédica em seus conceitos, referências, planejamento e práticas. A biomedicina é considerada o grande modelo cientificamente válido de se obter saúde. Um modelo que simplifica um processo complexo de adoecimento e cura ao reafirmar a definição estritamente biológica da saúde, bem como sua mercantilização, operada pela ênfase no uso de medicamentos e intervenções invasivas. Este

modelo do processo saúde, doença e tratamento podem ser observados no discurso da medicina ocidental contemporânea, onde há uma ênfase na eficácia dos produtos e serviços de saúde, de procedimentos e de exames, baseados na doutrina médica da causalidade da doença apoiada na biomedicina (Camargo, 2012).

Os marcos teóricos para a construção da PNPIC são vários, mas destacam-se o documento da OMS, publicado em 2002, com o título *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, e o trabalho de Luz (2000 apud Barros, 2007) sobre racionalidades médicas. A legitimidade social das chamadas medicinas tradicionais e medicinas alternativas e complementares foi proposta há vários anos pela OMS, conforme o documento, referindo às práticas indígenas e/ou medicinas ayurvédica indiana e tradicional chinesa. Mais recentemente foram incluídas outras medicinas também consideradas alternativas e complementares. Este reconhecimento pela OMS e por diversos países incorpora o pluralismo médico, os saberes e crenças locais sobre vida e morte. Os distintos modos de enfrentamento da doença que por si só já apresentam uma legitimidade social comprovada ao longo de décadas e, em alguns casos, de séculos (Barros, 2007).

O documento da OMS sinaliza para o fato de que a promoção à saúde deve reconhecer as dimensões física, mental, social e espiritual do processo de saúde e doença e propõe o uso de multi-estratégias, que incluam políticas de desenvolvimento, mudanças organizacionais, educação e comunicação, dentre outros. Na área de promoção à saúde, a OMS sugere que os planejadores possam formular políticas públicas e realizar avaliações de ações de governo levando em consideração o aspecto holístico, contemplando segurança, eficácia, bem como qualidade em seu uso e acesso (WHO, 2002, p.23).

O governo do Brasil desde 2003, instituindo uma comissão de trabalho sobre o assunto, e posteriormente publicando um texto sobre a proposta de uma Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (Brasil, 2005). Inspirada nas orientações da OMS, este texto destaca que os diversos saberes e práticas da medicina natural constituem "sistemas médicos complexos", com enfoques que estimulam mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde. Afirma ainda que a abordagem enfatiza a "integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade", realçando a "visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano" (Brasil, 2005, p.4).

Um ano depois o Ministério da Saúde fortalece a proposta de implementação das práticas alternativas no SUS por meio da formulação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (Portaria nº 971/06), visando referendar, estimular ações e serviços relativos a estas práticas no âmbito do sistema público de saúde brasileiro. Como condição prévia para a formulação dessa política pública, o Ministério da Saúde realizou levantamento, em 2004, identificando práticas integrativas e complementares em 26 estados brasileiros, num total de 19 capitais e 232 municípios, o que reforçou a necessidade de uma atenção ampla por parte do Estado (Brasil, 2006).

A PNPIC segue as diretrizes da OMS para as medicinas tradicionais e medicinas alternativas e complementares. Entre seus objetivos está "a prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, enxergando o indivíduo na sua dimensão global, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde" (Brasil, 2006, p.87).

Desta maneira, a ampliação da oferta de serviços na rede pública, através do pluralismo terapêutico presente no SUS, ocorre à medida que diferentes sistemas e modalidades médicas, crenças e itinerários de saúde convivem juntos no mesmo espaço e o sistema de saúde cria, dentro dele, espaços políticos-institucionais para uma racionalidade distinta do modelo clássico da medicina (Luz, 2005).

Os estudos de Luz (2000), ao reconhecerem que a denominação de medicinas alternativas e complementares engloba práticas terapêuticas muito distintas, categorizam as formas de tratamento em um esquema analítico, produzindo uma matriz que ela denominou de racionalidade médica, a qual serviu de base para a execução da PNPIC. A categoria operacional racionalidade médica, criada por Luz (1995), acopla um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura). Todas essas dimensões embasam-se em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia.

Luz (2000) analisa as racionalidades médicas presentes na homeopatia, medicina tradicional chinesa, ayurveda e biomedicina. As diferentes terapêuticas mostram um grau de racionalidade e de eficácia próprios, coerentes com seu estilo de pensamento, contradizendo o senso comum

de que somente a biomedicina seria portadora de uma racionalidade. O conceito de racionalidade médica oficial, biomédica, distingue-se das terapias alternativas, não biomédicas, porque a estrutura do sistema terapêutico é baseada em diferentes elementos e racionalidades técnicas. O conceito de racionalidades médicas também permitiu distinguir os sistemas médicos complexos como biomedicina, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa e homeopatia, de outras técnicas terapêuticas ou métodos de diagnóstico menos complexos, como iridologia, reiki e yoga, entre outros (Barros, 2008, p.917).

Segundo Luz, as medicinas homeopática, chinesa e ayurveda apresentam aspectos em suas teorias semelhantes. Caracterizando-se por aspectos teóricos vitalistas e uma abordagem dos problemas de saúde em perspectiva integradora, centrada na individualidade do doente e suas relações com o meio social e ambiental. Leva em consideração uma integralidade do sujeito humano constituída por dimensões psicobiológica, social e espiritual, as quais têm profundas repercussões tanto em suas doutrinas médicas quanto nos sistemas de diagnóstico e terapias. Esta integração leva a considerar a doença como fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno no que concerne ao microuniverso que constitui o homem, relacional no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual (Luz, 1995). Apesar de apresentarem diferenças quanto aos aspectos teóricos da biomedicina, estas medicinas, segundo seu estudo, apresentam racionalidades medicas em seus pressupostos que devem ser levadas em consideração da mesma maneira que a racionalidade biomédica.

As dificuldades na demarcação de fronteiras nítidas relativas às áreas de competência dos terapeutas alternativos, aliadas aos diferentes posicionamentos de médicos e psicólogos em relação às possíveis contribuições das técnicas alternativas para as terapêuticas oficiais, têm complexificado bastante as disputas em torno do reconhecimento governamental de várias dessas técnicas. As tensões entre esses segmentos terapêuticos fazem parte de um processo mais amplo de desdobramento das terapias alternativas no âmbito de um espaço social heterogêneo e assimétrico, onde concorrem diferentes critérios de legitimação de procedimentos terapêuticos.

A referência à orientação de fundo místico-religioso, geralmente associado como uma característica das praticas alternativas tem sido um argumento bastante utilizado por profissionais da área da saúde para delimitar suas fronteiras terapêuticas, possibilitando a validação de

algumas experiências em detrimento de outras. A difusão das práticas alternativas na sociedade brasileira, e a sua crescente profissionalização no campo, como no caso da acupuntura e homeopatia, reconhecidas como especialidade médica e legitimadas pelo SUS tendem a ser paulatinamente dissociadas do âmbito da nebulosa místico-esotérica e aproximadas do universo terapêutico dos especialistas (Tavares, 2003).

No processo de construção da PNPIC, além da articulação política entre diferentes setores da saúde pública brasileira, houve um palco de discussões entre as diferentes classes de profissionais que já vinham trabalhando com práticas alternativas. De acordo com Ribeiro (2015), estavam presentes categorias de profissionais de saúde e grupos de interesse que exercem influências e poder tanto nas instâncias decisórias como nos locais em que acontecem as práticas em saúde, revelando o poder diferenciado da biomedicina. Os representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM) apresentaram uma proposta de controle da medicina sobre estas práticas, porém representantes de outras entidades e conselhos de diferentes profissões na área de saúde eram contrárias a esta proposta. Alegavam que poderiam cercear suas práticas, pois a acupuntura, em particular, já vinha sendo realizada por psicólogos e fisioterapeutas.

Neste processo foi possível observar a tensão, o conflito e a cooperação entre diferentes categorias de profissionais. O CFM tomou uma posição favorável ao modelo biomédico, explícita na tentativa de mudar expressão de “política de medicina natural” para “política de medicina integrativa”. O argumento de seu representante foi de que a integralidade de “modelos terapêuticos complementares, tais como acupuntura, homeopatia e fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos tais como a medicina antroposófica, que juntos com a biomedicina utiliza-se de conhecimentos científicos e exclui práticas alternativas baseadas em credices, mitos e magias” (Ribeiro, 2015, p.13).

Neste discurso pode-se identificar a perspectiva hegemônica da biomedicina através de uma visão preconceituosa a respeito de outras práticas terapêuticas, qualificadas como credices, mitos e magias. Tavares (2003) cita o processo histórico de demarcação das fronteiras de competência profissional, que delimita os saberes terapêuticos legítimos (homeopatia, acupuntura e fitoterapia) em relação aos demais, ilegítimos, circunscritos ao espectro do espaço religioso ou da superstição popular.

A criação da PNPIC, por um lado, promoveu uma importante aceitação do pluralismo terapêutico por parte do Estado brasileiro, mas por outro, desconsiderou saberes e práticas populares originados entre grupos localizados, como rezas populares, práticas ligadas à umbanda e ao candomblé e práticas indígenas, e valorizou aquelas produzidas em outros países (Ribeiro, 2015), como por exemplo na China (medicina tradicional chinesa), na Índia (ayurveda) e na Europa (homeopatia).

O poder da cientificidade biomédica é acentuado e o crivo da medicina acadêmica considerada necessária para que o pluralismo terapêutico e a diversidade sejam incluídos nos serviços públicos de saúde. O CFM insistia, ainda, na inclusão do termo "medicina", no intuito de que essas práticas deveriam ser realizadas somente por médicos com formação em biomedicina e, portanto, capacitados à comprovação científica dessas intervenções.

A sugestão do Fórum Nacional de Entidades de Trabalhadores em Saúde (FENTAS), movido pelo receio de que os médicos poderiam se tornar os detentores do saber das medicinas alternativas, foi que todos os profissionais de saúde com habilitação e regulamentação para executar as práticas de medicina tradicional chinesa/acupuntura fossem considerados aptos. Solicitou também a mudança do nome de “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” para “Política Nacional de Práticas Complementares em Saúde”. O termo “integrativas” foi incluído por sugestão do CFM. Assim, a “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” publicada em 2006, prevê a possibilidade de uma equipe multiprofissional atuando com essas práticas, o que desagradou vários conselhos regionais de medicina.

Para os representantes do CFM, as práticas terapêuticas reconhecidas na PNPIC — acupuntura, homeopatia e fitoterapia — necessitariam de um diagnóstico médico prévio para serem realizadas por outros profissionais da área de saúde. Na discussão, outros setores da área de saúde alegavam que, desta maneira, a utilização das práticas integrativas e complementares seria mera técnica da medicina biomédica. Argumentavam que um diagnóstico dado por um médico poderia limitar sua atuação, pois estas práticas propõem conhecer o sujeito em sua totalidade para alcançar o diagnóstico, a terapêutica e o alívio de sintomas na esfera de cada modelo em saúde. E que a finalidade do tratamento não é por fim à doença, como no caso da biomedicina, mas restabelecer o equilíbrio da pessoa.

Nas discussões sobre a legitimidade de determinadas terapias alternativas em detrimento de outras, o termo "práticas integrativas e complementares" (PICs) associa-se ao processo político de legitimação das terapias alternativas no SUS. Conseqüentemente, a necessidade de enfatizar a idéia de complementaridade, em vez da nomenclatura de prática alternativa, acompanha o processo de institucionalização das terapias alternativas, revelando uma tendência de amenizar disputas entre os profissionais ditos "alternativos" e "não alternativos", como também entre as associações profissionais das diferentes terapias alternativas, como antroposofia, homeopatia, reiki ou acupuntura (Andrade, 2010).

Levando em consideração que existe um ponto de discussão presente na construção PNPIC, o qual se refere à diferença conceitual entre práticas em saúde e ou diferentes medicinas e não somente práticas. Ao utilizar o termo "práticas" há o pressuposto implícito que algumas práticas de distintos modelos em saúde são absorvidas em complementaridade ao modelo biomédico, mantendo-se assim sua hegemonia. Isso porque os diferentes modelos em saúde, na maioria das vezes, são incorporadas como práticas ao modelo biomédico e utilizadas a partir da perspectiva biomédica. Assim, ao serem incluídas novas práticas terapêuticas no SUS, em vez de diferentes medicinas, não favorece uma mudança significativa no paradigma da saúde pública brasileira, apesar de ser um avanço pelas vantagens que agrega ao sistema, como a diminuição da medicamentação e a maior humanização na assistência à saúde.

O contexto das "medicinas alternativas" apresenta, aparentemente, um componente provisório e fluido que é constante, marcado por uma dinâmica intensa de surgimento de novas terapias e, por conseguinte, de terapeutas e clientelas. Porém, as pesquisas convergem na afirmação de que o recurso às medicinas alternativas não se constitui como um fenômeno passageiro ou situacional, mas como algo duradouro e sustentado por uma complexa e extensa rede, a qual é capaz de agregar centros de formação, mercado esotérico, clínicas e grupos espiritualistas (Magnani, 1999). No setor público de saúde as terapias alternativas representam uma prática consolidada com a criação da PNPIC (Andrade, 2010).

SUS e a PNPIC

A PNPIC foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e seu conteúdo foi publicado em duas portarias ministeriais, a nº 971, de 3 de maio de 2006, e a nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Os objetivos da política, de acordo com estas portarias, foram pensados em termos de uma

contribuição no sentido de ampliar a corresponsabilidade dos usuários sobre sua saúde e também propiciar o exercício da cidadania. A PNPIC tem como alvo a integralidade das práticas terapêuticas dentro do SUS e sugere uma mudança paradigmática na forma de atendimento aos usuários, propondo um atendimento mais humanizado, co-participativo e corresponsável entre usuários e técnicos que atuam na rede pública.

Outros pontos compartilhados pelas diversas interpretações desta política são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (Brasil, 2006). Os princípios da PNPIC tomam o indivíduo em sua dimensão global, sem perder de vista sua singularidade na explicação de seus processos de doença e de saúde. Na integralidade da atenção à saúde, deve ser considerada também a interação das ações e serviços existentes no SUS (Brasil, 2006).

O princípio de integralidade no modelo do SUS, está definido na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada Lei Orgânica da Saúde. Em seu artigo 7º, parágrafo 2º, essa lei define integralidade como “o conjunto contínuo e articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990, p.4).

O princípio de integralidade pode ser analisado de diferentes perspectivas, no que concerne à diversidade e integração dos sistemas de saúde, suas práticas e conceitos. Na ótica dos gestores do SUS, esse princípio se refere ao planejamento e organização de serviços de forma a possibilitar que o atendimento com medicinas alternativas e complementares seja realizado, prevendo a organização de espaço físico, agendas, contratação e formação de pessoal capacitado. Na ótica dos usuários, parece não apresentar questões, pois maioria deles já utilizou ou utiliza várias terapias que são partes do pluralismo na saúde brasileira sem apresentar grandes conflitos pessoais. Por fim, na ótica dos profissionais do SUS, a integralidade abrange diferentes sistemas de conhecimento no campo da saúde, em seus estudos e práticas (Toniol, 2014).

Seguindo os princípios de integralidade e universalidade no atendimento do SUS, a PNPIC visa normatizar a utilização das práticas alternativas no intuito de contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema (BRASIL, 2011). A regulamentação e normatização destas práticas tem grande importância social, pois, como em todas as práticas de saúde, podem-se observar comportamentos inadequados, tais como imprudência profissional, interesses lucrativos e manipulação da

indústria. Inadequações da prática terapêutica são facilitadas pela ausência de regulamentação, controle, segurança, registro e qualificação de competências de forma eficaz (Gaete, 2004). A regulamentação destas práticas junto a PNPIC tem um caráter multiprofissional, tendo em vista as categorias profissionais presentes no SUS, pois muitas das práticas integrativas e complementares podem ser realizadas por médicos e também por outros profissionais da área da saúde, de acordo com o nível de atenção necessário ao paciente (Brasil, 2009).

O princípio da integralidade no SUS, segundo Toniol (2014), remete tanto a um sistema organizacional que deve operar plenamente, integrando/articulando diferentes aspectos na assistência como à totalidade da pessoa. Antropologicamente, a integralidade pode ser pensada como uma qualidade da política pública que oferece uma visão do real e suas multiplicidades, na qual é construído o social e a cultura. Como prática social, assume “diferentes visões de mundo” (Pinheiro e Guizardi, 2006), caracterizada pelo movimento da alteridade de cuidados que se manifesta na emergência e circulação de conhecimentos terapêuticos oriundos de um *ethos* não ocidental e não hegemônico. Estas práticas são reveladoras de potentes cosmologias, princípios filosóficos, eficácias terapêuticas e simbólicas, como encontrados na homeopatia, na acupuntura, para citar apenas alguns exemplos (Andrade, 2010).

A alteridade de cuidados pode estar presente em vários serviços do SUS, com a oferta, prática e tratamento de diversos problemas de saúde da população. No plano organizacional de planejamento dos serviços, ela representa a integralidade de diferentes perspectivas de cuidados, porém não constitui um conceito, mas propõe um trabalho interdisciplinar e multiprofissional (Camargo, 2003), não deixando de lado as ações preventivas e curativas (Mattos, 2003).

Segundo Tesser e Barros (2008), existe unanimidade nos níveis local, estadual e nacional, manifestada na vontade política da sociedade civil e dos representantes dos usuários do SUS, nas conferências e nos conselhos de saúde, quanto à integralidade de oferecimento de diferentes práticas. Assim, a abertura a novos modelos de tratamento teve como condição precedente principal o reconhecimento do princípio de integralidade no SUS. Isso favoreceu o aparecimento de outros saberes, cuidados e práticas sanitárias, como as rodas de conversa, terapias comunitárias, fitoterapia, uso de rezas e meditação, arte terapia etc., bem como o reconhecimento de outros modelos, como da homeopatia e acupuntura, que enriquecem as estratégias diagnóstico-terapêuticas dos

profissionais e favorecem o pluralismo médico no Brasil (Andrade, 2010). Porém, ao se implantar uma proposta de integralidade de práticas em cuidados em saúde surgem vantagens e dificuldades.

Em seu estudo sobre a implementação de práticas integrativas e complementares na rede básica do SUS, no município de Campinas, Nagai e Queiroz (2011), refere que esta implantação partiu da intensa força da grande demanda reprimida na procura por esse tipo de serviço, além da pressão dos médicos interessados em introduzir estas modalidades terapêuticas nas unidades de saúde. Argumentando que tais práticas são compatíveis com os fundamentos do SUS, melhoram a qualidade de vida da população e contribuem para a promoção do autocuidado. Contudo, os autores apontam dois aspectos negativos: um planejamento insuficiente e uma visão simplificadora que converte as propostas de várias das medicinas alternativas em meras técnicas que seguem os princípios da medicina alopática e seu entendimento das doenças. E afirmam que para promover e consolidar um novo paradigma em saúde e na medicina seria necessário desenvolver uma concepção de saúde e doença inspirada em fundamentos teóricos não mecanicistas, como a concepção vitalista.

Em sua pesquisa sobre a homeopatia na rede pública do estado de São Paulo, Galhiardi e Al (2012) indicam que o fator facilitador do atendimento por homeopatia mais citado foi a presença de médicos homeopatas na rede pública. Em vários municípios, o SUS proporciona atendimento homeopático à população há vários anos, por iniciativa própria do médico, o que não foi contestado pelos gestores. Pelo contrário, havia permissão e apoio para execução da prática homeopática, inclusive com a destinação de um ou mais horários nas agendas dos médicos para a homeopatia. A descontinuidade na oferta desse serviço ocorreu quando o profissional se desvinculou do SUS ou foi lotado em outra unidade. Outros fatores facilitadores, também citados, foram: a disposição dos gestores e sua adesão às propostas iniciais do médico homeopata, em conjunto com a ação dos conselhos de saúde; o baixo custo dos medicamentos; a diminuição da procura pelas especialidades alopáticas; e, a existência de serviços de referência secundária na região capazes de acolher a terapêutica homeopática.

Apesar de haver uma grande demanda reprimida para medicina homeopática nos serviços do SUS no estado de São Paulo, conforme Galhiardi e Al (ibid.), as dificuldades em oferecer esse tipo de atendimento foram relacionadas à contratação de homeopatas, seja pela falta de interesse dos médicos em prestar concurso público, ou não haver

meios de demonstrar por parte dos gestores uma eficácia científica que justifique as contratações. Além disso, havia dificuldade de dar prioridade ao atendimento homeopático com as prioridades já estabelecidas para a Estratégia Saúde da Família e para especialidades médicas alopáticas, bem como de adquirir os medicamentos homeopáticos, por falta destes na rede pública e pela inexistência de farmácia homeopática própria. Outros fatores complicadores para a implantação de homeopatia na rede pública em São Paulo, segundo a pesquisa, foram o tempo utilizado nas consultas homeopáticas. Pois os gestores pressionavam os homeopatas a atender superficial e rapidamente os doentes, pois a prioridade eram as demandas surgidas no serviço. Além do desconhecimento de vários profissionais sobre a homeopatia e sua disputa pelo poder com a biomedicina e, finalmente, a resistência ao que é novo.

A implantação das práticas integrativas e complementares na prática clínica, na atenção primária à saúde, tem relevância, no âmbito da integralidade da assistência, devido a conjunto de sintomas "inexplicáveis" para a biomedicina, que não se encaixa nas classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas biomédicas, pode ter no modelo explicativo da medicina tradicional chinesa ou da medicina homeopática uma explicação que possibilite uma conduta eficaz. Outro aspecto vantajoso da PNPIC é ser uma proposta que estimula a pluralidade terapêutica não só para os ricos, fora do SUS, mas oferece acesso aos menos favorecidos economicamente, tornando-se uma possibilidade que vai contra os limites da ciência cartesiana da saúde (Cunha, 2005, p.148).

Em relação à PNPIC, um dos aspectos comuns em alguns municípios brasileiros, tais como Recife, Vitória e Campinas, e em Florianópolis é sua articulação com a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2009). A Estratégia de Saúde da Família influenciou a absorção das práticas e medicinas alternativas pelos serviços públicos antes mesmo de se ter uma política nacional desenhada (Ribeiro, 2015). Na perspectiva de resenhar a rede de atendimento dentro da rede do SUS, através da proposta mais humanizada e uma visão mais holística sobre campo da saúde.

Dentro das diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde está a vinculação das práticas integrativas e complementares a Estratégia Saúde da Família e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Estratégia Saúde da Família é um programa a nível nacional que foi criado na tentativa de superar uma crise de eficiência e eficácia da

gestão das políticas sociais e econômicas do SUS. Levando em consideração mecanismos capazes de assegurar a continuidade das conquistas sociais e propostas de mudanças, inspiradas pela reforma sanitária e pelos princípios do SUS. A Estratégia Saúde da Família tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Brasil, 1997).

A criação do NASF teve como finalidade criar uma rede de apoio especializado ao atendimento realizado a nível da atenção primária junto a Estratégia da Saúde da Família. A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, que institui o NASF insere as Práticas Integrativas e Complementares em suas atividades e considera que PNPIC regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial da Saúde de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia”. Os NASFs contemplam as ações e práticas integrativas e complementares, assim como as demais ações incluídas na atenção primária, não no atendimento diário à população realizada nos centros de saúde, mas em uma retaguarda de qualificação aos profissionais (Brasil, 2009).

Segundo o relatório de gestão das práticas integrativas e complementares (Brasil, 2011), os NASFs foram instituídos com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Medicina alternativa e complementar em Florianópolis

A história das medicinas alternativas e complementares na saúde pública de Florianópolis ocorre desde 1978, como o primeiro município no estado de Santa Catarina a disponibilizar médicos homeopatas e acupunturistas na rede básica de saúde (Santos M., 2012). Em 1993, elaborou-se uma proposta de projeto para a área, cujos objetivos, além de proporcionar o acesso a estas terapêuticas na rede básica, previa o desenvolvimento de pesquisas, a capacitação de recursos humanos, a criação de um sistema de avaliação e a participação no projeto docente-

assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Contudo, este projeto não chegou a ser implementado (Thiago, 2009).

O município dispunha, na época, de cinco médicos homeopatas e dois acupunturistas na rede básica, além de um serviço de referência em homeopatia e acupuntura na Policlínica I, da Secretaria Estadual de Saúde (ibid.). Em 1998, disponibilizaram-se técnicas terapêuticas alternativas aos seus usuários e foi implantada uma farmácia homeopática para fornecimento de medicamentos através de parceria firmada entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Essa farmácia funcionou na Policlínica I até 2007, sendo então transferida para o Hospital Infantil Joana de Gusmão e, posteriormente, fechada em 2009 (ibid.).

De acordo com Thiago (2009), além de ações individuais de incorporação das práticas integrativas e complementares (PICs) pelos profissionais de saúde nos centros de saúde do município, em 2009, foram também contratadas pela prefeitura municipal duas médicas, especialista em homeopatia, e outra com especialidade em acupuntura. Ambas atuavam como referência secundária de todo o município, nas policlínicas municipais em Santa Catarina.

O tema obteve consistência institucional relevante no município com a publicação da Portaria nº 010/2010 (Florianópolis, 2010), que nomeou uma Comissão de Práticas Integrativas e Complementares, responsável pela condução do processo de implantação das PICs na rede municipal de saúde de Florianópolis. O que aconteceu num intervalo de quatro anos após a criação da PNPIC em nível federal. A portaria decorreu da necessidade de normatização dessas práticas, estimulada por discussões iniciadas cerca de um ano antes por um grupo de profissionais que se reunia informalmente, interessado em articular a implantação das PICs no município.

Inicialmente esta comissão optou por trabalhar no desenvolvimento de uma regulamentação municipal para garantir a legitimação dos profissionais que atuavam na rede municipal de saúde e que já possuíam alguma formação em PICs, ainda que não estivessem aplicando essas terapias no serviço público (Florianópolis, 2010). A comissão estabeleceu depois um plano de implantação dessas práticas na rede municipal de saúde. Em 29 de dezembro de 2010, foi publicada a Portaria nº 047/2010 que institucionalizou as PICs na rede municipal de saúde.

No levantamento bibliográfico sobre PICs no âmbito da rede de serviços públicos em Florianópolis, verificou-se a existência de poucos estudos

sobre o tema. Um estudo sobre a visão de médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família quanto às PICs, realizado entre 2008 e 2009, por Thiago e Tesser (2011), revela que 81,4% desses profissionais são favoráveis à PNPIC. Além disso, 59,9% deles mostraram elevado interesse na utilização de PICs, manifestado pelo desejo de fazer uma capacitação ou uma formação na área. O estudo verificou a existência de diversos profissionais habilitados em acupuntura, homeopatia ou outras terapias trabalhando na atenção básica, porém sem exercê-las na rede pública. Isso devido, entre outros fatores, à ausência de um programa municipal de inclusão das PICs no período pesquisado, associado à falta de incentivo para a oferta dessas terapias pelos profissionais já habilitados e a problemas no fornecimento de insumos e medicamentos necessários (ibid.).

Outra pesquisa realizada no município de Florianópolis (Loch-Neckel et al., 2010), direcionada à percepção de estudantes da área de saúde sobre a homeopatia, revelou, por parte destes, conhecimentos superficiais sobre essa prática terapêutica e desconhecimento da oferta de tratamento homeopático no SUS. Os autores notam a ausência da homeopatia na maioria dos currículos da área da saúde no Brasil e a insuficiência de profissionais que possam ser incorporados pelo SUS.

Em estudo realizado em uma maternidade de Florianópolis, Martini e Becker (2009) mostram o desconhecimento das parturientes sobre o uso de acupuntura para analgesia no parto, contrastando com o elevado interesse despertado nas gestantes em utilizar tal técnica.

Na pesquisa, Giraldi e Hanazaki (2010), observam que em Florianópolis há um grande interesse dos usuários pelas PICs devido a influências culturais ou em decorrência de experiências individuais, relacionadas principalmente ao uso de plantas medicinais. Em uma comunidade havia forte correlação entre o uso atual de fitoterapia e os conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais, ligado às famílias locais, demonstrando uma rica herança cultural que revelou claro sincretismo com a biomedicina.

Como reflexo óbvio destas constatações, as VI, VII e VIII Conferências Municipais de Saúde realizadas em Florianópolis apresentaram em seus relatórios finais resoluções e moções de apoio à inclusão das PICs na rede de atenção à saúde. Essas demandas tinham por interesse ampliar a atenção integral à saúde, com garantia de fornecimento de insumos e medicamentos relacionados, bem como incentivar o uso de plantas medicinais (Florianópolis, 2003; 2007; 2011).

Em sua pesquisa de mestrado na área de saúde coletiva, Thiago (2009) analisou as perspectivas de médicos e enfermeiros sobre as terapias complementares na rede pública de Florianópolis, com foco na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família. Segundo a pesquisa, os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família são predominantemente do sexo feminino (70,6%); casados (51,4%); sem filhos (59,9%); jovens (em média com 35 anos); sendo que 40,5% têm até cinco anos de formado. A maioria (84,2%) tem uma ou mais especialidades, dos quais 43,5% possuem residência e/ou título de especialista em medicina de saúde da família; 12,4% têm especialização em homeopatia ou acupuntura; e, 22,0% já participaram de cursos na área das práticas complementares (homeopatia, acupuntura, auriculoterapia, fitoterapia, massagem, reiki e outros), mas não em nível de pós-graduação.

Esta pesquisa mostra que, na época, 36,7% dos centros de saúde em Florianópolis ofereciam PICs e que as mais presentes eram acupuntura e homeopatia. Apresenta ainda experiências com grupos de atividades consideradas complementares como ioga, relaxamento, meditação, dança, e *tai chi chuan*.

Entre médicos e enfermeiros, 59,9% relacionaram as PICs ao entendimento mais amplo do processo saúde e doença; 5,1% ao efeito placebo; e, 8,5% acreditavam que seu uso deveria ser indicado somente se houver comprovação científica de sua eficácia (Thiago, 2009). Uma parte dos entrevistados relatou não ter conhecimento ou conhecer pouco sobre PICs, principalmente sobre as medicinas antroposófica, ayurvédica e tradicional chinesa. A acupuntura e a homeopatia eram conhecidas moderadamente em contraste com o maior desconhecimento da fitoterapia e das plantas medicinais.

Para a autora (ibid.), apesar de a grande maioria dos profissionais entrevistados ter se mostrado favorável à introdução das PICs na rede pública de saúde, eles acreditam que essas práticas são indicadas para problemas leves e restringem suas ações à atenção primária, propondo poucas intervenções na atenção secundária.

Thiago destaca o desconhecimento sobre plantas medicinais por parte dos profissionais de saúde como uma questão a ser repensada, pois Florianópolis tem uma cultura popular em que chás e rezas são valorizados no cuidado à saúde. A acupuntura e a homeopatia são as práticas mais usadas segundo a pesquisa, porém os profissionais habilitados nem sempre dispunham de tempo, espaço ou autorização dos gestores e coordenadores para exercê-la. Os profissionais relataram,

também, dificuldades da Secretaria Municipal de Saúde em adquirir agulhas e medicamentos homeopáticos. Por isso, muitos deles acabavam não aplicando essas terapias no serviço público.

Como foram citadas anteriormente, as PICs foram somente normatizadas na rede pública de saúde, em Florianópolis, no final de 2010. Apesar do que, a promulgação da PNPIC, em 2005 no âmbito do SUS, foi um dos pontos que ajudam o processo de legitimidade de algumas práticas médicas alternativa já existente nos serviços públicos do município.

A partir da Instrução Normativa 004/2010, foi publicada normas gerais para o desenvolvimento de ações de tal maneira que os profissionais de saúde com formação em PICs que trabalhavam nos centro de saúde pudessem aplicar essas terapias. Em 2010, na atenção básica do SUS junto a estratégia da saúde da família em Florianópolis, trabalhavam cerca de 20 especialistas em acupuntura e 15 especialistas em homeopatia, mas sem atuação específica nessas áreas. Além do que uma medica especialista em homeopatia na policlínica do sul e uma médica com especialidade em acupuntura na policlínica do centro. Após a normatização, os profissionais na atenção básica passariam a organizar o processo de trabalho de forma a desenvolver tais habilidades, tendo a possibilidade de dedicar um ou mais turnos prioritariamente para esses atendimentos (Florianópolis, 2010).

Conforme a portaria referente à adoção das PICs na rede municipal de saúde de Florianópolis, os gestores partem da pressuposição de que estas práticas não se configuram como um novo serviço, mas são apenas um novo recurso terapêutico a ser aplicado pelos profissionais de saúde. A justificativa é que esse tipo de terapia se constitui como ferramenta complementar e fundamental para certos casos com suficiente evidência científica, tais como o uso da acupuntura para dores crônicas e distúrbios emocionais (depressão, ansiedade, estresse ou insônia de origem nervosa); homeopatia, para alergias; e fitoterapia, para disfunções gastrointestinais (Florianópolis, 2010).

As PICs, apesar de estarem vinculadas à Estratégia da Saúde da Família, não estão contempladas nas propostas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município. Contudo, a proposta do NASF tem sido valorizada pelos médicos que trabalham com práticas alternativas e são parte da equipe multiprofissional na Estratégia da Saúde da Família. Como relata um médico com especialidade em saúde da família e homeopatia, que trabalha em um centro de saúde levando em consideração todas as suas experiências, e valoriza a troca de

reconhecimento com outros profissionais de diferentes áreas através do matriciamento realizado pelos profissionais que pertencem ao NASF. Para ele, os conhecimentos das pessoas que participam do NASF completam e lhe dão mais segurança nas suas praticas alternativas.

“Senti as coisas de energia e não tinha com quem conversar... a questão da solidão e da dificuldade de comunicação com outros profissionais... não tinha com quem conversar isto gerava uma insegurança e qualquer sopro me derrubava. Não conseguia enfrentar um sistema biomédico mais forte. Quando comecei a trabalhar ficava sozinho no posto de saúde, hoje há mais troca entre os profissionais. Valorizo o matriciamento⁶ no centro de saúde por que pode trocar ideias com outros profissionais de diferentes áreas.”

Implantação das PICS nos centros de saúde em Florianópolis

O município de Florianópolis tem uma população, estimada em 2015, de 469.890 pessoas. O município tem a rede pública organizada em cinco distritos sanitários, 50 centros de saúde, quatro centros de apoio psicossocial (CAPS), quatro policlínicas e duas unidades de pronto atendimento (UPA) (Florianópolis, 2015).

Os centros de saúde são a porta de entrada em atenção primária a população ao sistema municipal de saúde. Conforme relatório da Secretaria Municipal de Saúde, a atenção básica em Florianópolis abrange 100% de cobertura de sua população pela Estratégia Saúde da Família, segundo os parâmetros utilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. As policlínicas são espaços vinculados a atenção secundária que englobam diferentes especialidades, entre elas a acupuntura e a homeopatia, que servem de referencia para todo o município. As UPA são unidades distribuídas geograficamente pelo território do município e estão vinculadas aos serviços de urgência e emergência na saúde da população. Os CAPS são direcionados os atendimentos em saúde mental e os distritos, também distribuídos geograficamente pelo território do município, tem um papel mais administrativo e de apoio aos centros de saúde de suas regiões.

⁶Entende-se por matriciamento, o suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. Ou seja, “*matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica*” (BRASIL, 2011, p.13).

Dentro desta estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde as praticas ou medicinas alternativas ainda não detêm de um espaço mais consolidado. Segundo as entrevistas relatadas a seguir, os serviços oferecidos a população são insuficiente de acordo com a demanda da população, além de apresentarem pontos de conflitos no planejamento de suas atividades nos centros de saúde e a dificuldade dos pacientes em marcarem consultas em acupuntura e homeopatia nas policlínicas. Existem na atualidade filas de espera para consultas em acupuntura como em homeopatia nas policlínicas de alguns meses de espera nas duas especialidades.

Entre vários dos conflitos e dificuldades sobre a implantação das PICs no centro de saúde de Florianópolis, apontados nesta pesquisa, estão o desconhecimento das pessoas responsáveis pela gestão dos serviços municipais relacionada as questões de praticas e/ou medicinas alternativas. Outro fator se refere a influência do poder da hegemonia biomédica sobre gestores, profissionais, e a população, como também sobre o controle da difusão na sociedade do conhecimento de outros diferentes modelos de medicina. Segundo alguns médicos que contribuíram para esta pesquisa, o desconhecimento das filosofias, terapêuticas e propostas de tratamento relativas às PICs, é um fator que, ainda atualmente, diminui a velocidade de implantação destas práticas na rede pública de saúde em Florianópolis. A falta de informações qualificadas sobre PICs, entre diferentes profissionais não somente no centro de saúde, mas também em diferentes setores da gestão municipal foi apontado como um campo que gera conflitos entre os profissionais e gestores inseridos dentro do sistema biomédico tradicional e os praticantes e as suas praticas alternativas a este sistema.

Apesar do aumento da popularidade das praticas ou medicinas alternativas, a falta de conhecimento sobre as PICs na gestão dos serviços em saúde do município, foi ressaltado pelos entrevistados como um dos conflitos a ser suplantado para a efetiva oferta destas terapêuticas no SUS. O desconhecimento, entre os gestores locais, gera dificuldades para os profissionais oferecerem PICs em um plano de tratamento e estimula a desarticulação destas práticas em serviços aonde vinham sendo realizadas há mais tempo, dificultando o entendimento entre gestores e profissionais quanto a organização dos serviços e ao planejamento de atividades a nível local. As PICs envolvem um planejamento diferenciado do atendimento biomédico na assistência à população, como por exemplo, é necessário maior tempo para as consultas homeopáticas e retornos mais freqüentes no tratamento por

acupuntura. Este é um dos pontos principais, segundo vários dos entrevistados, responsáveis por conflitos entre a coordenação dos centros de saúde, os médicos que executam essas terapias e outros profissionais. Como relata um médico homeopata com sua experiência em trabalhar em um centro de saúde como médica da família e hoje como especialista na policlínica.

“[...] quando trabalhava no centro de saúde, o colega dizia que minha agenda terminava mais tarde e falava que minha consulta demorava muito e era corpo mole que eu fazia...”.

Segundo ela, com o aumento do interesse dos profissionais e o aumento da demanda da população por estas práticas alternativas, conseqüentemente levando ao aumento da divulgação na mídia e de discussões nos meios científicos, em conjunto com a valorização de resultados positivos com a sua prática, são fatores que tem levado a maior atenção e valorização de gestores e profissionais por este campo terapêutico. Assim elas vão se tornando paulatinamente mais conhecidas pela população e pelos profissionais que atuam na saúde pública, contribuindo para a diminuição dos conflitos entre diferentes atores e diferentes práticas no serviço de saúde.

Mesmo com todo o movimento em prol das PICs no âmbito do SUS, conforme vem sendo descrito, com avanços importantes consolidados na formulação de políticas públicas, ainda se percebe uma resistência em efetivar essas práticas, talvez fruto da hegemonia do modelo biomédico projetada na ação de gestores e profissionais de saúde, médicos e não médicos. A hegemonia do modelo biomédico presente na estrutura organizacional e de planejamento do SUS, segundo as entrevistas, mostra que é uma das dificuldades a serem suplantadas para a melhoria na implementação das PICs junto a equipes multiprofissionais que atuam junto a estratégia saúde da família em Florianópolis. Para eles, o SUS está organizado dentro das estruturas conceituais e na prática biomédica e alegam que a sua estrutura parece não estar adequada à oferta de terapêuticas alternativas a assistência à população. Segundo alguns dos entrevistados no centro de saúde existem uma grande demanda da população por algum tipo de atendimento que em conjunto com a carência de profissionais para prestar assistência biomédica, faz com tenha cobrança dos gestores para com os médicos por um atendimento mais rápido e com menos tempo para consultas, o que dificulta o atendimento pela homeopatia e acupuntura. Segundo um médico recém-formado com vínculo na estratégia da saúde da família, com simpatia pela prática da acupuntura,

“Devido à pressão pela demanda espontânea não tem horário separado para atender acupuntura. Faz acupuntura no início das consultas, quando tem sala sobrando para alguns pacientes que consigo definir (com dor crônica ou supermedicação alopática). A falta de recursos humanos e espaço físico na unidade dificultam a prática, você é obrigado a ter produção na medicina tradicional. O gestor tem medo de reduzir a oferta de medicina tradicional [biomédica].”

O modo de gerenciamento dos centros de saúde e a demanda da população por um atendimento nos parâmetros da biomedicina causam dificuldades para a implantação das PICS nos centro de saúde, pois estas práticas requerem estratégias de planejamento diferenciadas. Estas estratégias diferenciadas têm dificuldade de se consolidarem devido ao despreparo de muitos dos gestores para administrar o serviço de saúde agregando outro modelo de assistência, que não o biomédico. O tempo de consulta biomédica reduzido tem em conta que o médico faz uso das tecnologias de diagnósticas geralmente baseadas na biologia e não tem a necessidade de uma consulta mais longa com o paciente, o que não favorece a oferta eficiente de serviços com inclusão de PICS e com qualidade. Como segue nos relatos do mesmo medico citado acima.

“Quanto mais oferta, mais os pacientes procuram... acupuntura não é de lugar nenhum dentro do centro de saúde. Às vezes a consulta é rápida e às vezes é longa e o consultório fica fechado por 20 minutos durante a aplicação. A acupuntura não se enquadra dentro da abordagem clínica tradicional [biomédica].”

Por um lado, foi possível notar que existe uma demanda reprimida, isto é, há tanto profissionais habilitados que gostariam de trabalhar com PICs na rede pública, como profissionais com interesse em se capacitar nestas terapêuticas. Por outro lado, percebe-se uma pressão política do governo municipal e também de setores da população para um atendimento que supra as demanda da população sobre medicamentação alopática e exames. Neste contexto, alguns médicos alternativos adaptam sua prática, para se enquadrar ao planejamento da assistência elaborado com base no modelo biomédico.

No relato a seguir, segundo um médico homeopata com família de farmacêuticos homeopatas que trabalha em um dos centros de saúde junto a estratégia da saúde da família, refere que apesar de uma demanda da população por este tipo de serviço e a dificuldade que tem

de suprir esta demanda no centro de saúde que trabalha nos dias de hoje, percebe-se que em outro centro de saúde, que trabalhava anteriormente, o planejamento interno absorvia a demanda de PICs pela população, pois a vontade política do coordenador possibilitava horários especiais para a prática homeopática, como ele deixou claro em outro momento da conversa.

“Para a homeopatia, neste centro de saúde, não tem horário de consulta diferenciado, mas adapta o conhecimento ao tempo que tem, conhecendo as pessoas aos poucos, junto com a medicina do terreno e vai achando o remédio um pouco em cada consulta. O pessoal pede homeopatia desde que entrei na prefeitura. Em outro centro de saúde também pediam consulta de homeopatia e tinha período separado para homeopatia, consultas longas de 40 minutos e retorno de 20 minutos.”

Pode-se identificar, ainda, neste relato, a existência de uma demanda crescente por homeopatia e acupuntura por parte população que utiliza o centro de saúde, como foi comentado por mais de um entrevistado. A dificuldade deste médico e as estratégias que utiliza para adaptar-se ao planejamento das atividades nos centros de saúde que não contêm horários especiais para a consulta homeopática ou retornos para a acupuntura, é incompatível com o aumento do conhecimento e da demanda por essas práticas por uma parte da população.

“As pessoas procuram a homeopatia porque precisam de ajuda no seu sofrimento e é preciso explicar ao paciente como a homeopatia funciona. Antes a maneira de abordar os pacientes causava dificuldades com colegas alopatas e coordenadores, hoje a homeopatia é mais comum nos centros de saúde, não tem muita dificuldade de interlocução com os colegas de especialidades diferentes... atualmente o alcance da homeopatia é muito pouco, mas vai se tornando mais globalizado e cada vez mais vai aumentando.”

A maior demanda da população por estas praticas e conseqüentemente gerando a necessidade de uma melhor absorção desta demanda por parte dos serviços públicos tem gerado diferentes maneiras de como elas tem sido implementadas. Elas em muitas das vezes, principalmente nos centros de saúde são utilizadas de acordo com as diretrizes biomédicas no SUS. São implementadas sobre o nome de praticas integrativo e complementar ao SUS. O próprio uso do termo "complementar" se

refere a um grupo de práticas de saúde que não está integrado de forma majoritária ao sistema de saúde (Tesser e Barros, 2008), mas que funcionam como um complemento às práticas biomédicas. Estas terapias possuem potencial para diminuir o uso de medicamentos alopáticos em tratamentos de saúde, mas deve-se ter em conta que a hegemonia da biomedicina e a disputa mercadológica no campo da saúde podem transformar os saberes e práticas dessas outras terapêuticas em mercadorias a serem consumidas, reforçando a medicalização (Cunha, 2005).

Vários sujeitos desta pesquisa, médicos que atuam com as PICS na rede pública de saúde em Florianópolis, afirmam que há contextos onde a acupuntura é ofertada no SUS como uma técnica biomédica, não mais baseada na cosmologia da medicina chinesa. Avalia-se, assim, que a oferta de acupuntura e homeopatia no SUS, quando utilizadas sem observar os princípios básicos de sua cosmologia, fisiopatologia e tratamento, poderiam levar as PICs ao descrédito da população e dos gestores, uma vez que há possibilidades de se ter uma diminuição da efetividade clínica pelo uso indevido dessas terapêuticas. Esta preocupação foi manifestada, também, pela presidente da Associação Médica Catarinense de Homeopatia em correio eletrônico enviado aos médicos filiados.

Práticas ou medicinas integrativas e complementares?

Uma das discussões surgidas com a implementação das PICs na rede pública de saúde diz respeito à forma de incorporação dessas terapias no âmbito da assistência à saúde. Ou seja, se estas terapêuticas são desenvolvidas dentro dos parâmetros biomédicos ou se são implantadas como um novo paradigma de saúde/doença. Se forem consideradas especialidades médicas ou apenas uma prática alternativa e complementar à biomedicina. Esse debate levanta a possibilidade de que as medicinas alternativas possam ser oferecidas no SUS como parte de um modelo holístico de atenção à saúde, sem que suas práticas sejam absorvidas pelo modelo hegemônico.

As entrevistas aos médicos permitem observar como as PICs estão sendo implementadas no SUS. Nos centros de saúde, que formam a rede de atenção primária à saúde da população, essas terapias são incorporadas pelos médicos como práticas alternativas e complementares à biomedicina. Diferentemente, nas policlínicas municipais, no nível da atenção secundária, as PICs são desenvolvidas como especialidades médicas.

Na maioria dos centros de saúde de Florianópolis percebe-se a “domesticação” (Faldon, 2005) das medicinas alternativas pelo sistema biomédico. Também notou-se, segundo depoimentos acima, uma adaptação metodológica com mudanças na maneira de conduzir a anamnese do paciente. Conforme a medicina homeopatia clássica, as consultas devem ser prolongadas, mas as contingências do serviço público levam o profissional a estudar o medicamento homeopático do paciente de forma fragmentada em várias consultas menos demoradas. Para conseguir alcançar a meta de atendimentos do centro de saúde, estipulada por um planejamento conforme o modelo biomédico, o médico adota as PICs com ressalvas quanto à sua prática, colocando em risco sua eficácia. Como relata a médica que trabalhava em um centro de saúde e hoje atende como especialista em homeopatia na policlínica municipal.

“[...] no posto não tinha tempo para o paciente se colocar, se expor, lembrar, se sentir à vontade, inclusive na alopatia. As consultas com as pessoas de 15 a 20 minutos... perguntava diretamente sobre os sintomas e desejos; diferente do que prega a homeopatia clássica de somente escutar e anotar as queixas do paciente... assim as consultas ficavam mais rápidas. Na homeopatia é fundamental o relacionamento humano... hoje na policlínica marco consultas de 40 em 40 minutos.”

A demanda da população por atendimento e a pressão dos gestores para suprir a demanda de atendimento de determinado centro de saúde levam a um modo de gerenciar a atenção à saúde em que o tempo das consultas deve ser o mais breve possível e com menos retornos do que, por exemplo, uma consulta de PICs. De maneira que a oferta das PICs pelos médicos interessados, quando não há entendimento e apoio por parte da coordenação do centro de saúde, é adaptada ao planejamento das práticas biomédicas, com já citado anteriormente. .

A partir da observação de campo pode-se supor que uma maior demanda por parte da população e maior conhecimento e sensibilização dos gestores, profissionais sobre as PICs tem apontado para a melhoria e aumento do número atendimentos por PICs na atenção básica. Um planejamento do serviço com uma visão não limitada ao sistema biomédico, por si só, não garante a qualidade da assistência e nem a eficácia das PICS. Mas também é necessário trabalhar com uma visão mais ampla, levando em consideração que PICs, acupuntura e homeopatia nesta pesquisa, constituem um modelo diferenciado da

biomedicina, portanto necessitam que os serviços públicos de saúde sejam geridos com um olhar diferenciado do biomédico.

Na maioria das vezes, quando as PICs são oferecidas na atenção primária, são consideradas simplesmente como mais uma técnica terapêutica usada para complementar o tratamento alopático oferecido pela equipe multiprofissional da estratégia saúde da família. Nesse contexto, as PICs não são consideradas um sistema alternativo de medicina que necessite de uma formação mais aprofundada. Implementadas como técnicas terapêuticas, estas práticas, muitas vezes, não atingem a eficácia esperada pelo médico e pelo paciente. Esse fato leva, em algumas situações, ao descrédito dos gestores locais que não têm uma posição consolidada quanto a eficácia das PICs nos serviços de atenção básica ou secundária.

Outro obstáculo para dar maior ênfase na implantação das PICs no serviço público, na ótica dos médicos entrevistados, é a falta de respaldo científico sobre sua eficácia e a deficiência em publicações sobre o assunto, o que poderia servir para sensibilizar os gestores público.

A solicitação de comprovação científica através de pesquisas sobre PICs é um fator de conflitos e interesses não só profissionais, mas também políticos e econômicos, como relatados em capítulo anterior. Não somente os médicos, mas vários setores da sociedade requerem alguma regulamentação a respeito da eficácia das PICs. Contudo, nos relatos dos médicos foi possível observar que para alguns tipos de adoecimento é notória sua eficácia, as pessoas ficam perplexas com o resultado e passam a valorizar mais a relação médico-paciente.

Questões associadas à ausência de cientificidade nos métodos de tratamento alternativo tem sido o principal motivo de confronto com a biomedicina. Conforme Salles (2006), isto ocorre por que os campos de conhecimento e das práticas alternativas e biomédicas são diferenciados, sendo assim necessitam de metodologias de validação clínica diferenciados. Os argumentos utilizados pelos representantes da biomedicina tem sido os mesmos de décadas atrás: que as medicinas alternativas não teriam base científica. Palmeira (1990) lembra que o reconhecimento da eficácia terapêutica da acupuntura restrito à demonstração empírica dos resultados obtidos é difícil de alcançar. Tais resultados são interpretados pelos céticos como embuste ou, na melhor das hipóteses, como consequência de pura sugestão, considerando que as agulhas agiram no máximo como um placebo.

A validação científica destas medicinas recai em uma metodologia de validação diferenciada. É preciso ter em vista que a homeopatia e a acupuntura tratam a pessoa em sua totalidade, não visam somente o quadro clínico. Assim, por exemplo, podem ser utilizados diferentes medicamentos ou aplicadas agulhas em distintos pontos para o mesmo quadro clínico apresentado por pessoas diferentes. Portanto, os estudos que são utilizados como evidência para comprovação da eficácia clínica das terapias biomédicas não se aplicam a estas duas medicinas alternativas. A necessidade de validação científica, tanto da acupuntura como da homeopatia, aponta para as divergências entre o que se observa como reconhecimento social e reconhecimento científico (Salles, 2006).

Apesar das dificuldades encontradas pelos médicos, alguns avanços foram apontados na inserção das PICs na rede pública municipal de Florianópolis. Segundo alguns entrevistados, o conhecimento e popularização das PICs pela mídia e pelos pacientes e médicos que as utilizam levam a crer que estas terapêuticas obtiveram um espaço político-institucional na rede pública municipal.

A maioria dos entrevistados acredita ser possível agregar as PICs ao atendimento convencional, ainda que apresente muitas dificuldades e desafios em sua implantação. Mas para isso, a questão da formação e da qualificação dos profissionais foi considerada um ponto importante. Eles avaliam que um fator positivo é a melhoria no fornecimento de material e aquisição dos insumos por parte do SUS no município.

CAPÍTULO IV - Um estilo de vida mudando a saúde pública

Para a maioria dos médicos entrevistados a escolha pelo estudo e prática de uma medicina alternativa foi precedida por um estilo de vida mais "alternativo" no período universitário ou mesmo antes. Na maioria das falas transparece um estilo de vida influenciado pelas propostas da contracultura americana, entre as quais a contestação dos conceitos da biomedicina, a busca de uma vida em maior contato com a natureza e uma maneira de religiosidade individualizada.

Na atualidade, como profissionais no campo da saúde que exercem suas funções nos centro de saúde e nas policlínicas municipais de Florianópolis, esses médicos se utilizam de diferentes terapêuticas, alternativas e biomédicas. Para eles, estas práticas vêm contribuindo para a mudança de paradigma da saúde pública.

Formação médica e o campo das medicinas alternativas

O campo das medicinas alternativas no contexto dos estudos universitários em medicina no Brasil representa um ponto de questionamentos e conflitos. Diferente da epistemologia biomédica, as medicinas alternativas, são e sempre foram questionadas pelos estudantes e professores universitários. Além de várias diferenças no campo teórico dentre estas medicinas, estes questionamentos e conflitos se referem principalmente à comprovação científica de sua eficácia clínica e a diferentes visões sobre a saúde.

Os estudos em saúde na maioria das universidades brasileiras adotaram por muitos anos um modelo em saúde fortemente influenciado pelo modelo norte-americano, desenvolvido com base no Relatório Flexner publicado em 1910. Este modelo Flexneriano tem como um dos seus fundamentos o favorecimento do chamado complexo médico-industrial, isto é, a oferta de serviços de saúde que privilegiam a atenção hospitalar e a utilização de meios diagnósticos de alta tecnologia (Pagliosa e Da Ros, 2009).

Apesar de o modelo Flexneriano ser criado nos Estados Unidos no início do século passado e criticado por vários setores na saúde brasileira, ele atualmente ainda tem influência, porém com menos intensidade do que no século passado, e ainda serve como referência nas universidades brasileiras. Segundo alguns autores (Salles, 2006; Teixeira, 2007), este modelo objetiva a doença em relação à pessoa que está sofrendo, assim sendo, deixa para o segundo plano a relação médico-paciente e desconsidera as percepções subjetivas do doente. Ele parte de uma

visão cartesiana que dicotomiza corpo e mente para reduzir o indivíduo a um organismo biológico, tornando pouco relevantes os aspectos psicológicos, sociais, ambientais e espirituais envolvidos nos processos de adoecer. Tem seu foco maior nas patologias e em uma visão fragmentada do corpo, conseqüentemente levando a produção de conhecimentos fragmentados em diferentes disciplinas da saúde. Além disso, os conteúdos curriculares dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, ao mesmo tempo em que desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano (Araújo, Miranda e Brasilco, 2007).

O corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes inter-relacionadas em que a doença representa um “desarranjo” em uma delas. Para entender as partes do corpo o conhecimento se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas estanques (ibid.). Desse modo, como relata Pagliosa e Da Ros (2009), se constrói uma visão fragmentada e distanciada do ser humano.

Mais recentemente, o modelo flexneriano tem sido questionado e criticado pela sociedade em geral, como também considerado inadequado para o preparo dos médicos no exercício de suas funções profissionais, devido ao alto custo dos serviços de saúde alicerçados em especializações médicas e a incapacidade dos serviços em atender às reais necessidades da população. Dessa forma, vem se configurando uma nova abordagem, enquanto no modelo biomédico a atenção à saúde é atomizada em especialidades, nesta outra visão ela se mostra integrada, com a preocupação voltada ao doente, como se descreveu no capítulo anterior. As metas de eficiência e neutralidade emocional por parte dos profissionais de saúde dão lugar ao destaque de valores humanos, compreendendo-se a própria relação humana como um dos componentes da cura (ibid.). Esta visão tem sido fortalecida com a implantação da estratégia da saúde da família e comunidade, conjuntamente com a legitimação de outros modelos em saúde além do biomédico no campo da saúde pública brasileira. Estas visões estão apoiadas em concepções comunitárias sobre a saúde e a valorização das relações sociais e culturais e psicológicas do paciente. Desta maneira contesta a prioridade do hospital concebido como espaço de ensino e de cura, e a especialização intensiva dos profissionais.

O cenário atual com presença das medicinas alternativas e complementares nas faculdades de medicina brasileiras contesta a visão Flexneriana da medicina, valorizando as relações humanas entre o médico do paciente e a ótica de uma visão holística na saúde. A

contestação ao modelo biomédico apoiado na concepção Flexneriana dentro das universidades, gera um conflito entre os profissionais e estudantes ligados à biomedicina e os simpatizantes da medicina alternativa.

A presença de medicinas alternativas dentro dos estudos universitários em saúde em diferentes países tem sido relatada, demonstrando que este é um movimento a nível global. Como exemplo em outros países, o curso de medicina da Universidade do Arizona inseriu as medicinas alternativas e complementares ao longo de todo o currículo, além de desenvolvê-las na residência médica e na educação continuada. Foram identificadas ainda informações sobre as medicinas alternativas e complementares no sistema médico-educacional de Cuba, no qual se ensinam paralelamente as medicinas convencionais e medicinas alternativas e complementares nas clínicas de atenção especializada dos últimos anos da graduação em medicina.

Uma pesquisa realizada no Reino Unido, em 1996, mostrou que 23% dos cursos de medicina incorporavam em seus currículos disciplinas que forneciam conceitos básicos sobre as várias modalidades de medicinas alternativas e complementares. Na União Europeia, no ano de 1999, 40% das graduações em medicina ofereciam cursos sobre medicinas alternativas e complementares. Em 1997 e 1998, um levantamento feito em 117 escolas médicas americanas mostrou que 64% delas tinham cursos de medicinas alternativas e complementares. Uma pesquisa feita em 1998, nos cursos de medicina canadenses, indicou que 81% deles apresentavam temas associados a medicinas alternativas e complementares em seu currículo. Outra pesquisa realizada no Japão em 80 cursos de medicina, entre 1998 e 1999, mostrou que 20% destes ensinavam sobre medicinas alternativas e complementares, especialmente o ensino da acupuntura (Feuerwerker, 2002).

Todavia, Salles (ibid.) observa que o mais comum no Brasil é cada faculdade lidar de maneira distinta com o ensino de medicinas alternativas e complementares nos currículos. São levados em consideração os diferentes contextos acadêmicos, sociais e culturais que cada universidade e sua sociedade local apresentam. Assim como as expectativas dos estudantes, pacientes e comunidade acadêmica. No Brasil, no entanto, ainda há poucos cursos de graduação em medicina que incluem o ensino sistemático de homeopatia e acupuntura como disciplinas obrigatórias ou opcionais (eletivas) em sua grade curricular. Teixeira, Chin e Martins (2005) investigaram as concepções a respeito das medicinas alternativas junto a estudantes da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo. Eles obtiveram resultados semelhantes aos de pesquisas realizadas entre estudantes de medicina em outros países e instituições acadêmicas. Demonstram que os estudantes mais convencionais geralmente atribuem uma eficácia moderada a essas terapias, porém a maioria dos estudantes entrevistados se mostrou favorável à integração da homeopatia e da acupuntura na prática biomédica (ibid.).

Mesmo os estudantes com pouco conhecimento anterior sobre medicinas alternativas e complementares foram capazes de constatar a eficácia em seu próprio tratamento e no de pessoas que eles conheciam, valorizando em seus relatos o uso dessas terapias em casos de doenças crônicas e agudas. Embora uma proporção significativa dos futuros médicos não soubesse elencar as principais razões para a adoção das terapias alternativas, a maioria deles reconheceu essas práticas como especialidades médicas, tanto quanto a relevância de sua utilização na saúde pública. Para os estudantes, as medicinas alternativas e complementares trazem a perspectiva de melhorar a relação médico-paciente e ampliar o espectro de ação das competências do médico, como demonstrado em experiências em outros países, onde se incrementou a qualidade dos serviços de saúde e ocorreu alguma melhoria na relação custo-benefício quando essa integração foi devidamente implementada (ibid.).

O estudo feito por Teixeira, Chin e Martins (ibid.) aponta ainda que, apesar de as medicinas alternativas e complementares não apresentarem evidências científicas que comprovem sua eficácia, a oferta dessas terapêuticas em serviços de saúde em instituições de ensino superior é um fator de credibilidade e de uma possível escolha como especialidade médica. Os autores afirmam que a homeopatia é a terapêutica com maior aceitação pelos estudantes, entretanto a maioria deles assume uma posição crítica devido à questão da evidência científica necessária aos diversos procedimentos terapêuticos.

No caso da Faculdade de Medicina da USP, as atividades de pesquisa, ensino, clínicas de cuidados primários e outras, que vêm sendo desenvolvidas nessa instituição nos últimos anos, transmitem aos estudantes o apoio técnico e científico necessário sobre a aplicabilidade da acupuntura. Observa-se pelos dados deste estudo que o interesse por medicinas alternativas e complementares vem aumentando entre os estudantes de medicina, bem como entre profissionais de outras áreas da saúde. Ao que parece, as instituições de ensino estão mais sensibilizadas para reconhecer diferentes modelos de saúde.

Santos (2012), em sua pesquisa de mestrado em saúde coletiva, abordou a proposta de educação continuada em PICs para profissionais vinculados a estratégia saúde da família em Florianópolis. O autor comenta que uma das prioridades no processo de implantação das PICs nos serviços públicos de saúde do município se refere a capacitação de profissionais médicos e não médicos, no intuito de suprir as deficiências na formação de nível superior, as quais refletem uma opção por modelos essencialmente conservadores, centrados em saberes e técnicas biomédicas dependentes de procedimentos que envolvem alta tecnologia.

Ultimamente nota-se o crescente interesse em introduzir o tema das medicinas alternativas e complementares no currículo dos cursos de graduação na área da saúde. No Brasil e em outros países, em geral, essa mudança incorpora fitoterapia, homeopatia e acupuntura. No caso dos estudantes de medicina brasileiros, a aprendizagem a respeito das medicinas alternativas se dá por inclusão desses tópicos no currículo, tanto em momentos de reforma curricular, quanto em função do desejo de ampliar conhecimentos por parte dos estudantes. O formato de disciplinas eletivas é a opção mais comum.

Alguma conquista recente no campo da medicina alternativa tem sido constatada, como por exemplo, em algumas universidades brasileiras pode se constatar a existência de residências médicas em homeopatia e acupuntura. Como também em raras universidades, as disciplinas optativas sobre homeopatia e acupuntura nos cursos de graduação, e o desenvolvimento de algumas pesquisas sobre homeopatia e acupuntura em ambulatórios e laboratórios, porém ainda com poucos financiamentos a eventos e pesquisas por órgãos de fomento (Salles, 2006).

Escolha profissional

O questionamento ao modelo em saúde vigente nas universidades durante os seus estudos em medicina, segundo algumas das entrevistas, estavam situadas em um contexto sócio cultural mais amplo. Influenciado pelo movimento da contra cultura no qual se questionava vários aspectos da sociedade, como a religião, a sexualidade, a estrutura família e também a saúde e seus tratamentos. Portanto para a maioria dos estudantes que optaram pelo estudo das medicinas alternativas refletiam mais uma contestação a um estilo de vida presente na sociedade naquela época.

De acordo com os relatos, suas ideias e visões de vida alternativa ao sistema social reinante na época de estudante eram

criticadas e discriminadas pelos professores e pelos demais estudantes que não compartilhavam esta visão, pois este modelo alternativo entrava em choque com as concepções do modelo biomédico tradicional presente nas universidades brasileiras. Com a valorização de um modelo alternativo no campo da saúde, segundo vários dos entrevistados, foi possível visualizar e vivenciar uma relação mais favorável entre a visão de mundo desses médicos e sua atuação profissional.

Observando o relato da medica que realizou seu estudo universitário em Porto Alegre o seu interesse por práticas alternativas já estava presente em sua vida desde há alguns anos, mesmo antes de ser convidada a ir trabalhar em Moçambique na década de 80. Durante seu trabalho em Moçambique por alguns anos os questionamentos sobre o modelo biomédico se acentuaram, e segundo ela em Moçambique teve um “click”, e a partir daí não se ajustava mais sua visão de vida com o modelo de medicina alopática que fazia. Usando uma referencia a uso excessivo dos pacientes por um medicamento alopático muito usado na época, faz analogia a sua escolha por outro modelo na medicina. “queria ajudar as pessoas além do diazepam, pois naquela época dava-se muito diazepam”.

Retornando ao Brasil resolveu sair de Porto Alegre e se estabeleceu em Florianópolis, onde encontrou um colega que lhe estimulou aos estudos sobre Homeopatia e resolveu fazer um curso de homeopatia em Buenos Aires. Para ela,

“as práticas [alternativas] proporcionam outra visão de vida, que eu era mais susceptível, na hora que entrou a homeopatia, tive uma profissão que era coerente com o meu modo de vida. O profissional e a vida se completaram.”

Quando voltou de Buenos Aires começou a clinicar em um centro de saúde do município, contratada como médica. Nesta época não tinha tempo suficiente em seu trabalho para a prática em homeopatia, segundo ela, devido à acentuada demanda do posto de saúde e também muitas urgências clínicas. Então adaptava sua prática homeopática na melhor maneira que podia, pois fazia a entrevista com o paciente e consultava o repertório homeopático em casa.

“Tomava uma consulta num dia e repertorizava em casa a noite e dava remédio no dia seguinte”.

Como trabalhava como medica vinculada a estratégia da saúde da família, iniciou um grupo de yoga no bairro em que trabalhava junto ao centro de saúde. Segundo ela, o grupo surgiu 2002, independente do registro oficial, sob a docência dela, com atividades inicialmente

dirigidas as atividades preventivas e de tratamento com hipertensos, sendo estendida a toda a comunidade. As sessões eram realizadas no salão paroquial e com a inauguração do novo prédio do centro de saúde passou a praticar em seu auditório. Com mais de três anos de existência, a doutora foi transferida para outro centro de saúde. Após o grupo teve como direção outras pessoas e em pouco tempo encerrou suas atividades. A médica com o tempo teve apoio da coordenação neste outro centro de saúde e marcava consultas em homeopatia. A partir de 2005 em um congresso informaram que a homeopatia fazia parte do SUS. Então, assumiu a coordenação do CAPS ad (Centro de Apoio Psicossocial em Álcool e Drogas) no continente, onde fazia práticas de yoga, oficina da terra e homeopatia. Com um longo caminho dentro das praticas alternativas após seu “click” em Moçambique, ela atualmente trabalha em centro de saúde do continente em uma pequena sala onde faz consultas de homeopatia e atende algumas pessoas fora do centro de saúde, na casa delas ou em sua própria casa.

As suas inquietações sociais e profissionais já presentes, mesmo antes de ir a Moçambique, culminaram em uma crise profissional na qual o seu pensamento e visão de vida, entraram em conflito com os conceitos médicos alopático, racionais e cartesianos, no qual foi formada na universidade, ocasionando um “click” pessoal. Levando a sua opção por um modelo terapêutico que tinha mais a ver com seu estilo de vida na escolha pela homeopatia. Podermos dizer que os conflitos pessoais e sociais em relação ao modelo biomédicos, presentes antes, durante e/ou após a sua formação universitária está na maioria das histórias de vida dos profissionais desta pesquisa que optaram pela medicina alternativa.

Segundo o médico clínico e acupunturista que trabalha há vários anos em diferentes centros de saúde e que já foi secretário de saúde de Florianópolis por algum tempo, seu interesse por acupuntura vem desde a época da universidade quando sua irmã casou com um chinês que o influenciou para o estudo do pensamento chinês. Refere que com a acupuntura alterou o modo de pensar saúde e doença. Segundo ele,

“no tempo da universidade os estudantes de medicinas alternativas eram pessoas mais interessantes e sempre andou junto com eles apesar das discriminados nas avaliações pelos professores que não entendiam de acupuntura”. Para ele, a opção por um modelo terapêutico alternativo se inicia mesmo antes da faculdade, “[...] a coisa é antes da faculdade na história pessoal ou da sua família”.

Os conflitos, sejam pessoais ou profissionais, como modelo biomédico ou pessoal em relação à procura de um estilo de vida alternativo estão presentes na maioria dos médicos entrevistados. Seja pela sua opção de um estilo de vida mais ligado à natureza e ao espiritualismo, ou da insatisfação pessoal em relação aos conceitos da medicina biomédica. A médica que trabalha com acupuntura na policlínica do norte, refere que a sua opção por medicina oriental apareceu muito tempo antes da universidade. Antes de entrar na universidade já fazia tai chi, uma pratica corporal chinesa, e já gostava da religião budista. Sua escolha pela medicina nos estudos universitários teve influencia de sua experiência anterior em pratica oriental e em pesquisa na literatura sobre o assunto.

"Resolvi estudar medicina quando meu pai, que era engenheiro morreu. Eu tinha 15 anos de idade, ia fazer engenharia igual a ele, mas li o livro Ponto de Mutação do Kapra e resolvi que poderia fazer uma coisa legal na medicina".

Seu interesse por filosofia e praticas oriental continuou durante seus estudos universitários. Porem quando entrou na faculdade, ficou desapontada com o modelo de saúde ensinado. Este desapontamento foi gerado devido às diferenças nas concepções suas sobre saúde e a visão baseada nos estudos sobre a patologia e a doença presente no modelo biomédico e ensinado na universidade.

"A gente chega à faculdade é só estuda a doença, a morte, a patologia. Eu queria estudar a saúde, quase larguei a faculdade várias vezes. Já fazia dança, arte..... Terminei a faculdade por pressão da família e na possibilidade de trabalhar fora do hospital".

Segundo ela, a sua visão de saúde tem um componente holístico e integrativo no olhar sobre seu paciente e o processo de saúde, doença e tratamento. Diferente dos conceitos biomédicos racionalistas e da fragmentação do corpo em especialidades clinica.

"Sempre gostei de filosofia oriental, faço ioga, budismo. Para mim a definição de saúde igual a da OMS, bem estar físico, emocional, psíquico e espiritual. Não da para separar as pessoas em pedaços, tenho uma visão holística".

Para ela, a visão holística da saúde, de acordo com a definição da OMS, vem de acordo com a definição de saúde da maioria das praticas alternativas, principalmente na homeopatia e na acupuntura, onde

através de uma visão holística a saúde é enxergada como uma questão de um equilíbrio energético.

Além de sua procura profissional, por uma profissão que tenha a ver com seu estilo de vida, a médica associa uma prática de autoconhecimento e autocuidado acoplada a sua profissão. Durante a faculdade na procura de se cuidar procurou a arte terapia e a terapia familiar sistêmica. Quando terminou os estudos de medicina no Rio de Janeiro, queria estudar medicina oriental, mas naquela época não tinha residência em medicina oriental. Portanto quando se formou fez residência em medicina da família e também estudava acupuntura. Durante 10 anos se dedicou mais a medicina da família, segundo ela, tinha muitos conflitos com a grande demanda por atendimento a população nos centros de saúde e por não conseguir atender muitas pessoas com o tempo que tinha no serviço. Assim organizou sua vida profissional e diminuiu sua carga horária junto a seu serviço na Prefeitura de Florianópolis para fazer acupuntura.

"Tinha uma demanda explosiva que me dava muita dificuldade. Trabalhei no Rio de Janeiro e São José e em Florianópolis. Tinha pouco médico para o número de população atendida, que sufocava em atender tanta gente em pouco tempo. Precisava ser um trabalho mais estruturado na relação população /demanda. O ritmo do trabalho foi o que mais atrapalhou, eram consultas, urgências. No momento político de abertura da policlínica do norte fui fazer só acupuntura, faltavam especialistas na policlínica".

Na atualidade esta médica continua trabalhando na policlínica como acupunturista. Tanto ela, como a médica que trabalhou em Moçambique, e o médico que foi secretário da saúde, percorreram diferentes itinerários a procura de sua satisfação pessoal em seu trabalho, porém com diferentes singularidades de suas experiências pessoais e sociais que os levaram a escolha das medicinas alternativas, antes, durante e/ou após os seus estudos universitários em medicina. Estes itinerários profissionais se mesclam com suas experiências pessoais e tem como "pano de fundo" a contestação ao modelo de saúde biomédico e procura por outras alternativas na sua prática profissional que vão mais de acordo com sua visão e estilos de vida. O que vai de acordo com Andrade (2010) quando relata que no contexto das medicinas alternativas e complementares, podemos observar a opção de diferentes profissionais por um modelo terapêutico relacionado a um itinerário

profissional singular e particularizado, com influência de suas experiências de vida anteriores, o envolvimento com a cultura oriental. Conjuntamente com o desenvolvimento de tecnologias leves, práticas religiosas e estratégias de vivência corporal e autoconhecimento, além de constituírem um amplo campo de saberes e cuidados, articula um número crescente de métodos de diagnose e terapia.

Na maioria das vezes, a escolha por uma modelo de saúde alternativo construído pela história de vida destes profissionais levou a conflitos e questionamentos com o modelo de saúde vigente na sociedade brasileira. Podemos observar no relato de seu itinerário de vida que a contestação destes médicos e médicas, não se restringia ao campo da saúde, mas também a outros setores de sua vida social. O seu interesse pelas terapias e outras práticas alternativas estaria associado à insatisfação de certos movimentos sociais em relação a instituições consolidadas, entre as quais o sistema biomédico, a família e a religião (Maluf, 1999).

Em quase a totalidade dos médicos entrevistados relata influencias em seus estilos de vida, que podemos associar a influencia de um movimento alternativo em vários setores da sociedade brasileira. Segundo os estudos de Magnani (1999) o movimento alternativo da contracultura foi iniciado na sociedade americana na década de 60, emergiu no Brasil após alguns anos, na década de 70 e 80. Ensaioi alternativas ao *status quo* nos campos da política, da estética, da religião, dos costumes e da saúde, provocando um grande *boom* na virada para os anos 1990 que se observa até hoje (Schwade, 2006).

Pode-se observar que a formação dos “médicos alternativos” se deu através de um percurso singular e individualizado. Cada médico une um leque de opções de experiências de vida e estudos diferenciados que, em conjunto, fazem parte de seu modelo para lidar com o adoecimento das pessoas. A opção por modelo terapêutico alternativo reflete na maioria das vezes a opção por um estilo de vida diferenciado que vai além de sua escolha profissional. Os profissionais percorrem caminhos de busca espiritual, política e engajamento com movimentos sociais mais amplos, como por exemplo, a ecologia ou o budismo como relatou a medica que atende na policlínica do norte. Segundo Tavares (2003), essa é uma das características dos terapeutas alternativos, o fato de reunir diferentes práticas, religiosidades e modos de vida de maneira peculiar em sua prática terapêutica.

No relato de outro entrevistado que trabalha no centro de saúde como medico de família e também se utiliza de homeopatia em seu trabalho

diário junto à população, podemos observar também a singularidade de seu itinerário profissional. Segundo ele, começou estudando psicologia, depois foi para o direito e depois para a medicina, na perspectiva de estudar psiquiatria e desde o começo dos estudos na medicina esteve ligado às práticas alternativas, macrobiótica, medicina antroposofica com um grupo de estudo durante a faculdade de medicina em Porto Alegre. Depois da residência em medicina da família e comunidade foi fazer homeopatia, em Buenos Aires, na Associação Homeopática Argentina. Escolheu a homeopatia, devido sua insatisfação com a prática biomédica, e na sua perspectiva de estudar antroposofia acabou indo estudar homeopatia pela acessibilidade do curso e a sua falta de condições econômicas para estudar antroposofia. Em 2005 obteve o título de especialista em homeopatia.

Também transitou pela bioenergética, alimentação, sonhos lúcidos, chacras. Frequentou disciplinas na filosofia relacionadas à filosofia do conhecimento, com doutorado na Alemanha sobre ensinamento de homeopatia no sul do Brasil. Segundo ele, devido sua configuração astrológica tem facilidade de apreender várias línguas, o que associou a sua facilidade de entender as diferentes práticas médicas, pois as línguas têm estruturas de realidade diferentes, como as diferentes medicinas.

Participou desde há muito ano ligado aos movimentos ecológicos da década de setenta, conheceu o irmão do lama santa, um monge budista, que tem um templo perto de Porto Alegre. Nesta época como já era vegetariano optou pela alimentação vegana.

No início e mesmo antes de iniciar seus estudos em medicina e sua vida profissional já estava ligado aos movimentos sociais sobre as questões ambientais e ecológicas, posteriormente após iniciar sua vida profissional voltou seu interesse para as questões éticas e da medicina. Hoje se preocupa com a exploração dos animais com fins alimentares, pois segundo ele, tem um impacto ambiental considerável. Principalmente com os gastos com a produção de carne e sua relação com a preservação da água, combustível, e a devastação das florestas. Para ele, a produção de um quilo de carne está relacionada a uma acentuada destruição ambiental, que tem grande influencia na saúde publica da população. Pois várias epidemias na atualidade estão ligadas aos animais, como ebola, gripe asiática.

Em sua militância ambiental e seu trabalho como homeopatia no centro de saúde, tem a opinião que o processo de globalização que ocorre na atualidade, além de produzirem várias diferentes opções em diferentes campos da sociedade, também proporciona diferentes praticas

terapêuticas nos dias atuais. Para ele, no contexto da globalização podemos observar a presença de vários modelos de saúde e as mudanças ocorridas amplamente na sociedade.

"O modo de produção mudou, no final dos anos 60/70, a partir dos Estados Unidos dos EUA, em Nova York, Nova Inglaterra, Califórnia e na Europa. A transição de uma sociedade industrial onde a produção era uniforme produzia-se rápido e igual e os funcionários eram iguais, se vestia iguais, para uma diversificação do modo de produção e também a diversificação dos operários. As regras de antes, cigarro e álcool, são diferentes das de hoje, o cânhamo. Hoje tem a diversidade dos produtos são maiores, como as especializações e concepções também na área da medicina. Tem-se o modelo biomédico, ortomolecular e o aporte de outras áreas de conhecimento, como a homeopatia e a acupuntura, onde surgem as PICs.... como os diferentes carros, também produtos e serviços médicos. Antes não se podia escolher, agora pode escolher dentro da diversidade de opções".

Podemos notar que o campo das medicinas alternativas está relacionado a um contexto de transformações sociais mais amplas que interferem no modo e estilo de vida destes médicos (as). A opção por uma metodologia terapêutica alternativa vai além da esfera profissional e está ligada a diferentes setores da sociedade e de sua vida pessoal, como já citado anteriormente, pelo fato de reunir diferentes práticas, religiosidades e modos de vida de maneira peculiar em sua prática terapêutica. O que vai de acordo com a ideia de Schwade (2006), em relação aos simpatizantes do movimento alternativo que têm uma visão crítica da sociedade, busca o autoconhecimento e se identificam com certos movimentos culturais e políticos, como o feminismo, os movimentos ecológicos e ambientais etc. Além da identificação de vários dos profissionais com os aspectos e movimentos com características globalizadas também foi possível observar que também apresentam uma maneira singular de lidar com as questões religiosas, mais direcionadas a maneira particular de cada pessoa, do que de uma forma uniforme e institucionalizada.

Prática médica e religiosidade

No contexto desta pesquisa, podemos afirmar que o tema da religiosidade adquire contornos que associam a sua influencia a opção

pelas medicinas alternativas entre os entrevistados, sem indicar que as práticas religiosas pessoais interferiram diretamente em seu trabalho como médico. Em vários casos é saliente a identificação dos médicos com a "religiosidade alternativa", com filosofias orientais, budismo, xamanismo, espiritismo ou mesmo o catolicismo de uma maneira não institucional. Apesar da ênfase dada pelos médicos ao fator de cientificidade quando reportam às suas práticas terapêuticas, vê-se uma diversidade de "religiosidades pessoais" em suas falas. Pode-se perceber que, para os entrevistados, a religiosidade tem conotação e significados diferenciados de uma instituição religiosa, trata-se, sobretudo de valorizar um entendimento individual sobre religião. Essa forma pessoal de religiosidade influencia indiretamente, é claro, sua relação com o outro, neste caso, o paciente, bem como sua visão a respeito do processo que envolve saúde, doença e tratamento.

Para a médica acupunturista que veio do Rio para Florianópolis citada acima, o seu interesse pela religião e praticas oriental aparece mesmo antes de sua decisão de estudar medicina. Desde a adolescência apresenta interesses pela sociedade oriental, através de sua prática do *tai chi chuan* edo budismo. Posteriormente, durante a faculdade, essa médica combinou seu interesse por filosofias e práticas orientais com a sua profissão através do exercício da acupuntura, associada às práticas pessoais de yoga e budismo.

Para ela as questões de saúde estão diretamente vinculadas a um lado espiritual-emocional, e que posteriormente se manifesta com expressões corporais. Esta visão espiritual emocional, presente na medicina oriental , segundo ela, lhe ajuda a compreender melhor o processo de saúde e doença de seus pacientes. Com o advento do movimento alternativo na saúde mudou a maneira de pensar a dicotomia entre a ciência a religião.

“[...] sempre foi um tabu na medicina falar do espírito e da religião, a medicina complementar (alternativa) trouxe à tona, mas não como uma bruxaria feita por algumas pessoas, que não é saúde, são práticas absurdas e não tem ninguém que fiscaliza...”.

Apesar de algumas criticas a diferentes opções religiosas do que a sua, mais direcionada a filosofia oriental e ao autoconhecimento, ela acredita que em toda doença tem um componente emocional – espiritual que consequentemente leva consigo um aspecto relacionado a religião ou a espiritualidade. Como já afirmado acima, durante a pesquisa não foi observado nenhum aspecto no relato dos entrevistados que relacionam diretamente algum aspecto religioso a sua pratica clínica. Porem pôde

observar quando questionados sobre o assunto, a existência de um componente espiritual presente, no relato desta médica e de outras, quando se refere às opções terapêuticas que os pacientes têm a mão e as utilizam em conjunto com as praticas medicas. Como ela relata abaixo:

"A visão mais sistêmica, multifatorial, não é uma causa única, você não faz um câncer de fígado só por causa do álcool, mas devido ao relacionamento como o pai, o filho, a sociedade. Nisso está à diferença da visão do médico ocidental, tradicional, e a visão do médico das medicinas complementares. A doença oriental começa no espírito-emocional, depois vai para o físico. Alguns não acreditam, outros vão também a centros espíritas e na igreja."

Para a médica cada profissional tem uma forma diferente de lidar com a sua religião pessoal, através de concepções e opções singulares e que o ajudam a dar explicação para si mesmo e a compreender o processo de saúde e doença de cada paciente. Estas opções religiosas tem um significado subjetivo para o médico e o ajudam a dar suporte na compreensão do contexto em que esta vivendo seu paciente.

Para ela, existe um componente individual subjetivo em cada pessoa associado às diferentes religiões, a fé que é o principal componente que interfere diretamente no processo de melhoria na saúde das pessoas.

"[...] as pessoas procuram muito a cura nos centros espíritas, porque atraí muita gente, diferente da católica que não se propõe a fazer um tratamento. Tenho uma crença que existe algo maior. Os guias nos iluminam, não é religião em si, precisa desta fé, desta crença que nos fortalece, acho que a fé cura. Fui a um congresso de acupuntura onde estão tentando explicar o efeito da acupuntura e tem muitas contradições nos resultados científicos. A metodologia que não cabe para estudar a acupuntura, comprovando que a fé cura; os pacientes que tem fé na acupuntura melhoram mais rápidos".

A fé na maneira que ela se refere, leva um componente que permeia e auxilia as pessoas em todas as formas no alívio de seu sofrimento. Além de suas praticas como médica, para ela o movimento de práticas alternativas e/ou complementares, este diretamente ligado a uma forma de uma busca interna por autoconhecimento, que leva ao

desenvolvimento de uma visão de vida mais espiritualizada e consequentemente também de uma medicina mais espiritualizada.

“O movimento de práticas complementares, para mim, é mais uma busca interna, no meu bem estar, você procura ser mais eficiente no seu trabalho e se dar mais prazer. A procura de outras práticas alternativas, complementares à medicina tradicional, se dá como um movimento globalizado,... o inconsciente coletivo de Jung, na procura de uma medicina mais espiritualizada.”

A procura de uma profissão que lhe dê mais satisfação e prazer em seu trabalho através de uma medicina mais espiritualizada, para ela, está associada a uma busca por autoconhecimento. A médica entrevistada tem em sua busca espiritual considerações relacionadas a prática do budismo, a filosofia oriental, a prática psicológica ocidental entre outras. Na procura por autoconhecimento, relata as ideias de um psicólogo, Jung, que estuda diferentes religiões e filosofias ocidentais e orientais, associando sua busca a um movimento globalizado por autoconhecimento. Essa noção segundo Caicedo (2013), se manifesta por um desprezo pela rigorosidade dogmática da igreja católica, bem como uma preferência pela ideia de espiritualidade como algo mais autêntico e profundo.

As singulares opções religiosas apresentadas também podem ser notadas no relato do médico com preocupações ecológicas e com a morte de animais relatada acima. Ele relata um itinerário pessoal, no qual transita por diferentes campos do religioso, no início começou pelo cristianismo, até a década de 1970 quando iniciou a sua participação em movimentos ecológicos e conheceu um monge budista em Porto Alegre. A seguir foi derivando para o judaísmo e foi morar um ano em Israel e hoje ainda gosta de muitas das práticas do judaísmo, mas também, associa diferentes crenças religiosas, como alguma prática do budismo na sua busca individual.

Mesmo que os discursos médicos não apresentem uma ideia de prática profissional religiosa, isso não significa que estes profissionais desenvolvam práticas com desprezo pela religiosidade, como podemos apresentar nos exemplos acima. De acordo com Carvalho (1999), a cena religiosa contemporânea que não pode ser descrita em termos de secularização e racionalização, pois a busca por diferentes caminhos espirituais se destaca por uma busca de autoconhecimento e de reflexão sobre si próprio e da vida. A sua crise com a igreja católica, seja da médica acupunturista acima ou do médico preocupado com a morte dos

animais, não indica necessariamente uma redução do desencantamento prático pela religião, mais sim um enfrentamento visando ampliar a dimensão religiosa. Desta forma, a maneira de lidar com a religião trata-se de uma experiência reflexiva, oposta à refletividade entendida como movimento absolutamente distanciado da dimensão mística da vida (ibid.).

Neste ponto vale a pena tentar analisar os conceitos de religião, religiosidade e de espiritualidade. Segundo Carvalho (1992) refere-se a "religiões" para conceituar sistemas articulados de crenças e explicações sobre o mundo que podem se manifestar em forma de dogmas, nos casos mais fechados, ou, nos casos mais abertos, em forma de representações coletivas. Para ele, a espiritualidade é a maneira como um determinado indivíduo internaliza e desenvolve de um modo sempre idiossincrático, aquela via particular ou modelo de união — religação — da religião à qual adere. Assim, espiritualidade implica em si a dimensão da subjetividade, criada a partir de experiências que transcendem a norma ou a expectativa formal da concepção comunitária. Enfim, dessa ótica é possível que alguém seja religioso, no sentido da assiduidade de participação institucional, sem ter uma espiritualidade muito desenvolvida, ou que tenha uma prática espiritual sem que seja necessariamente ligado a uma só religião.

Um dos autores que estuda o tema da religião e espiritualidade é Hannegraff (2000), para ele a religião assume outra forma como espiritualidade na sociedade contemporânea, assumido assim, que a religião tradicional está em um processo de mudança radical. Ela não está desaparecendo, mas vem se transformando na esteira da uma nova configuração de sistemas simbólicos não religiosos característicos da pluralidade e secularidade da sociedade contemporânea. Para ele a diferença entre a religião e a espiritualidade é que “a espiritualidade é conceituada como qualquer prática humana que mantém contato entre o cotidiano e uma estrutura meta-empírico mais geral de significado, por meio da manipulação individual dos sistemas simbólicos” (ibid., p.295, tradução do autor).

Não somente na sua prática da homeopatia ou da acupuntura, mas também para si mesmo, a maioria dos médicos entrevistados não estão enraizadas em qualquer religião existente, mas a sua religiosidade esta de acordo com Hannegraff (ibid.), quando refere que estas religiosidades ou novas espiritualidades tem como fundamento a manipulação individual de símbolos religiosos, bem como de sistemas simbólicos não religiosos. Pois oferece possibilidades para as pessoas interpretarem a

espiritualidade de acordo com suas próprias preferências individuais em sociedades que apresentam um contexto culturalmente pluralista, como a nossa na atualidade.

Como podemos notar estes médicos (as), estão inseridos, segundo Manhani (1999), em um campo multi – religioso e multi -terapêutico. No contexto em que os médicos (as) abrangem as diferentes e variadas concepções que ele tem a frente, seja no campo religioso, para si mesmo ou no campo terapêutico para o paciente, compostos pelas diferentes opções religiosas e terapêuticas que eles têm pela frente e que estão vivenciadas na atualidade.

De todo modo, o campo religioso e o campo da saúde se entrelaçam a partir da valorização da individualidade, identificada a um estilo de vida contemporâneo, o qual inclui, como um dos fatores de desenvolvimento das potencialidades pessoais e autoconhecimento, a busca por novas formas de espiritualidade e terapias, como relata os exemplos acima. Em conformidade com Magnani (1999, p.17), o polo do indivíduo, da espiritualidade contemporânea e das práticas alternativas é tratado como aquela dimensão em que a modernidade deixou suas marcas sob as formas de "psicologização", "reflexividade" e "autonomia".

O médico ecologista em seu itinerário de vida agrupa certas experiências entre a espiritualidade e a ênfase em certos sistemas religiosos como o catolicismo, o budismo e o judaísmo. Mesmo não interferindo diretamente na sua prática clínica, ele leva consigo questões de uma busca pelo autoconhecimento e de uma medicina mais ligada ao campo espiritual, onde podemos notar a existência entre o cruzamento de diferentes fontes espirituais presentes na contemporaneidade com as diferentes terapias alternativas. Assim para Maluf (ibid., p.151), as chamadas terapias alternativas fazem parte de “uma cultura terapêutica neo-religiosa ou neo-espiritual” resultante do cruzamento entre novas e velhas formas de religiosidade, práticas terapêuticas e experiências ecléticas vivenciadas pelos médicos (as) entrevistados neste trabalho. Nesse sentido, “é o sujeito portador de uma experiência ímpar que pode reunir experiências e doutrinas religiosas e espirituais tão díspares e lhes dar um sentido” (Schwade, 2006, p.71) e associa-las ao seu universo pessoal e profissional.

As diferentes maneiras de analisar a relação entre a figura do terapeuta e as características das terapias que ele aplica partem do fato que a opção por determinadas terapias está intimamente relacionada com a trajetória do terapeuta, não somente por conta de sua formação específica, mas, sobretudo, em função de uma prática que articula distintas terapêuticas e

suas espiritualidades. Na atualidade as medicinas alternativas se inserem dentro de um contexto cosmopolita e globalizado com suas práticas e sistemas religiosos relacionados a uma ampla categoria de filosofias orientais, das correntes teosófico-espiritualistas, das tradições do ocultismo europeu, do xamanismo e de alguns paradigmas oriundos do discurso ecológico. Segundo Magnani (1999), que compõe um universo plural, diversificado, formado contemporaneamente, por intensos fluxos, trânsitos e circulações, onde elas têm outro sentido se pensarmos na religião e na saúde, menos como entidades substantivas e mais como um modo, ou modos, de organização da experiência, de construir (ou evitar) agenciamentos, de articular valores e construir enunciados (identitários, ideológicos e/ou políticos).

Podemos observar nesta pesquisa e de acordo com Magnani (ibid.), que cada indivíduo nesta pesquisa, participa de um contexto com diferentes fluxos, trânsitos e circulações de diferentes profissionais, terapias e pacientes construindo enunciados sobre sua identidade, sua ideologia e sua inserção sócio política na comunidade. Os médicos utilizam de modo singular um repertório variado, algumas vezes associando técnicas e concepções aparentemente contraditórias. Essas experiências distribuem-se em um leque de situações em que uma lógica mais puramente terapêutica predomina sobre um caráter fortemente espiritual ou religioso.

Relação médico-paciente

A relação médico-paciente, nos serviços de saúde, se torna um dos pontos principais quando levamos em consideração o relato dos médicos e pacientes que fazem parte desta pesquisa. Um dos principais e mais citados conflitos na práxis diária dos médicos (as) nesta pesquisa, refere ao tempo disponível para cada consulta médica. Referem que geralmente tempo disponível na maioria dos serviços para uma consulta, seja em homeopatia ou acupuntura, deva ser diferenciado do tempo necessário para uma consulta nos modelos da ciência biomédica. Para o racionalismo biomédico a pesquisa sobre o paciente e sua alteração no corpo biológico já é suficiente para organizar sua terapêutica. O tempo de consulta na metodologia biomédica, não necessariamente necessita de um tempo, no qual o paciente possa relatar suas dificuldades sociais e psicológicas ou influencias do meio ambiente, em conjunto com suas alterações biológicas.

Segundo minha observação às medicinas alternativas neste trabalho, a homeopatia e a acupuntura, são necessárias além dos aspectos biológicos do paciente, informações subjetivas do paciente, sobre seus

aspectos psicológicos, sociais e espirituais, analisadas através de uma visão holística para organizar uma proposta terapêutica. O que demandaria um maior tempo de consultar na homeopatia ou de retornos mais frequentes na acupuntura. Estes aspectos geralmente são pontos de conflitos entre os profissionais e a coordenação e a gestão do serviço público na atenção primária à saúde no município. Segundo minha observação e prática como médico dentro do SUS em Florianópolis por alguns anos, para uma consulta em homeopatia é necessário maior tempo de consulta. Pois sem este tempo a imprecisão de sua metodologia pode levar a um resultado terapêutico insatisfatório. O mesmo acontece na acupuntura onde também é necessário maior tempo consulta para se fazer um diagnóstico e ainda existe a necessidade de um tempo de retorno para a aplicação das agulhas. Este problema se acentua na organização das agendas dos médicos que são geralmente reguladas de acordo com a metodologia biomédica com tempo restrito para a consulta, e a proposta da gestão do serviço na necessidade de produção quantitativa no atendimento médico a população, relegando para segundo plano a qualidade ao atendimento.

Nestas situações acima relatadas, podemos observar a imposição da burocracia estatal na gestão do serviço público em Florianópolis, comprometida com a produção quantitativa de atendimentos dentro de epistemologias médicas e mecanismos biomédicos, e segundo Foucault (1977) como forma de poder econômico e social que reflete sobre os profissionais e a população. Para ele, a burocracia estatal na sociedade ocidental está comprometida com a manutenção do poder biomédico através de imposição sobre o trabalho dos profissionais de seus dogmas epistemológicos e nas maneiras de controle de suas práticas. Através de um controle sobre as agendas e no tempo de consulta, a burocracia estatal, neste caso municipal, tem em vista o poder e o controle sobre a implantação de uma metodologia biomédica. Fortalecida pela produção de informações por meio de registros e vocabulários especiais com raízes no conhecimento científico (Briggs, 2004), deixando de lado o contexto de vida do paciente.

A hierarquia social criada pelo poder de um conhecimento em que o paciente não tem acesso e é impessoal, vinculado a biomedicina, retira o paciente de seu conhecimento sobre o seu processo da saúde, doença e tratamento (Hanh: 2005, p.171-172) fortalecendo o poder do médico sobre seu corpo. Assim, os médicos do modelo biomédicos mais tradicionais, tendem a não valorizar suficientemente ou a minimizar a influência do aspecto social na etiologia das doenças, como o *stress* no

trabalho ou problemas de relacionamentos, que são majoritariamente tratadas como questões médicas, sem levar em conta sua origem social. Reforçados pelo poder de uma medicamentação sobre as questões sociais estabelece um poder da autoridade medica sobre o paciente e sua vida.

Mais recentemente este poder do medico vem sendo questionado pela sociedade brasileira, levando a transformações significativas na maneira como a relação entre paciente e médico está sendo estabelecida. Estas transformações tem como princípio básico estabelecer um relação mais humana entre o paciente e seu medico, e entre o médico e seu paciente através de programas como a humanização do parto, estratégia da saúde da família e comunidade, no campo da psiquiatria e nas medicinas e/ou praticas alternativas.

Na entrevista com um medico homeopata e também um clínico geral que trabalha na estratégia da saúde da família em uma comunidade do município, e segundo ele, sua opção pela homeopatia já vem de família. O seu avó era funcionário do correio e farmacêutico homeopata no interior do Rio Grande do Sul, e foi um dos fundadores da faculdade de farmácia em Santa Maria, no Rio Grande do Sul. O pai que seguiu a opção profissional do avo e também tinha uma farmácia homeopática no sul do país. Devido a desavenças familiares a seguir as orientações profissionais de acordo com a família, estudou medicina e resolveu ir para Curitiba estudar homeopatia e posteriormente no ano de 2000 veio para Florianópolis. Trabalha no centro de saúde como medico contratado por determinado tempo, pois não tem especialidade em saúde da família e comunidade, uma exigência da gestão da secretaria municipal da saúde para a sua efetivação. Para ele, a relação entre o médico e o paciente toma aspectos diferentes quando ele atende as pessoas com alopatia e quando as atende com homeopatia. A escolha por um modelo de tratamento não é somente sua escolha, mas também do paciente, pois tem pacientes que não querem falar de sua vida e das condições sociais e pessoais que esta vivendo,"eles querem um remédio o mais rápido possível e vão embora, nestes casos a alopatia é mais recomendada".

Segundo ele, o conflito pessoal como profissional esta presente na sua prática diária. Se por um lado o médico se predispõe a construir uma relação mais profunda com o paciente, através de um maior tempo na consulta, em muitas das vezes não tem abertura do paciente para tal. Para ele, algumas pessoas que procuram ajuda, ainda querem uma receita e não se interessam nem em saber nada sobre seu tratamento.

“A maioria das pessoas deposita no terapeuta a cura. As pessoas querem uma coisa rápida e imediata, prática, para resolver seus problemas... mas tá mudando”.

Esta condição de submissão aos preceitos dos médicos, segundo ele está mudando. Cada dia mais as pessoas estão interessadas em acompanhar seu tratamento em conjunto com o médico. Apesar de que observou que aqueles pacientes que não têm interesse, mas recorrem a terapias alternativas por pressão do médico ou de sua família, não apresentam resultados tão satisfatórios com a medicina homeopática, existe a necessidade de um relacionamento mais "profundo", segundo ele, entre o médico e o paciente necessário para uma prática homeopática com resultados satisfatórios. Para este médico na atualidade maior número de pacientes aceitam melhor a homeopatia do que há anos atrás, devido algum parente ou amigo relatar uma melhora de sua saúde ou por curiosidade de já terem ouvidos falar.

“Atualmente não noto muita diferença nos pacientes que vêm procurar a homeopatia dos que não querem a homeopatia. Muitas pessoas têm curiosidade sobre a homeopatia, antigamente tinha um deboche. Os que procuram a homeopatia já vêm de uma fase da vida sem melhora ou ouviu falar... os mais intelectualizados e com cultura melhorada. Aqueles que você impõe a homeopatia não dão resultado”.

Para ele, a diferença na relação entre o médico e o paciente quando atende através da ciência homeopática é que esta relação se torna mais profunda e individualizada, e não universalizada e impessoal como na alopatia, com referência a medicina de evidência, já citada anteriormente neste trabalho.

“[...] a homeopatia mostra mais o interior do seu ser; se preocupa com um modus operandi de sua pessoa... com certos tipos de pessoas consegue fazer melhor a homeopatia... tem uma perspectiva mais profunda, ou mais intelectualizada... a medicina de evidência incomoda, trata muito igual ao livro e não leva em consideração o interior e a diferença entre as pessoas.”

Porém por outro lado existem situações em que o paciente está com predisposição e necessidade de uma consulta com homeopatia, porém a agenda do médico não permite, pois sua agenda é marcada pela coordenação do centro de saúde de acordo com a prática biomédica,

deixando somente 20 minutos para cada paciente e necessitaria pelo menos de 40 minutos a 1 hora de consulta para a homeopatia. Às vezes, segundo ele, consegue um tempo maior na duração da consulta quando falta algum paciente, mas na maioria das vezes faz um consulta homeopática fragmentada em várias pequenas consultas, seguindo o horário da agenda alopata, o que pode comprometer a escolha de um medicamento mais apropriado ao paciente.

Levando em consideração o trabalho de Barros e Nunes (2006), o médico se encontra em uma posição na qual se levamos os extremos das concepções epistemológicas, de um lado, tem-se o campo da medicina oficial com seu conhecimento racionalista do mundo, derivado da visão biologista, mecanicista e materialista da biomedicina, com representatividade no poder de Estado. De outro lado encontra-se o campo das medicinas alternativas, composto por um tipo de conhecimento mais focalizado no universo simbólico e social dos processos de saúde e doença. Para este médico a homeopatia tem um componente mais holístico quando comparado com a alopatia, poisalém do corpo físico, os aspectos sociais, psicológicos e espirituais associados às doenças são tomados em conta. O foco da atenção na consulta sobre o paciente é holístico e individualizado, o que produz um sentimento de atenção especial e os pacientes se sentem mais responsáveis pela sua recuperação.

Por outro lado a individualidade do paciente não é necessária para uma visão sobre seu estado de saúde, quando o tratamento tem como base o modelo da medicina convencional biomédica, associada mais recentemente a medicina baseada em evidencias clinica. A medicina baseada em evidencias clinica como citado em anterior tem como pressupostos os estudos randomizados na sua pesquisa sobre a eficácia de determinados tratamentos e terapêuticas, desconsiderando uma visão holística e singular sobre o paciente e sua vida. Para este médico com família de farmacêuticos em homeopatia,

"a medicina de evidência científica, ou seja, a medicina alopática tem um fundamento universalista e trata todas as pessoas como os mesmos quadros clínicos da mesma maneira".

Desta forma estabelece uma distância entre o doente e o médico recomendada na perspectiva biomédica, através uma avaliação mais impessoal e com maior valorização dos aspectos biológicos. As opiniões e os valores do paciente não são de muita importância, pois não é necessária ao médico uma avaliação mais profunda do contexto em que o paciente está vivendo. Desta maneira o medico assume um

posicionamento paternalista na relação com seu paciente (Hanh, 1995). O paciente relata seus problemas ao médico, que o analisa de acordo com seu conhecimento científico e receita uma medicação que acha apropriada.

Para o médico nesta entrevista, este paternalismo está mudando, com o tempo as pessoas estão mais interessadas sobre sua doença e como resolvê-la e os médicos estão sendo mais questionado a dar informações para o paciente. Porém desta forma não se resolve a imparcialidade das relações entre paciente e médico. Esta mudança segundo Capara et al., (1999) está acontecendo de duas maneiras, primeiramente a sociedade e os pacientes tem pedido maiores informações sobre seu estado de saúde ao médico. Ou seja, os médicos informam o paciente sobre questões relativas a saúde, mas isso não dissolve a impessoalidade. Mantém-se assim uma efetiva defesa do modelo biomédico, no sentido de manter distância da doença e do sofrimento do paciente. A autonomia do paciente se restringe a concordar com as ordens do médico sobre sua doença. Nesse modelo informativo, o médico funciona como simples técnico, fornecedor de informações corretas para o paciente. Segundo minha observação, ainda hoje muitos dos médicos alopatas informa muito pouco aos pacientes sobre o seu estado de saúde e sobre as possibilidades de tratamento, mantendo um relacionamento do tipo paternalista, no qual o paciente é dependente do julgamento e das ideias do médico. Uma relação com maior empatia e diálogo entre o paciente e o médico implica em uma relação mais profunda, onde o conhecimento do médico e o do paciente é necessário para atingir um resultado favorável, tanto mais essencial nas medicinas alternativas.

Seguindo os estudos de Andrade (2010), diferentemente de uma abordagem biomédica, baseada em uma medicina de evidência que se fundamenta em um paradigma mecanicista e cartesiano a respeito da natureza e do ser humano, a concepção das medicinas alternativas apresenta uma concepção holística e integrativa que aborda vários aspectos do processo de saúde, doença e tratamento. A personificação do paciente, a valorização da maneira como ele se relaciona com as outras pessoas e com o meio ambiente, o *modus operandi*, conforme disse o médico acima, leva a um relacionamento mais profundo e pessoal entre o paciente e seu terapeuta. Ao mesmo tempo, proporciona um espaço de reflexão para ambos sobre sua relação e suas concepções com saúde, doença e tratamento. A possibilidade de um relacionamento mais profundo, como falou o entrevistado já citado, proporciona um relacionamento terapêutico que traz maior satisfação tanto para o

paciente como para o médico. Nessa maneira de se relacionar, o médico não é o todo poderoso, mas um colaborador com algo em comum: a recuperação do doente.

A busca de um conhecimento mais amplo sobre a vida dos pacientes no campo das medicinas alternativas se torna necessária na medida em que essas informações são importantes para o estabelecimento de uma proposta terapêutica que tenha maiores chances de ser eficaz. Como já citado acima e segundo Luz (1995, p.30), essa relação com mais intensidade é um dos fatores relacionados à eficiência e resolubilidade das medicinas alternativas.

Nas práticas de medicina homeopática, como observado acima no relato dos médicos (as), a relação médico-paciente envolve maior cuidado e qualificação, seu modo de operar o sofrimento do doente, bem como sua capacidade pessoal de contribuir para o processo da cura, resultando na participação do paciente em seu tratamento. Essa construção de um relacionamento interpessoal cooperativo e sensível ao estado do doente agrega um valor terapêutico ao tratamento.

Uma médica formada no Rio Grande do Sul, que veio para Florianópolis há alguns anos, e desde 2002 é referência em acupuntura na policlínica do centro para o município e para toda a região vizinha de Florianópolis, relata de maneira semelhante a outros entrevistados nesta pesquisa, a sua insatisfação com a prática do modelo biomédico a levou a estudar acupuntura.

"Fiz medicina e era médica de empresas e estava insatisfeita com meu trabalho. Pois queria algo que olhasse o paciente como um todo. estava na duvida entre homeopatia e acupuntura e quando mudei para Floripa estava iniciando a primeira turma do curso de acupuntura e resolvi pela acupuntura. Antes não gostava do meu trabalho, poderia fazer dermatologia, ultrassonografia, mas gosto do contato com o paciente. Antes sentia que não estava ajudando, com acupuntura eu sinto que to ajudando".

Podemos observar, que a procura por uma relação entre o médico e a paciente mais humanizada, não parte necessariamente do paciente, mas nesta relação esta implicada a predisposição do medico por este modelo de atendimento mais humanizado. Segundo ela, a procura uma pratica medica que lhe proporciona um relacionamento que lhe dá satisfação em sua profissão e um melhor contato com o paciente, levaram sua escolha por acupuntura.

“Lia muito e tinha uma visão de outra medicina, um interesse pela humanidade e pelo que está vivo e escolhi a acupuntura pela simplicidade. A acupuntura agiliza a demanda para quem trabalha com dor e emoções. Tem um tempo durante o agulhamento para conversar, mais amplo e variado do que preencher fichas de anamnese alopática... na consulta à gente vai atrás do que se esconde por trás do sofrimento... por que ele sente? Até quando era feliz? Cria-se maior vínculo com os pacientes. Os pacientes de acupuntura são mais tranquilos, com maior retorno para o médico, menos ansiedade, são mais prazerosas as relações entre médico e paciente, rola uma psicoterapia durante as consultas. Atendo principalmente idosos com dores e adultos jovens.”

Na minha ótica e de muitos dos entrevistados, durante o tratamento por acupuntura o relacionamento entre o médico e o paciente vai sendo construído durante as sessões de acupuntura, diferente da homeopatia que necessita de uma abordagem mais completa do paciente durante uma primeira consulta e o seu retorno geralmente é mensal. Na acupuntura faz-se um diagnóstico inicial e a seguir marca-se determinado número de sessões para a aplicação das agulhas. Desta forma que o paciente, segundo a médica, vão ficando fieis ao tratamento e ao médico, e os que duvidam ou não creem no tratamento acabam acreditando. Ela tem 4 macas em seu consultório na policlínica do centro e marca em média 10 sessões semanais por paciente. Porém quando necessário marca mais sessões ou atende mais frequentemente seus pacientes.

"Desta forma se estreita o vínculo com o médico, alguns pacientes mudam algumas outras coisas na vida, mas não todos, pergunta como funciona, a maioria aceita bem o trabalho."

Segundo a experiência dos entrevistados e a minha, na acupuntura como na homeopatia a consulta é realizada levando em consideração aspectos da vida do paciente que não são considerados essenciais na consulta alopática. Esta consulta é permeada também pela subjetividade do paciente e, como com suas relações sociais, psicológicas e com o meio ambiente. Em uma consulta como cita a médica acupunturista acima, as relações vão sendo construídas durante as sessões de acupuntura levando em consideração vários aspectos da vida do paciente. A

patologia e a saúde são relegadas à questão do equilíbrio e desequilíbrio (Hanh, 2005, p.260) de um fluxo energético entre as diferentes instâncias do corpo e no corpo do paciente.

Como observado acima à qualificação da relação entre o médico e o paciente são apontado como uma das propostas presentes nas pratica alternativas neste trabalho. Esta proposta vai de acordo com Ardigò (1995), que em seu trabalho podemos observar a opinião de que a melhoria da qualidade nos serviços de saúde está diretamente relacionada à melhoria da relação médico-paciente, pois se desdobram em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação. Estes aspectos constituem um modelo de consulta médica necessário a um atendimento holístico, como predisposição a uma pratica alternativa, em acupuntura ou homeopatia, e refere a uma abordagem da pessoa como um todo considerando múltiplos fatores tanto na enfermidade como na saúde. De modo que o doente alcança uma maior compreensão, sentido e, conseqüentemente, autocuidado para o manejo de sua condição, assim como uma sensação de poder e participação no processo de cura (Andrade, 2010). Desta maneira a assistência se torna mais personalizada e humanizada, o que propicia melhores espaços de comunicação entre o médico e o seu paciente.

Diferentemente de uma abordagem tradicional biomédica, segundo o médico com parentes farmacêutico citado acima, baseada em uma medicina de evidência, que se fundamenta em um paradigma mecanicista e cartesiano a respeito da natureza e dos ser humano, a concepção das práticas alternativas apresenta uma concepção holística e integrativa (Andrade, 2010) que aborda vários aspectos do processo de saúde, doença e tratamento. A personificação do paciente, a valorização da maneira como ele se relaciona com as outras pessoas e com o meio ambiente, conforme disse o médico entrevistado, leva a um relacionamento mais profundo e pessoal entre o paciente e seu terapeuta. Ao mesmo tempo, proporciona um espaço de reflexão para ambos sobre sua relação e suas concepções na saúde, doença e tratamento.

Segundo minha observação, a busca de um conhecimento mais amplo sobre a vida dos pacientes no campo das medicinas tidas como alternativas se torna necessária na medida em que essas informações são importantes para o estabelecimento de uma proposta terapêutica que tenha maiores chances de ser eficaz. A escolha de determinado tratamento se relacionada à opção do paciente por um tipo de tratamento e das alternativas que o médico tem à mão. A biomedicina oferece um

tratamento biológico e universal. Muitas vezes, os medicamentos alopáticos oferecem um alívio mais rápido dos sintomas, por exemplo, a remissão temporária da dor com o uso de analgésico, como é o desejo de alguns pacientes. Nas práticas alternativas, a relação médico-paciente envolve maior cuidado e qualificação, seu modo de operar o sofrimento do doente, bem como sua capacidade pessoal de contribuir para o processo da cura, resultando na participação efetiva do paciente em seu tratamento. Essa construção de um relacionamento interpessoal cooperativo e sensível ao estado do doente agrega um valor terapêutico ao tratamento e pode levar, por vezes, a um processo terapêutico em que o alívio da sintomatologia é mais demorado. De forma parecida, as práticas de acupuntura e homeopatia proporcionam períodos mais longos de convivência entre médicos e pacientes, nos quais se constrói uma relação terapêutica mais personalizada e humanizada, já que permite ao médico conhecer também a vivência familiar, social e psicológica de seu paciente. No relato a seguir, da médica acupunturista que trabalha na policlínica do centro nota-se que com a possibilidade de retornos frequentes, no caso da acupuntura, os vínculos pessoais entre médico e paciente se fortalecem.

“Os pacientes vão descobrindo a acupuntura e vão ficando fiéis. Os que não creem acabam acreditando. Atendo geralmente semanal, quando necessário marco mais sessões ou atendo mais frequentemente os pacientes. Dessa forma se estreita o vínculo com o médico. Alguns mudam algumas outras coisas na vida, mas não todos, pergunta como funciona, a maioria aceita bem o trabalho”.

Como cita a médica acima, a relação de confiança entre o doente e o médico vai sendo construída a partir da necessidade de retornos para a sessão de acupuntura, que segundo ela, pode variar de seis a dez sessões, ou mais, realizadas uma ou duas vezes por semana, as quais duram, geralmente, entre 40 e 60 minutos. Esta condição de um contato mais frequente com os pacientes seja através de retornos mais qualificados, segundo a médica acupunturista acima, ou como relata a única médica contratada como homeopata no município, o maior tempo com o paciente favorece a aceitação do paciente por este tipo de tratamento.

“Com o aumento do tempo da consulta as pessoas relaxam e melhora a relação médico-paciente, e o paciente volta, gostam de vir à consulta, por poderem se expressar e contar suas histórias... O

médico do posto é apressado e é homem. O paciente se torna seu amigo”.

Podemos notar nestes relatos, que as médicas acima uma acupunturista e outra homeopata, trabalham como especialistas em policlínicas do município. Uma das principais diferenças delas em relação aos médicos com prática da medicina homeopática ou de acupuntura nos centros de saúde refere-se ao tempo disponível para cada consulta. Nos centros de saúde, os médicos que trabalham com práticas alternativas, como o relato do médico homeopata com família de farmacêuticos citado a cima, geralmente tem que se adaptar ao planejamento orientado às práticas biomédicas de maneira criativa para poder exercer sua prática médica com homeopatia. Na policlínica, como o relato da médica acupunturista, o espaço físico comporta varia macas para o atendimento e sua agenda é organizada de acordo com a necessidade terapêutica das especialidades, neste caso da acupuntura, o que lhe proporciona uma possibilidade de um trabalho terapêutico alternativo com melhores resultados clínicos e pessoais com seu paciente. No centro de saúde as consultas homeopáticas ou os atendimentos com acupuntura, geralmente acontecem com horários e espaços restritos e sem a frequência necessária para as sessões, dificultando as propostas terapêuticas destas especialidades alternativas, desta maneira prejudicando o diagnóstico e a eficácia do tratamento.

Pluralismo

Um dos primeiros estudos em antropologia da saúde que abordou o pluralismo nos sistemas médicos foi realizado por Leslie (1972), na Ásia, na década de 1970. Nele, em cada país asiático pesquisado tem o sistema médico contextualizado, mostrando que em cada um desses sistemas existe uma pluralidade de diferentes tradições. Para ele, os modelos terapêuticos variam sua expressividade em função do conjunto de tradições médicas em que estão inseridos e são influenciados pela maneira como processos globais, híbridos, científicos e de mercantilização são absorvidos nas diversas sociedades.

Podemos referir que as noções de sistemas médicos e de pluralismo terapêutico, assumem diferentes significados nos estudos antropológicos, e estão vinculadas as características sócias culturais da população estudada (Johannessen, 2006). Conforme Baer (2004), em cada local constata-se a existência de um pluralismo terapêutico particularizado integrado a um contexto sociocultural e econômico, o qual engloba diferentes concepções sobre saúde, doença e tratamento que coexistem em cooperação ou em conflito. Nas sociedades

industriais modernas, segundo Baer (ibid.), em geral o sistema biomédico tem uma preponderância hegemônica construída historicamente sobre outros sistemas, tais como a medicina homeopática, a acupuntura, a medicina ayurvédica e a naturologia.

No Brasil apesar da hegemonia biomédica no SUDS, de acordo com Barros (2006), as pesquisas sobre medicinas alternativas e complementares desenvolvidas no Brasil são influenciadas pela ideia de que esses modelos não estão em oposição, mas são práticas complementares que podem ser acionadas em diferentes contextos. Pois, socialmente as práticas médicas convivem e as pessoas escolhem entre uma ou outra, ou as utilizam conjuntamente, tendo em vista o pluralismo que caracteriza o campo da saúde no Brasil.

O pluralismo no campo da saúde pública brasileira pode ser observado nos serviços públicos de saúde no Brasil há vários anos, de maneira não institucionalizada, como por exemplo, as práticas originadas da medicina popular, entre elas, as rezas de cura referenciadas ao catolicismo popular e o uso de plantas medicinais. Teve maior reconhecimento a partir da década de 1970, com o processo de globalização, quando vários modelos terapêuticos sob o guarda-chuva das terapias alternativas se tornaram bastante populares e foram absorvidos pelas sociedades ocidentais (Souza e Luz, 2009). A partir de 2006, o pluralismo terapêutico é reforçado na sociedade brasileira com a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Essa política permitiu a legitimação e institucionalização de algumas práticas terapêuticas alternativas nos serviços públicos de saúde, proporcionando um ambiente terapêutico em que convivem distintas modalidades médicas, crenças e itinerários de saúde, ampliando o pluralismo já existente na medida em que tais práticas ganham legitimidade oficial (Luz, 2005). Desse modo, o atual sistema público transporta para seu interior outros saberes e modelos tradicionais e alternativos, que passam a conviver com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina.

No contexto da crescente institucionalização de outros modelos, além do biomédico, no SUS, o favorece o pluralismo terapêutico e conseqüentemente o enriquecimento das estratégias diagnóstico-terapêuticas disponíveis nos serviços. Como observa Andrade (2010), aumenta a possibilidade de maior acesso da população e dos profissionais a diferentes práticas médicas que levam a mudanças no modelo da medicina oficial, entre as quais uma maior humanização da assistência.

Nas medicinas alternativas e complementares o ser humano é concebido como ser integral, não se desfazendo em distintas unidades de análise como ocorre no caso da medicina convencional. Elas proporcionam uma nova visão holística do processo saúde/doença e tratamento, concebendo o ser humano como uma totalidade de corpo-mente e espírito, de acordo com uma visão holística e do corpo humano portador de um campo energético Andrade (ibid.).

As praticas ou medicinas alternativas, na maioria dos centros de saúde de Florianópolis andam juntas com a biomédica, muitos dos médicos se utilizam de várias das terapêuticas em saúde em seu atendimento diário, e de certa maneira tem a biomedicina como a principal, segundo a pesquisa e minha observação. Na maioria das vezes, o que se observa no âmbito da estratégia da saúde da família, é uma composição de diferentes práticas terapêuticas, tais como, biomedicina, acupuntura, homeopatia, aurículo - acupuntura, yoga, reiki, entre outras, utilizadas separadamente ou em conjunto.

Segundo o médico que se formou em medicina no Rio de Janeiro e depois de formado veio para Florianópolis. Segundo ele, durante muitos anos no Rio de Janeiro trabalhou como médico sanitário, porém em certa fase de sua vida profissional entrou em conflito com esta prática de cunho mais coletivo. A sua condição profissional em lidar com o coletivo não lhe satisfazia então levou em consideração a escolha de uma prática clínica que possa lidar mais com o individual das pessoas. Desta forma resolveu estudar acupuntura.

"Era sanitário e precisava de alguma coisa na clínica e escolheu acupuntura, pois queria ajudar de forma individual, o paciente, antes acreditava que o coletivo satisfazia. Resolvi estudar uma clínica diferenciada para resgatar o médico ausente no Rio de Janeiro."

Para ele, sua relação com as medicinas alternativas vem de muito tempo, pois ainda no Rio de Janeiro estudava acupuntura, mas não como sua principal função profissional. Refere que o seu estudo com a acupuntura foram acentuados durante a sua residência em medicina da família e comunidade na UFSC em Florianópolis, na qual, continha um estágio em acupuntura no centro de saúde do Rio Tavares, onde realizavam atendimento por acupuntura.

Posteriormente a sua residência, prestou concurso e foi contratado como médico da família junto à secretaria municipal de saúde. Quando iniciou seu trabalho no centro de saúde de Florianópolis, com a intenção de praticar acupuntura em conjunto com a biomedicina. Porém teve

alguns problemas com a coordenação e a gestão do centro de saúde no início de sua prática, pois não disponibilizavam tempo em sua agenda para a prática da acupuntura. Necessitando organizar um tempo fora de seu horário de trabalho para atender a população com acupuntura. Segundo ele, "era necessário chegar mais cedo no centro de saúde para ter um espaço para a acupuntura". Para ele, hoje a situação já alterou, pois em alguns centros de saúde existem espaços nas agendas dos profissionais para as práticas alternativas. Em sua prática diária, atualmente utiliza de várias diferentes práticas terapêuticas no seu atendimento a população servida no centro de saúde que trabalha. Segundo seu relato, as práticas alternativas são uma alternativa a população por diferentes modelos de atendimento, como também o seu conhecimento o auxilia no entendimento do processo em saúde e doença que está passando o paciente. Segundo ele,

"a medicina é uma só, existem aspectos diferenciados na medicina. Por exemplo, uma dor lombar: se não é do consultório da acupuntura trato ele com anti-inflamatório, mas procuro entender como ele adoeceu a visão da medicina chinesa. Faço exame biomédico e manipulação vertebral, procuro atender a demanda do paciente, se não que tomar remédio, mas se quer manipular a coluna, ou faço acupuntura nos pontos básicos. Nos casos crônicos faço um esquema de tratamento por mais tempo, duas vezes na semana".

Em seu relato podemos observar que o pluralismo terapêutico está presente em sua prática diária. Este pluralismo engloba diferentes terapias que na maioria das vezes ocupam um espaço alternativo e /ou complementar ao modelo biomédico implantado nos centros de saúde. Segundo ele, as práticas alternativas tem a seu favor diminuir a quantidade de medicamento alopático em determinadas pessoas, como em algumas vezes proporciona uma melhora mais rápida na saúde das pessoas. Estes fatores são importantes na aceitação, reconhecimento e adesão da população a estas práticas.

"a medicina da energia traz umas prescrições diferentes da biomedicina... ajuntando todas consigo ter uma resposta mais rápida na melhora do paciente. Não me oponho às medicações biomédicas, com as práticas alternativas vai diminuindo a dosagem e os remédios controlados,

a pessoa vai fazendo a opção e descobre que a outra terapia melhora e vai se criando demandas".

Desta maneira, as conversas com seus pacientes sobre as praticas alternativas proporciona um espaço no qual eles contam sobre sua vida e seus problemas. Este espaço mais qualificado na relação paciente - médico tem influencia terapêutica na melhoria dos problemas do paciente, pois favorece um melhor efeito dos medicamentos que está tomando.

"entra na vida das pessoas para convencer sobre outras técnicas e na conversa os paciente se abrem mais do que na alopatia, e uma medicação que não funciona começa a funcionar".

Para ele, as praticas alternativas trabalham em sinergia com as biomédicas e o conhecimento do profissional sobre o campo alternativo na saúde favorece o atendimento das pessoas e auxilia a resolução de seus problemas.

"com a medicina energética tenho ferramentas que outras pessoas não têm, faço com isto diferença por que quem não tem que ficar trocando de remédio alopático. A sinergia no medicamento é uma técnica energética. A medicina de manipulação leva mais tempo para resolver o problema, com anti-inflamatório vai mais rápido. A acupuntura potencializa os medicamentos e vice-versa. Trabalha a noção com seus pacientes e quando você é médico também pode prescrever o medicamento. A somatória de técnicas supera o resultado de técnicas separadas".

Na atualidade hoje trabalha em um centro de saúde do município como medico da família com um espaço na sua agenda para o atendimento por acupuntura, que o deixa mais feliz, mas no futuro pretende trabalhar somente com acupuntura.

Podemos notar que, apesar de alguns conflitos entre os profissionais e os gestores sobre a organização do trabalho, sobre a prática alternativa e a biomédica, cada profissional recorre de maneira singular a diferentes arranjos terapêuticos. Lida de um jeito peculiar com os diferentes modelos terapêuticos e com a complexidade do adoecimento humano, e com a organização e planejamento de suas atividades nos centros de saúde. Esses arranjos se moldam na experiência do terapeuta a partir de seus conhecimentos de acordo com os espaços onde atua socialmente e politicamente, e de acordo com os desejos e as experiências anteriores suas e de cada paciente que atende.

Verifica-se no discurso do médico, acima, que a medicina é vista como um sistema complexo que permite diferentes práticas terapêuticas. Assim, para ele, a escolha de práticas como a acupuntura, a manipulação da coluna e a alopatia depende do quadro clínico e da relação construída entre ele e o paciente durante a consulta, proporcionando possibilidades de arranjos terapêuticos diferenciados. Esses arranjos têm como fundamentos a oferta terapêutica proporcionada pelos conhecimentos do médico, as instituições e os espaços físicos e sociais nos quais se realiza a consulta, bem como experiências prévias na formação profissional do médico, conjuntamente com a iniciativa do paciente e suas reflexões no sentido de escolher a maneira melhor e mais rápida de lidar com seu adoecimento. Desta maneira proporciona "cardápio terapêutico" diferenciado de acordo com a característica singular na relação terapêutica mais pessoal entre o profissional e o paciente.

Segundo minha observação, os profissionais que foram entrevistados nesta pesquisa, reconhecem em seu trabalho os limites terapêuticos das diferentes práticas em saúde, como o favorecimento de uma complementaridade ao modelo biomédico das práticas alternativas. Como também a necessidade de um pluralismo terapêutico no atendimento à população, as vantagens e desvantagens em conhecer outras alternativas terapêuticas para sua prática diária e a diferença entre os diferentes modelos, biomédica e alternativa, na atenção à saúde. Também podemos observar nesta pesquisa que as medicinas alternativas apresentam ao mesmo tempo uma diferença na visão dos profissionais sobre como enxergar uma pessoa que necessita de auxílio em relação ao olhar biomédico. Na maioria das vezes quando lida com prática alternativa, leva em consideração a singularidade do paciente como pessoa, que convive em um espaço social e cultural determinado e reagem as mudanças ambientais de maneira particular.

Em várias entrevistas ficou claro que, na percepção dos médicos, a sinergia terapêutica entre as práticas da medicina alopática e/ou biomédica e aquelas oriundas das medicinas alternativas traz vários benefícios para os usuários do SUS. Entre elas, destacam-se a redução da quantidade de medicamento alopático necessários aos pacientes quando terapias alternativas são empregadas complementarmente ao medicamento alopático. Para eles, existem situações clínicas em que uma prática alternativa e/ou biomédica são mais aconselháveis. Como por exemplo, vários dos entrevistados referem que a eficácia biomédica na práxis diária pode ser mais bem observada nos casos agudos, enquanto que as práticas alternativas têm efeitos mais claros nas doenças

crônicas. Tal avaliação está de acordo com os dados de Nagã e Queiroz (2008), em sua pesquisa com os médicos que atuam na rede pública na cidade de Campinas, no estado de São Paulo. Esses médicos, de acordo com os médicos desta pesquisa em Florianópolis, relataram que as práticas alternativas seriam mais bem adaptadas às doenças crônicas devido a sua multicasualidade, o que torna mais difícil tratá-las com o modelo biomédico. Pois as praticas alternativas, nesta pesquisa a acupuntura e a homeopatia, segundo minha opinião, levam em consideração diferentes aspectos da vida do paciente que poderiam estar influenciando a sua saúde na atualidade.

Apesar de todos os médicos (as) entrevistados nesta pesquisa, recorrem a pratica alternativa em suas consultas, podemos observar que dentro deste campo, cada profissional tem suas particularidades em lidar com elas. Porém, de uma maneira mais ampla, podemos notar que existe certa diferenciação, quanto à forma com estes e seu trabalho estão vinculados profissionalmente à secretaria municipal de saúde. Quanto aos médicos e suas praticas que estão vinculados a uma especialidade alternativa, este caso a acupuntura e a homeopatia, e aos que estão vinculados a estratégia de saúde da família. As médicas especialistas, mesmo no caso das duas especialidades citadas anteriormente existe certa diferenciação quando a suas relações com o modelo de saúde biomédico.

Durante a pesquisa foram entrevistadas duas médicas que optaram pela homeopatia como especialidade principal. Uma na policlínica do sul, a única medica contratada pela secretaria municipal de saúde como médica homeopata, e outra vinculada à estratégia da saúde da família, mas trabalha essencialmente com homeopatia no centro de saúde. As médicas homeopatas parecem, segundo minha observação, ter maior dificuldade em lidar com diferentes sistemas terapêuticos em conjunto do que as especialistas em acupuntura. Provavelmente, segundo minha opinião, esta dificuldade acontece devido aos princípios da medicina homeopática serem mais rígidos e muitas vezes contraditórios a biomedicina do que os princípios e acompanhamento de um paciente nos conceitos da acupuntura. Pode-se observar, nestes casos, mais frequentemente a utilização da fitoterapia, acupuntura ou outras pratica alternativa em conjunto com a homeopatia. Segundo a médica contratada como especialista em homeopatia e trabalha na policlínica do sul da ilha, a alopatia parece não ser muito proveitosa em conjunto com a pratica da homeopatia, segundo ela,

"temos que trabalhar com várias artes médicas, eu receito fitoterapia junto com a homeopatia e faço

terapia de apoio a alguns pacientes. Muitos médicos não tem conhecimento sobre outras técnicas terapêuticas, além da alopatia e acabam receitando muito medicamento alopático”.

A médica homeopata que trabalha no centro de saúde do continente, a mesma que trabalhou em Moçambique citada anteriormente, leva em consideração que este pluralismo terapêutico é muito difícil, pois entre a homeopatia e biomedicina existe uma diferença conceitual e de prática muito diferentes e contraditórias. Para ela, “[são] várias realidades médicas correndo em paralelo que são pouco compatíveis e contraditórias”. Como já citado anteriormente, na medicina homeopática os seus conceitos em sua epistemologia, tomam aspectos de certa maneira totalmente contraditórios aos conceitos da medicina biomédica ou alopática. Ela atualmente tem uma posição contrária a alopatia e trabalha com conceitos mais rígidos em relação à medicina homeopatia em seu atendimento as pessoas.

Da mesma maneira em relação da pratica como especialidade em acupuntura, existe uma médica contratada como especialista que trabalha na policlínica do centro e outra médica, aquela médica carioca citada acima quando falamos do tema da religiosidade, que atende como especialista em acupuntura na policlínica do norte. Segundo as entrevistas com estas médicas especialistas, elas lidam com maior facilidade com as diferentes técnicas terapêuticas, mesmo a alopatia. Na acupuntura, ou na pratica medicina tradicional chinesa, na qual a acupuntura é um dos seus componentes, a sua filosofia e pratica, apesar de ter uma mesma visão energética do corpo humano e da pessoa, não apresenta pontos acentuadamente diferenciados e contraditórios à prática biomédica como na pratica da homeopatia. Para a médica contratada como acupunturista na policlínica do centro, segundo ela, na sua pratica,

“a gente e vai entrando na vida do paciente e percebendo as coisas que não vai poder mexer, pois a acupuntura não resolve tudo... também trabalho com pouca fitoterapia e alopatia... existe alguma coisa que funciona na acupuntura, alguma energia que a gente está passando para o paciente”.

Para ela a associação da alopatia com acupuntura tem vários pontos em comum, e como são duas praticas que ela tem mais conhecimento, quando consegue fazer essa conexão terapêutica entre elas é muito satisfatório para o paciente e para ela.

“No tratamento penso em alopatia e acupuntura ao mesmo tempo, às vezes consigo associar as duas terapêuticas, aí é bonito. Quando não, aí escolho um lado para explicar o tratamento do paciente. Antigamente os médicos faziam um pouco de tudo, aí veio as especialidades, agora parece que está voltando essa moda de fazer um pouco de tudo... faço de tudo... tem as questões das emoções que na acupuntura explica através dos órgãos... olha de um lado e o outro fica quieto, geralmente acaba vendo mais o lado da acupuntura, mas eu não faço muita coisa no atendimento devido a ser muito corrido, às vezes falo da postura e alimentação”.

Apesar do relato da medica acima favorável à interação terapêutica entre a acupuntura e alopatia, ela geralmente não as associa, pois o seu serviço foi organizado de maneira para que possa atender as pessoas com a terapêutica da acupuntura, o que a dificulta de trabalhar com alopatia ao mesmo tempo. Ela tem como fundamento principal em seu trabalho as concepções energéticas da medicina tradicional chinesa, na pratica da acupuntura, e utiliza mais frequentemente outras técnicas terapêuticas, não biomédicas, associadas à acupuntura em seu trabalho diário, como aconselhamento sobre a postura e sobre alimentação.

Diferente dos médicos (as), que trabalham principalmente e/ou com especialistas em medicinas alternativas, a acupuntura e a homeopatia, os vinculados à estratégia de saúde da família são mais flexíveis e acessíveis à utilização de propostas de diferentes modelos terapêuticos para o mesmo paciente. Notei que para estes médicos é factível adotar um pluralismo terapêutico com vínculos filosóficos e teóricos mais flexíveis. Ou seja, eles parecem não estar muito engajados na procura dos significados oriundos das diferentes modelos terapêutico em que se assentam as práticas alternativas e a alopatia. As escolhas terapêuticas tem como ponto forte o pragmatismo de seu trabalho, como por exemplo, utilizam-se das praticas alternativas quando o medicamento alopático não proporcionaram os efeitos esperados. Em alguns casos, como uma proposta terapêutica diferente da alopatia que pode ajudar seu paciente e melhorar sua saúde, ou ainda dependente do desejo e acordo com a sua perspectiva em conjunto com a do paciente sobre uma diferente maneira de lidar com o adoecimento.

Essa sinergia terapêutica possibilitada pelo conhecimento de outras práticas, alternativas ao modelo biomédico, completa o trabalho de assistência à saúde e traz mais satisfação profissional para o médico,

conforme relatado pela médica acupunturista acima ou pelo médico sanitário e também acupunturista citado anteriormente. Para eles, o domínio de diferentes técnicas terapêuticas proporciona uma melhor abordagem dos problemas de saúde da população e melhores condições na resolução dos problemas do paciente.

Esta pesquisa aponta que algumas das práticas terapêuticas englobadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares — acupuntura, homeopatia e fitoterapia — são utilizadas pelos médicos ou médicas vinculadas a estratégia de saúde da família ou por profissionais que as tem como especialidades dentro do campo saúde municipais. Foi possível observar, desta maneira, uma diferença na maneira como são associadas às práticas alternativas com a proposta terapêutica biomédica pela diferença como os médicos ou médicas estão vinculados ao serviço municipal de saúde.

Na minha observação antes e durante a pesquisa, foi possível observar os médicos que utilizam as medicinas alternativas, ou seja, os profissionais que tem as medicinas alternativas, a acupuntura e a homeopatia, como especialidade, lidam com estas terapêuticas levando em consideração a sua epistemologia e filosofias diferenciadas da medicina biomédica. Em relação aos profissionais vinculados a estratégia da saúde da família, estes parece que levam em consideração que as práticas alternativas, tem um espaço complementar a medicina biomédica. Porém temos que também levar em consideração que a proposta da estratégia da saúde da família, e do sistema único de saúde está organizada e planejada de acordo com o modelo biomédico. Portanto por um lado, apresentam dificuldades operacionais e de planejamento na organização do trabalho do médico com práticas alternativas. Por outro lado também os médicos e médicas tiveram como referência em seus estudos universitários a concepção biomédica, o que para muitos, dificulta uma mudança de postura filosófica e profissional em relação aos seus conceitos relacionados à ótica com que enxerga a medicina.

Assim neste trabalho, podemos relatar que as práticas alternativas, quando utilizadas pela maioria dos médicos vinculados a estratégia da saúde da família, ocupam um espaço complementar a prática no modelo biomédico. O que vai de acordo com os estudos de Faldon (2005) em seu trabalho com as práticas alternativas em Israel, quando refere que mesmo utilizando-se de práticas alternativas nos serviços de saúde, a ideologia terapêutica continua sendo a biomédica, denota que não há espaço para uma ideologia alternativa. As práticas de medicinas não

convencionais seriam então domesticadas pela medicina convencional, a biomedicina.

“Apesar da grande demanda de consumo do público, eles preferem o uso da medicina não convencional sob supervisão da medicina convencional, por esta razão os exóticos elementos da medicina não convencional têm sido fundidos com o conhecimento científico criando uma forma híbrida de tratamento médico, estranha por ser fascinante e também familiar o suficiente para não ser desprezada” (Faldon, 2005, p.119 - tradução do autor).

Porem também de acordo com outro trabalho realizado em Israel por Mizrachi (2005) pode-se relatar que mesmo utilizadas desde o paradigma biomédico, as medicinas alternativas ajudaram a redesenhar um novo limite entre a prática biomédica e a prática relativa às medicinas alternativas e complementares nos serviços públicos de saúde de Florianópolis.

Apesar de um relato mais radical da médica homeopata que trabalha no centro de saúde sobre a convivência da medicina alopática com a homeopatia citado acima, a maioria dos entrevistados que fez parte do estudo conduzido por mim em Florianópolis, em especial os médicos vinculados à estratégia saúde da família, pondera que as PICs são compatíveis com a biomedicina. Eles descartam qualquer insinuação de ordem filosófica ou religiosa que oponha as práticas alternativas à perspectiva científica dominante. De uma maneira geral, estes profissionais mostram-se otimistas quanto à inclusão de terapêuticas alternativas em sua prática clínica, bem como sobre a "convivência democrática" destas práticas com o modelo biomédico.

Mais recentemente, os estudos levam em consideração que a integralidade entre diferentes modelos em saúde, ou mesmo diferentes paradigmas, deveria ocorrer de forma mais equânime entre a biomedicina e as diferentes medicinas. Na perspectiva de incorporar valores, conceitos e práticas das medicinas alternativas e biomédicas, esta proposta foi denominada de medicina integrativa, como uma proposta de compatibilizar as diversas medicinas sem a preponderância de um dos paradigmas. A perspectiva de uma medicina integrativa nos serviços de saúde de Florianópolis, a meu ver, ainda é uma proposta distante da realidade hegemônica biomédica existente nestes serviços. Os médicos entrevistados não se referem a uma proposta de medicina

integrativa e sim a práticas integrativas ao modelo hegemônico biomédico.

Os conceitos e nomenclaturas que envolvem os debates a respeito das medicinas ou práticas integrativas e complementares se referiram geralmente nas falas dos entrevistados como uma terapêutica alternativa e, na maioria das vezes, complementar à biomedicina. No entanto, os médicos se mostraram mais preocupados com a sua práxis diária, em termos da qualidade da assistência à saúde que oferecem à população, do que com a dimensão epistemológica envolvida na diferença entre os conceitos. Dos médicos que observei, muitos se utilizam de recursos que poderiam ser denominados como práticas alternativas em certos momentos e, em outros, de práticas complementares. Na maior parte das vezes, porém, a práxis médica se desenvolveu vinculada ao modelo biomédico. A integralidade como integração de diferentes práticas terapêuticas, constitui-se um modelo que utiliza uma forma integrativa intermediária, segundo Tesser e Luz (2008), que ocorre através de uma visão biomédica e utiliza-se um medicamento homeopático ou uma interpretação e prática da acupuntura com critérios sintomáticos, não necessariamente holísticos (ibid.), que são um dos principais conceitos de suas práticas.

Mudando o foco da análise do profissional para o olhar institucional, a integralidade se apresenta de uma forma diferenciada. Na perspectiva de enxergamos a prática dos médicos dentro do SUS através de uma equipe multidisciplinar, na medida em que cada profissional está habilitado a desenvolver uma abordagem diferenciada e limitada sobre problemas específicos relativos ao adoecimento ou não da população adstrita. Assim a integralidade se desloca para a perspectiva de uma diretriz institucional do SUS e não propriamente do profissional de saúde.

Novo paradigma de atenção à saúde?

A partir dos dados levantados nesta pesquisa, podemos observar que a incorporação de práticas alternativa e complementar, seja homeopática ou acupuntura, no atendimento à população no serviço municipal de saúde, não proporciona uma mudança significativa levando em consideração uma visão diferenciada no campo da saúde em relação ao modelo biomédico. Como apresentado no tema acima, geralmente as medicinas alternativas são domesticadas pelo modelo hegemônico biomédico. Porém considerações de médicos e médicas sobre as aspirações pessoais na construção de um novo paradigma diferenciado na saúde pública foram relatados na pesquisa.

A médica homeopata que atende na policlínica do sul da ilha apresenta em seu relato um interessante olhar da relação entre a homeopatia e a sociedade. Ela concluiu seus estudos na faculdade de medicina da UFSC em 1980 e sua especialidade em homeopatia em 1997. Durante muitos anos trabalhou como médica nos centros de saúde do município. Em 2010 foi aprovada em um concurso para médica com especialidade em homeopatia junto à secretaria municipal de saúde. Porém, nesta época, a secretaria não tinha interesse em contratar médica homeopata, apesar de terem realizado um concurso. Segundo ela, “os gestores públicos não tinham e não tem muito interesse em contratar médico homeopata em Florianópolis... realizaram o concurso para isto, mas não chamaram ninguém para assumir o cargo”. Portanto foi necessário entrar com um processo na justiça, para ser contratada, e atualmente somente trabalha como médica especialista em homeopatia por 8 horas diárias na policlínica.

Para ela, a oferta de homeopatia no centro de saúde a população apresentou um grande avanço com o processo de municipalização da saúde e a implantação das estratégias da saúde da família iniciados em 2004. A municipalização da saúde é uma das diretrizes do SUS, que tem como proposta a gerência dos serviços de saúde sob a responsabilidade da gestão municipal. Estas duas propostas acima, segundo ela, levaram a uma melhor organização dos serviços a partir da gestão municipal e proporcionaram espaços terapêuticos com um contato mais humanizado do médico com a população.

Para ela, a homeopatia tem um papel de transformação social a partir de sua maneira de realizar as consultas e de como os pacientes reage física, espiritual e socialmente ao seu tratamento. Segundo ela,

"a forma de ver a saúde é política, seria revolucionário se a homeopatia tivesse grande disseminação, e as pessoas comessem a refletir não só biologicamente, mas ambiental e emocional tomar decisões mais pensadas, ai poderia ter um diferencial".

Continuando com o seu relato, refere à visão holística que o médico homeopata necessita para realizar um atendimento homeopático e as suas relações com diversos aspetos da sociedade onde está inserido o paciente, não é valorizada ou acreditada pelos médicos alopatas vinculados ao modelo biomédico.

"existe uma interação entre o corpo físico e a sociedade, e muitos médicos não acreditam nesta interação e a medicina vai perdendo campo."

Pois com "a homeopatia o paciente muda a forma de se relacionar com a sociedade... e os médicos alopatas não dão atenção para o paciente e não conseguem solucionar muitos de seu problemas."

A visão holística que ela chama a atenção durante a entrevista, a interação entre o corpo e a sociedade, seria uma forma revolucionária de enxergar a saúde, levando em consideração vários aspectos da vida do paciente e suas relações. Ela continua o seu relato apontando experiências significativas na saúde pública brasileira que apontam para a melhoria dos serviços públicos em saúde através de programas que favorecem a implantação da homeopatia.

"Na epidemia de gripe H1N1 a homeopatia foi usada com grande sucesso por vários homeopatas. Existe uma relutância do gestor em levar mais valor à homeopatia. No Fórum Nacional de PICS, o governo do acre mostrou um trabalho, no qual deu curso de homeopatia para os médicos da rede pública, e assim diminuiu os custos e melhorou a tecnologia".

Segundo ela, em Florianópolis os gestores municipais ainda não levam muito em consideração a melhoria que poderia ser levada nos serviços de saúde com a implantação de melhores programas direcionados a medicinas alternativas. Ela questiona a forma como estão sendo organizados os serviços de homeopatia.

"em Florianópolis é muito restrito o acesso das pessoas a homeopatia, somente tem uma medica concursada para todo o município. A homeopatia deveria ser na atenção primária não na secundária como eu faço".

Levanta questionamentos sobre como e em que espaço na organização dos serviços de saúde a homeopatia ocupa ou deveria ocupar no serviço público municipal. Como já relatado anteriormente em outro capítulo, a homeopatia no município foi incorporada como uma opção terapêutica complementar a biomedicina junto a estratégia da saúde da família. Para ela, na continuidade da entrevista, podemos perceber que a sua proposta seria a implantação na atenção primária de profissionais homeopatas, e não um médico contratado como médico da família que por alguns momentos atende com homeopatia.

Em sua entrevista podemos observar que um dos pontos que prejudicam as pessoas a terem acesso a um atendimento homeopático, por um lado se refere a pouca oferta neste tipo de atendimento nos serviços públicos, como a falta de debates públicos e informações entre as pessoas, seja

médicos, funcionários ou pacientes sobre o assunto. Para ela, além da dificuldade de acesso das pessoas a serviços homeopáticos, questões e interesses econômicos e políticos interferem na perspectiva de oferecer melhores serviços em medicina alternativa.

“... existe um processo de enclausuramento uma tecnologia de controle forte na secretaria municipal de saúde, executada pelos grupos que ocupam lugares estratégicos. Esta tecnologia de controle esta atuando há 4 ou 5 anos de forma mais elaborada. Existem interesses econômicos na compra de medicamentos e já pensaram sobre a terceirização das praticas homeopáticas”.

Os interesses econômicos e políticos interferem em todos os campos da saúde, como estudado por vários autores na área da antropologia critica. Em Florianópolis e de acordo com esta médica, a gestão municipal cobra dos médicos principalmente na atenção primária e demais profissionais uma quantidade, produção segundo o vocabulário dos gestores, de atendimentos a serem realizados mensalmente nos diversos serviços. Estas cobranças não levam em consideração que um atendimento com maior qualidade e maior tempo para as consultas, que poderiam diminuir os retornos dos pacientes e o gasto com tecnologia de exames e medicamentos, como o caso não somente da homeopatia. Em algumas conversas, ela relatou o interesse de alguns grupos de médicos espanhóis vinculados à medicina da família e comunidade em seu país, que estiveram em Florianópolis junto ao serviço público relatando a sua experiência junto a medicina da família.

"Tem um grupo de médicos dentro da prefeitura falando em consulta de 5 minutos, e através da privatização o medico da saúde da família faz a triagem e ganha por produção e colocam muitos especialistas, parece que na Espanha é assim”.

Segundo eles, na Espanha estão diminuindo o tempo de consultas dos médicos nos centro de saúde, pois os médicos de família que já trabalhavam há algum tempo em determinado centro de saúde conheciam bem seus pacientes e seus problemas de saúde, poderia assim atender as pessoas mais rapidamente. Desta forma, de minha opinião de acordo com a opinião da medica, esta maneira o atendimento às pessoas somente poderia acontecer se as pessoas forem enxergadas como "máquinas biológicas". Levando em consideração que os pacientes adoeceriam sempre da mesma maneira. Diferentemente da proposta da visão holística presente nas medicinas alternativas, em que em cada

situação presente, a sua saúde varia de acordo com o contexto subjetivo, social, ambiental e cosmológico em que está pessoas está inserida e vivenciando. Mesmo na perspectiva de um atendimento mais humanitária no SUS, um dos pontos de maiores discussões sobre este tema refere a qualificar melhor a relação entre o médico e o paciente através de um maior tempo nas consultas.

Continuando nossa conversa, ela acentua que para uma mudança mais significativa na saúde publica municipal, levando em consideração as medicinas alternativas, seria necessário melhorar as informações que os diferentes gestores têm sobre elas. Pois muitos dos gestores, ainda não acreditam e não vivenciaram um tratamento homeopático. Para eles, a homeopatia estaria mais relacionada a uma mudança psicológica no paciente do que uma tecnologia científica no campo da saúde. Pois a homeopatia, segundo ela contraria a visão de alguns gestores,

"tem uma metodologia muito bem estabelecida, com corpo teórico, não é alternativa é uma pratica terapêutica. Os gestores precisam de mais informação sobre a homeopatia. Existem vários gestores que não tem a mínima formação em homeopatia."

Levando em consideração que ela apresenta uma grande sensibilidade para observar as relações entre a medicina e a sociedade durante seu trabalho, ela aponta que para ocorrer uma mudança no paradigma da saúde no município seria interessante envolver a população que faz uso dos serviços públicos neste processo. Desta maneira, ela propõe que não é somente a prática da homeopatia que tem o poder de mudar a visão biomédica no campo da saúde publica, mas aponta a necessidade de uma maior consciência do grupo da sociedade para que esta mudança possa ocorrer.

"... o status quo da medicina publica é assustador tem que tentar modificar, a homeopatia só não tem este poder. Talvez empoderamento dos grupos onde a sociedade resolva bater o pé na terapêutica que quer, não só tratar do biológico. Tratar o psíquico, o meio ambiente, que também influencia quem é o indivíduo e a sociedade: de onde veio, onde esta, seus relacionamentos, na família, no trabalho, na conjuntura nacional ou internacional."

Desta forma, propõe que o fortalecimento de uma ótica holística na visão do adoecimento das pessoas, mesmo dentro de outras praticas

terapêuticas, não necessariamente a homeopatia, poderia transformar ou modificar a forma como é realizado e pensado o atendimento e o planejamento dos serviços de saúde. Para que estas mudanças ocorram, para ela é necessário a participação da sociedade na luta pelos seus direitos.

Ela continua em seu relato, propondo maiores publicações científicas sobre o trabalho da homeopatia no serviço público como uma forma de melhorar a informação dos demais médicos, levando em consideração uma melhoria na implantação das medicinas alternativas em serviços públicos no município.

"A homeopatia necessita de pesquisas, para se estabelecer como ciência médica, precisa ter artigos científicos. Em Florianópolis, no setor público, não tem pressão para a homeopatia se estabelecer, por que tem poucos médicos fazendo".

Trazendo outros relatos de profissionais entrevistados sobre a construção de um novo paradigma na saúde pública do município, quando pensamos nas medicinas alternativas, observamos que muitos deles têm vários pontos em comum. Para o médico sanitário que virou acupunturista em Florianópolis citado anteriormente, pequenas mudanças vêm ocorrendo levando em consideração algumas alternativas na organização dos serviços a nível do centro de saúde, decorrente da contestação e solicitação dos profissionais que trabalham com medicinas alternativas no setor público do município. Para ele, existe a necessidade de algumas transformações no SUS para uma melhor implantação das medicinas alternativas em conjunto com o modelo biomédico, e estas mudanças tem que levar em consideração o olhar holístico que as medicinas alternativas apresentam, sobre o ser humano.

"O sistema não prepara as condições para fazer acupuntura e biomedicina, questiona o fazer acupuntura, mas não faz nada para ajudar as PICS, que trabalha com sentimentos, órgão e vísceras e diminui a quantidade de medicamentos biomédicos".

Porém algumas mudanças já foram vivenciadas por ele, desde que começou a trabalhar no município. Segundo seu relato anteriormente, na atualidade algumas mudanças ocorreram na organização dos serviços relacionados às práticas alternativas nos centros de saúde do município. Anteriormente existiam muitos conflitos na organização de uma agenda que contemplasse as práticas alternativas, hoje esta situação já mudou em

vários do centro de saúde existem profissionais que atendem certo período com acupuntura.

A ideia da necessidade de uma transformação no paradigma biomédico hegemônicos, nos quais está organizado o SUS no Brasil e no município, que comportem as diferentes concepções presentes nas medicinas alternativas foi observado nos relatos de outros profissionais entrevistados nesta pesquisa. Segundo a médica que anteriormente trabalhou em Moçambique, relata algumas mudanças, que lentamente estão ocorrendo para que aconteça uma transformação mais significativa no sistema de saúde brasileiro. Podemos observar que seu itinerário profissional dentro do serviço público, também apresentaram pontos de conflitos com a gestão municipal, que depois de certo tempo foram melhores esclarecidos e ela conseguiu organizar melhor sua prática homeopática na atualidade.

As dificuldades que se apresentaram na época com a gestão municipal referem com algumas pessoas que frequentavam o serviço, que queriam uma medicação alopática sintomatológica. As pessoas somente acreditavam na “retaliação do corpo” sob o olhar biomédico que divide o corpo em diferentes partes e especialidades, e, portanto este tipo de paciente adoravam os médicos alopáticos com a visão de especialistas. O que iria contrário aos seus conceitos como médica homeopata.

Para ela, no modelo biomédico “o medico adoece todas as pessoas”. Esta postura de alguns dos médicos com sua prática dentro do modelo biomédico tradicional, para ela, vem da falta de conhecimento que a medicina biomédica tem sobre uma visão holística e energética dos pacientes. Portanto o problema não seria o conflito epistemológico entre a homeopatia e a biomedicina, mas a perceptiva de uma visão holística, ou energética do processo saúde, doença e tratamento. Pois, “o problema é a ignorância da alopatia,” que não leva em consideração uma concepção energética no corpo humano.

“Pode-se fazer alopatia, mas tem que saber que existe uma energia vital circulando. O valor humano se perde através da doença como comercio, a alopatia quando realizada racionalmente é legal. Eles, os médicos, muitos não sabem que exista algo a mais que a medicina alopática existe a energia vital”.

Atualmente a médica que já trabalhou em Moçambique, optou por trabalhar em um centro de saúde, com maior tempo para suas consultas que lhe proporciona um melhor entendimento das pessoas, segundo ela, “através de uma longa conversa com o paciente.” Segundo ela, a

concepção energética ou o vitalismo seria uma das principais características que diferencia as medicinas alternativas e complementares da biomedicina.

Podemos notar que segundo as entrevistas acima, que uma mudança mais significativa no paradigma no campo da saúde pública, deveria considerar as diferentes óticas pelas quais são enxergados os diferentes modelos em saúde, levando em consideração uma concepção vitalista e holística sobre o paciente. Segundo Coulter (2004) ao contrário da visão materialista, este é um princípio em que os organismos vivos são sustentados por uma força vital, levando a uma complexidade na proposta das medicinas integrativas e complementares, tendo em vista a contraposição do princípio vitalista ao princípio materialista na biomedicina.

Como já apontado acima, vários dos entrevistados relatam as interferências da influencia do poder econômicos na manutenção da hegemonia do modelo biomédico nos serviços de saúde. Dificultando e sendo contrária a implantação de outro modelo em saúde pública na tentativa de manter este poder. Mesmo a médica homeopata que trabalha no centro de saúde e trabalhou em Moçambique, que na minha observação, apresentou uma postura em seus relatos mais forte contra o poder da biomedicina, em sua fala podemos observar que considera a favor de diferentes modelos de saúde dentro do serviço público. Desde que a alopatia seja realizada de forma racional, isto é, levar em consideração a visão holística e a concepção energética nos processos saúde, doença e tratamento. O médico sanitário acima refere que o sistema tem que mudar para poder organizar melhor as medicinas alternativas e a biomedicina nos SUS, portanto apresenta uma postura que não vai contra totalmente a prática biomédica.

Indo um pouco além da praticas dos serviços de saúde, a médica de Moçambique, quando relata que nas propostas de uma mudança nos paradigmas da saúde pública, ou seja, em um novo paradigma na saúde, seria necessária uma postura diferenciada na sociedade e na maneira em que se enxerga a ciência atualidade.

“Eles, os médicos, muitos não sabem que exista algo a mais que a medicina alopática, existe a energia vital... as coisas podem ser explicadas através da física quântica... a ciência a serviço do homem e não o homem a serviço da ciência... temos que seguir o rumo considerando mais a intuição que a razão. Não definir seu futuro racionalmente, mas intuitivamente. As fronteiras

deste mundo estão muito frouxas, é um tempo do futuro... o discurso tem que ter coerência com a prática, acolhimento, atuação, proposta de curar, postura diferente com relação aos colegas, medicina energética com sintonia com o divino. Hoje não consigo dar alopatia, tenho uma militância pela homeopatia.... a homeopatia é uma medicina do futuro, faz parte de um movimento planetário... as coisas tem que mudar, pois fazem parte de uma era que acabou... através do conceito de energia na física quântica muda toda física energética, vai para ao místico e não passa por uma ciência descendente”.

Finalmente, ela apresenta uma visão mais otimista nas mudanças dos paradigmas relacionados à saúde de uma população, pois para ela, os questionamentos da sociedade na atualidade sobre o campo da saúde são produzidos pelas insatisfações da sociedade em geral, tanto dos usuários ou dos profissionais em saúde. Estes questionamentos fazem parte de uma configuração maior na mudança de vários aspectos da sociedade atual.

"o sistema amassa as coisa... está fora do tempo, não tem desenho para as medicinas alternativas. Temos a nosso favor o tempo que é um tempo de mudanças, que querendo ou não o sistema vai mudar, com a falência do sistema oficial da atualidade."

Pode-se notar nestes relatos anteriores que apesar das maiores dificuldades na implantação de medicinas alternativas pelos médicos no serviço de saúde municipal, algumas mudanças ocorreram, seja pela persistência dos médicos na pratica alternativa, como também pela publicação de uma política nacional. A transformação do paradigma biomédico influenciada pelas propostas de medicinas alternativas e complementares, práticas integrativas e complementares, encontram vários obstáculos na sua implantação devido às variadas orientações nas políticas públicas, entre as quais a ideologia biomédica difundida pela maioria dos profissionais e gestores que atuam no SUS.

Em Florianópolis, como podemos notar nesta pesquisa, na atualidade a existência de diferentes modelos alternativos presentes no serviço público municipal contribuí para a sua maior capacidade de resolver alguns dos problemas em saúde da população. Estas mudanças ainda em nível de pequenas mudanças localizadas em determinados centros de saúde por determinados profissionais, se referem principalmente na

organização dos serviços a nível da atenção primária junto a estratégias da saúde da família. Quanto as propostas mais amplas dos médicos (as) entrevistados podemos observar que as transformações nas relações entre os médicos e pacientes como uma visão holística sobre o campo da saúde são pontos apontados como significativos para uma transformação na maneira de se enxergar a saúde pública no serviço municipal.

Pensando em uma proposta futura a nível de uma mudança na forma de pensar e planejar os serviços de saúde a nível da atenção primária, podemos ainda sonhar que o movimento alternativo, de acordo com Queiroz (2000), como “uma revolução científica que permitiria relativa liberdade frente aos interesses econômicos e sociais que sustentam a ciência positivista biomédicas, confluindo no surgimento de uma ciência mais humana, ecológica e integradora”. Ainda seguindo o texto de Queiroz, este novo paradigma pretende superar o positivismo cartesiano e newtoniano, de modo que outras dimensões, ligadas à emoção, intuição e sensibilidade, tenham um papel tão importante quanto o intelecto. Porém, mesmo que as discussões em nível mundial a respeito das medicinas alternativas e complementares venham estimulando mudanças na prática médica na atenção primária, no sentido de qualificar a humanização da assistência à saúde, o modelo biomédico ainda permanece hegemônico.

CAPÍTULO V - A complexidade da pós-modernidade ocasionando uma mudança na atenção à saúde

Como já citado o movimento alternativo na medicina não representa um movimento localizado em determinada sociedade ou cultura. Ele tem abrangência a nível global com suas características singulares dependendo do contexto sócio cultural, econômico e político em que está inserido, influenciado pela complexa diversidade de padrões culturais coexistentes na sociedade contemporânea.

Nesta pesquisa, podemos observar no campo da saúde pública em Florianópolis uma diversidade de modelos terapêuticos geralmente utilizados de forma fragmentária constituindo um campo pluriterapêutico. Caracterizado por um universo de significados dinâmicos onde não há fidelidade a um só modelo (Canevacci, 1996). Os médicos podem "conciliar" ou "conjuguar" procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, ou ambos, de mais de um modelo na saúde em seu agir cotidiano. Os pacientes também podem transitar de um modelo a outro de acordo com as características e os sentidos que vão sendo atribuídos ao seu adoecimento.

As práticas terapêuticas, embora possam ser elementos de um modelo específico, são frequentemente deslocadas de um contexto de significados para outro, em colagens ou bricolagens teóricas - práticas, obedecendo mais a uma lógica empírica de eficácia do que uma coerência teórica. Dependendo do local em que acontece a consulta médica, as representações envolvidas na interpretação da doença apresentam diferentes significados. As bricolagens terapêuticas no contexto do atendimento pelos médicos (as) vinculados a estratégia da saúde da família apresentam a características de colagens terapêuticas, que podemos dizer, mais intensificadas do que os médicos (as) vinculados as distintas especialidades alternativas. Apesar de diferentes intensidades na complexidade do campo terapêutico apresentado, seja no atendimento nos centro de saúde ou nas policlínicas, pode-se notar a presença de um modelo terapêutico híbrido, eclético e às vezes sincrético. Assim, para estes médicos (as), as representações biomédicas do corpo como máquina podem coexistir com representações bioenergéticas na concepção de um mesmo sujeito, seja ele paciente ou terapeuta (Luz 1998).

Na ótica de Hannerz (1999) o processo de globalização leva em consideração que a diferenciação entre o local e global dá lugar a uma

visão relacional constituída a partir de processos de interconectividade entre diferentes culturas e sociedades. Este processo segundo ele (ibid.), são realizados através de redes de interconectividade que favorecem o contato e a troca de informações entre diferentes culturas, sociedades e suas tradições e conhecimentos atualizados em diferentes sectores da sociedade. Estas redes se constituem no espaço e no tempo através de fluxos e acentua uma concepção de cultura que é fluida, atemporal, processual e, também, ligada a atividade humana (*agency*), em vez de expressar um fatalismo determinista de uma concepção universalista, como por exemplo, a concepção presente no modelo biomédico.

Neste contexto o processo de globalização proporciona espaços sociais e institucionais para que as sociedades contemporâneas incorporem outras práticas terapêuticas, como por exemplo, aquelas pertencentes a medicinas orientais, europeias ou oriundas de uma gama de etnomedicinas. No entanto, essas práticas tomam outros sentidos, que não os de sua origem, quando incorporadas em novo universo cultural. No caso brasileiro como em vários outros países observa-se a incorporação de outros modelos terapêuticos, observados em certa orientalização no campo da saúde brasileiro pela globalização das teorias e praticas em medicina tradicional chinesa e acupuntura, bem como uma crescente incorporação pela sociedade local na utilização de outros modelos alternativos dentre elas a medicina homeopática.

Singularidade na atenção e a institucionalização da saúde

A valorização da singularidade do individuo no campo da saúde foi referendado várias vezes por diferentes médicos nesta pesquisa, como uma das condições necessárias para a pratica das medicinas alternativas, como também no sentido de maior humanização do SUS. Uma das principais características apontadas pelos médicos alternativos nesta pesquisa foi a observação de que o terapeuta e o paciente são dotados de agencia sobre a saúde e o adoecimento. Como observado, cada terapeuta apresenta características singulares e pessoais na maneira com que lida com a e prevenção, saúde, doença ou tratamento de diferentes pacientes, e o paciente tem a opção de aceitar ou nega-las, algumas e outras não, como acrescentar outras de acordo com sua experiência anterior, sugestões de familiares, amigos ou de outros profissionais.

Ainda nesta pesquisa podemos notar que a valorização da singularidade do paciente em seu atendimento no centro de saúde e nas policlínicas municipais é acompanhada por um olhar holístico sobre o paciente. Segundo a medica que trabalhou em Moçambique e a medica

especialista em homeopatia na policlínica do sul da ilha, estas características se forem estabelecidas mesmo dentro de um serviço de saúde orientado pelo modelo biomédico, poderia levar a uma transformação no paradigma da saúde, além de propiciar uma maior humanização dos serviços de saúde no SUS. Segundo minha experiência e observação, a partir do momento que o terapeuta tem interesse em saber mais sobre aspectos sociais, culturais, psicológicos, espirituais e cosmológicos da vida do paciente, ele individualiza o atendimento. Conseqüentemente, tende a respeitar o paciente e a adotar uma terapêutica singular que pode abranger um só modelo terapêutico ou uma variedade deles em conjunto.

Segundo os relatos dos médicos (as) e aportes teóricos sobre o assunto, podemos notar que uma das diferenças fundamentais, se analisarmos o modelo biomédico e o modelo alternativo em suas tradições epistemológicas, se refere a visão do corpo. No modelo alternativo a visão da singularidade da pessoa, como agente de seu processo, inserido em um contexto holístico é influenciado por vários dos aspectos do social, psicológico e ambiental, entra em conflito com o modelo biomédico. No modelo acentuadamente biomédico a visão do corpo na saúde é enxergada como um corpo separado em partes. Analisado sob a ótica racionalista, biologista e materialista como um corpo composto de partes e decomposto em sistemas orgânicos, cuja doença deve ser enquadrada em síndromes clínicas universais. Assim, podemos concluir que todas as pessoas e culturas adoecem de forma parecida e semelhante, favorecendo o aparecimento de uma hegemonia no olhar sobre o campo da saúde.

Na atualidade a hegemonia biomédica, como apresentada neste trabalho, está presente nos serviços e na gestão do serviço público municipal de saúde, não somente em Florianópolis, mas podemos afirmar que na maioria das sociedades contemporâneas. Influenciando com seu poder o paciente, o médico e o processo saúde/doença e tratamento, como citado em algumas das entrevistas, principalmente relacionadas ao consumo de medicamentos e ao uso de tecnologias cada vez mais sofisticadas.

Outro tema relacionado ao poder da institucionalização biomédica, segundo relatos, se refere a universalidade dos conceitos presentes nas síndromes clínicas. Todos os pacientes que possuem determinados sintomas são agrupados em determinadas doenças e tratamentos. Assim favorecendo o distanciamento entre médico e paciente, pela padronização de síndromes, sintomas e tratamentos a partir do viés

biológico universalista, não levando em conta outras dimensões da vida do doente.

As propostas epistemológicas na maioria das praticas alternativas e com certeza nestas analisadas neste trabalho de acordo com relatos anteriores, priorizam um tratamento singularizado das pessoas sob um olhar holístico, contrarias a uma institucionalização das síndromes e sintomas em categorias universais. Caracterizando segundo Carozzi (1998) como uma proposta de desinstitucionalização do conhecimento médico. Os médicos que exercem medicinas alternativas e complementares geralmente não consideram as doenças como entidades universais. Possuem uma perspectiva holística em que diagnósticos, terapêuticas e tratamentos que pressupõem o indivíduo como um ser biopsicossocial e espiritual, valorizando sua singularidade, bem como suas decisões sobre sua saúde e terapêuticas (Engels, 1977).

A institucionalização da medicina e sua relação com a individualidade do paciente no Brasil podem ser percebidas antes e mesmo durante a reforma sanitária (Cunha, 2005). Segundo os trabalhos do historiador no campo da medicina, Chalhoud (2003), o processo de institucionalização da medicina no Brasil se inicia no século XIX, quando intelectuais, médicos e curandeiros protagonizam os mais acirrados embates nos seus diagnósticos e prognósticos e nos significados atribuídos à doença e à cura. Desde esta época nota-se sinais de um conflito entre a cientificidade das praticas terapêuticas e outras não comprovadas cientificamente. Enquanto os médicos alopatas discutiam suas teorias "científicas", vários setores da população recorriam às curas alternativas. Era comum que os médicos reivindicassem o auxílio das autoridades públicas para prender seus oponentes. No entanto, na atualidade inúmeros pajés e muitos outros curadores não biomédicos continuavam atuando em todo o país.

Na década de 1980, nasce o movimento da reforma sanitária no contexto de luta contra a ditadura militar instalada no Brasil desde 1964. Este movimento já vinha sendo organizado há alguns anos antes de seu ápice na década de 80, contemplando todo o campo da saúde no Brasil, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais envolvidos com a temática da saúde, preocupados com a saúde pública, desenvolveram teses e integraram discussões políticas sobre as transformações necessárias para a melhoria da saúde. Esses estudos e discussões tiveram como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesta conferência propôs-se a universalidade do direito à saúde, oficializada pela

Constituição Federal de 1988, que cria o Sistema Único de Saúde (Paim, 2008).

As questões relacionadas a assistência individual ao paciente, deste esta época já aponta sinais de conflitos com as diferentes visões e modelos de atenção a saúde entre os diferentes grupos que fizeram parte do movimento pela reforma sanitária. Segundo Cunha (2005), uma divergência relacionada à herança histórica envolvendo conflitos entre os serviços de saúde pública e a medicina liberal.

Várias propostas influenciadas pelo movimento da saúde coletiva valorizavam a saúde sob seus aspectos social e comunitário, atribuindo maior importância à prevenção em detrimento da assistência clínica. Diferente da saúde pública, a medicina liberal caracteriza-se pela livre escolha do médico por parte do paciente, liberdade de prescrição do médico e pagamento direto dos honorários aos médicos pelo paciente. Estas ideias dificultaram o diálogo com as corporações médicas, que foram consideradas estar intrinsecamente a serviço da medicina liberal individualista e pautar a definição das necessidades de saúde exclusivamente com critérios científicos (Cunha, 2005).

Após a promulgação e implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em 2006, a individualidade no campo das políticas relacionadas a saúde pública passa a ser analisada sobre outro ângulo, o qual implica em um duplo sentido. Em primeiro lugar, trata-se de valorizar a particularidade do indivíduo na prática clínica. Em segundo, está o projeto de fortalecer o exercício da cidadania (PNPIC, 2006) com a valorização de abordagens terapêuticas que contribuam para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos sobre sua saúde (Toniol, 2014).

Com a valorização da singularidade do paciente e sua maior autonomia neste campo, e conseqüentemente o fortalecimento da cidadania, a proposta sobre a ótica e visões sobre do modelo de saúde pública são transformados. De uma ótica essencialmente biomédica e universalista, para uma visão sobre o processo de saúde e doença que tem origem mais no indivíduo do que nas instituições hegemônicas, questiona a homogeneidade de um único tratamento para a mesma patologia em diferentes indivíduos. Como por exemplo, como cita Bell (2002), na homeopatia clássica, cada um de quatro pacientes com asma crônica responde bem a um remédio específico que é diferente dos escolhidos para os demais pacientes. Nesse caso, o terapeuta assume juntamente com o paciente o controle do processo de cura, sem rendição ao paradigma positivista científico dominante, à lógica burocrática do

sistema de saúde, nem à indústria farmacêutica e hospitalar (Queiroz, 2000).

A valorização de uma abordagem no campo da saúde mais direcionada ao indivíduo e sua singularidade, são acentuadas nos estudos de antropologia médica pós-moderna. Neste campo de estudos, através de uma abordagem fenomenológica tem o foco na subjetividade e na singularidade do indivíduo de como vivência a sua experiência na saúde. Nesta abordagem se destaca a experiência do doente e seu processo de buscar tratamento e alívio de sintomas. A experiência doença é discutida em relação ao estilo de vida de cada pessoa, não como parte da estrutura social e cultural, mas como corpos e *selfes* singulares. As doenças envolvem questões de significado, assim, a subjetividade e individualidade do paciente tendem a ser considerados em sua totalidade (Johannessen, 2006). Esses elementos são, não apenas o objeto, mas também o objetivo central de medicinas como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica (Luz, 1998, p.28-30).

Segundo a perspectiva positivista a ideia principal é que o conhecimento científico deveria ser reconhecido como o único conhecimento verdadeiro (Queiroz e Canesqui, 1986), desta maneira como já citado, retira o olhar sobre as relações estabelecidas entre o médico e o paciente e suas singularidades no adoecimento humano. Os aspectos da individualidade e da subjetividade presentes no atendimento clínico dos médicos nesta pesquisa encontra semelhanças com as teorias da escola de Chicago sobre o interacionismo simbólico, enfatizando o aspecto subjetivo da realidade em oposição à perspectiva positivista.

Estudiosos do interacionismo simbólico investigam como as pessoas criam significados durante interação social, como eles se apresentam e constroem o próprio ego (ou "identidade"), e como são definidas as situações de coparticipação com outros. A metodologia antropológica empregada dimensiona um aspecto subjetivo importante da realidade social, considerado resultante do processo de interação entre membros da sociedade em contínua negociação, seja para projetar uma imagem do "eu" na vida cotidiana, seja para definir uma estratégia diante de uma situação.

Na perspectiva do interacionismo simbólico não existe uma preocupação em observar fatos relativos ao sistema social mais amplo, uma vez que a organização da sociedade é vista como algo fluído, pouco consistente e em constante mudança pela manipulação e reação contínua de seus membros. Nesta visão os indivíduos desempenham ações relevantes

criadas em interação, como crítica ao caráter determinista do sistema social em abordagens funcionalistas (ibid.).

O indivíduo não age somente a partir de normas internalizadas de conduta, ele pode agir também por impulso e pode inventar uma nova conduta que não foi aprendida em sociedade. Normas e regras sociais podem ser manipuladas individualmente visando a benefícios políticos e pessoais. Segundo Queiroz e Canesqui (1986), essa escola faz uma crítica a abordagens que percebem o indivíduo como uma marionete impulsionada pelas regras, normas e leis de uma sociedade. A escola americana do interacionismo simbólico, mais centrada na microsociologia e nos sujeitos, permite a liberdade de questionar e construir a sociedade (Simmel, 1971).

Estudos sobre a sociedade indiana realizada por Dumont (1995) também leva em consideração a subjetividade individual. Porém apresenta uma visão diferenciada do interacionismo simbólico através de um componente holístico, na participação da sociedade como uma das forças transformadoras do social conjuntamente com a valorização da individualidade das pessoas. Tem como foco a oposição entre as ordens tradicionais da sociedade, definidas como relacionais e socialmente determinadas, e o "modelo do indivíduo" que valoriza aspirações, liberdade, igualdade, autonomia, autodeterminação e singularidade. Os indivíduos são construídos pela sociedade, a qual é entendida sob uma dupla perspectiva, uma exterior e objetiva como algo de fora que une os indivíduos e os faz seres sociais, que os toma como universais; e outra, de cunho interno, subjetiva, que seriam os valores pessoais como seres humanos. Usando meios simbólicos e a relatividade os sujeitos recriam e fundam novas configurações da vida social, ainda que de maneira inconsciente.

A subjetividade dos indivíduos é entendida como um reflexo da objetividade criada pela sociedade em seu todo, formada e processada pelos mesmos indivíduos em interação constante. É diferente das sociedades modernas, onde o indivíduo passa a valorizar a si mesmo e o parâmetro muda do todo para a parte, circunscrevendo o individualismo. Para Dumont (ibid.), a sociedade é algo mais do que a soma dos seus indivíduos, portanto, o todo é hierarquicamente superior. A sociedade representa as partes que o formam, segundo ele "o todo é superior às partes, pois determina seu valor e identidade" (Dumont, 1985, p.255).

A visão de um "todo" superior as partes nos remete as visões holísticas presentes nas medicinas alternativas, onde o macro está representado no microcosmos. Assim o holismo está representado por uma valorização

do indivíduo em sua totalidade corpo, mente e espírito e, ao mesmo tempo, em sua conexão com algo maior a ele, seja a sociedade ou mesmo o cosmos (Scheper-Hugues, 1987).

Relação entre holismo e integralidade

A visão holística sobre o campo da saúde, tida pelos entrevistados como uma das perceptivas na transformação do paradigma na saúde pública apresenta contradição com uma visão cartesiana que separa o corpo da mente, o espírito da matéria, o real (visível, palpável) do irreal (Scheper-Hughes e Lock, 1987). De acordo com Scheper-Hughes e Lock (ibid.), esta construção dualista não é um modo de conhecimento universal, mas é uma construção cultural e histórica, fruto da civilização ocidental a partir da concepção dualista de Descartes (1596-1650). Seguindo esta concepção desenvolveu-se um conhecimento no qual nada é considerado verdadeiro se não pode ser estabilizado através de um padrão de evidência. A visão cartesiana de mente e corpo seria precursora do pensamento racionalista e das concepções biomédicas contemporâneas, que por meio de operações mecanicistas, reducionistas e fragmentadas, raramente avalia os fenômenos de saúde e doença em sua multidimensionalidade.

A concepção dualista de corpo e mente, segundo a médica homeopata que trabalhou em Moçambique e a médica acupunturista da policlínica do norte da ilha, pode ser considerada uma visão fragmentada, parcial e simplificada dos processos de saúde e doença. Para a homeopata que trabalhou em Moçambique, a alopatia tem um aspecto que despreza uma visão energética e holística da saúde. A médica acupunturista, relata que mesmo em uma situação onde os aspectos clínicos são fortemente evidenciados, como no seu exemplo sobre a doença localizada no fígado de um paciente, os aspectos subjetivo, sociais e espirituais do contexto da vida do paciente devem ser levados em consideração visando uma melhoria das condições de vida do paciente.

Enfatizando a conexão entre as dimensões física, mental, emocional, social e espiritual. Mais do que a ausência de doenças, a saúde é entendida de uma maneira dinâmica nesta perspectiva. O poder do paciente em criar melhores condições para si mesmo ganha destaque, considerando um estilo de vida que vai além de práticas e cuidados de saúde, ocupando um espaço em quase todos os sentidos da vida da pessoa (Barros, 2002, p.159-205).

Segundo Crossley (2012) o holismo engloba diferentes aspectos e se constituem a partir de uma realidade mais complexa e multifacetada do que simplesmente analisa-las através de uma concepção dualista.

Ressalta que uma concepção multidimensional e holística desses processos não se resume a juntar elementos, tipo corpo/mente/modelo social, tratando-os como se fossem diferentes partes ou coisas. Uma análise holística de processos de adoecimento implica entender as diversas facetas da existência humana como uma totalidade integrada, em que corpo e meio ambiente são indissociáveis, que pode ser observada no movimento ecológico-ambientalista, onde aparece como reinserção do homem na ordem da natureza; no movimento feminista, como processo de revalorização do feminino usando parâmetros não ditados pelo masculino; e, na saúde, concretizada na busca de formas alternativas de terapias, fundamentadas em valores e concepções holístico-integrativas (Souza e Luz, 2009).

A perspectiva holística no campo da saúde tem como uma das suas características a visão integral do indivíduo — corpo, mente e espírito — somada à integração entre o sistema interno orgânico e os sistemas socioculturais e ambientais com que convive (Baer, 2004). A saúde e a doença são explicadas na perspectiva de equilíbrio ou desequilíbrio dessa totalidade como um sistema ecológico e não somente por agentes causais e evolução patológica (Bhasin, 2007).

Em todo o mundo, o estilo de vida pós-moderno, caracterizado pela globalização cooperativa e ênfase no consumismo, levantou críticas ao modelo biomédico e incrementou o reconhecimento público das limitações do reducionismo biológico, levando a uma busca de práticas em saúde alternativas, não ortodoxas, orientais e holísticas (Baer, 2011). Nos serviços públicos brasileiros, a proposta de desenvolver o conceito de prática holística e sua posterior institucionalização, bem como seu vínculo à atenção primária, pode ser interpretada como uma resposta gerada no campo da saúde devido à incapacidade do modelo biomédico em alcançar maior número de pessoas, seja por suas técnicas, seja pelo alto custo tecnológico (Barros 2002, p.161).

O crescimento das práticas terapêuticas alternativas no Brasil, nas últimas décadas, traz mais complexidade ao heterogêneo universo da saúde, promovendo arranjos no campo da saúde entre distintas técnicas e diferentes tradições numa postura de complementaridade com o saber médico oficial. Proporcionando um desafio de construir um modelo holístico, que ultrapasse os limites da perspectiva biomédica (Tavares, 2003).

Na práxis dos terapeutas alternativos entrevistados nesta pesquisa, o holismo está associado a um conjunto de valores que na sua prática se associam a variadas dimensões de diferentes modelos em saúde, o que

Ihes permite diferentes abordagens dos problemas de saúde. Dependendo do terapeuta, pode-se verificar que há casos em que os tratamentos alternativos se nos baseiam mesmos conceitos da medicina holística, em outros, os tratamentos são alternativos à biomedicina e ao modelo convencional, sem necessariamente incorporar em sua definição o aspecto holístico. Há, por fim, algumas situações em que o terapeuta alterna entre conceitos de uma medicina holística e da medicina cartesiana. A proposta de atenção à saúde com uma perspectiva holística nesta pesquisa, leva em consideração a escolha do terapeuta e do usuário por alguma prática que se valha dessa noção.

Para Astin (1998), nos Estados Unidos, os usuários da medicina alternativa e complementar se distinguem dos não usuários por expressarem pouca satisfação com a medicina convencional, pelo desejo de ter controle pessoal sobre sua saúde e acreditar em uma filosofia holística nas suas orientações. Em sua pesquisa no sul do Brasil, Maluf (2003) afirma que a categoria "holista" aparece entre os terapeutas alternativos como uma crítica à fragmentação do corpo, da pessoa e do mundo pelas terapias convencionais e, ao mesmo tempo, identifica uma visão que busca apreender o sujeito e o mundo em sua totalidade, em contraste com a tendência reducionista das especialidades da biomedicina.

O conceito de holismo presente no relatório do I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, promovido pelo Ministério da Saúde em 2009, é citado como uma contribuição para fortalecer as características das práticas integrativas e complementares que já vinham sendo adotadas no Brasil (Toniol, 2014). Segundo Toniol (ibid.), a ideia de totalidade do sujeito, presente na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, instituída em 2006, primeiramente se refere a uma visão do ser humano em que os profissionais devem estar atentos. Secundariamente, essa ideia correlaciona um sujeito espiritualizado e a manutenção de sua saúde com uma elaboração individual da experiência nos processos de saúde/doença e tratamento, como com a sua representação no mundo. Na abordagem holística o indivíduo é visto em sua totalidade e a doença, seu diagnóstico e tratamento devem considerar aspectos físicos, emocionais, espirituais, mentais e sociais simultaneamente (Brasil, 2009, p.56).

Tendo em vista as questões sociais, a ideia de holismo e totalidade na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) estaria associada ao princípio da integralidade. Nesse caso, pensar sob a

ótica do indivíduo na sua totalidade corpo-mente-espírito difere de uma perspectiva de contextualização social, na qual a pessoa não é apenas um todo indivisível, mais integra uma realidade social e ambiental (ibid.).

Contexto híbrido

A partir dados etnográficos apresentados tem demonstrando a presença na práxis dos médicos de um complexo de diferentes praticas terapêuticas. Eles estão inseridos em um campo plutiterapêutico que engloba uma fragmentação de diferentes epistemologias e praticas compondo um contexto com características hibrida.

Por muitos anos diferentes modelos não biomédicos participam do contexto pluriterapêutico no SUS por meio de uma rede de profissionais que ocultava os fluxos de seus atendimentos, principalmente no que diz respeito às medicinas popular e alternativa. Mesmo antes da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ou de uma primeira interferência pública neste assunto, as trocas, confluências e conflitos já existiam entre diferentes paradigmas, terapêuticos e profissionais.

A promulgação de uma política publica a nível nacional (PNPIC) legalizando e legitimando diferentes práticas terapêuticas, não biomédicas dentro do sistema único, foi um grande avanço no reconhecimento governamental de um contexto pluriterapêutico e híbrido na saúde pública brasileira. Ao modelo biomédico a partir da promulgação da PNPIC se agrupam diferentes terapêuticas não biomédicas, algumas legitimadas pelo SUS e outras não. A legitimação de alguns modelos terapêuticos em relação a outros, demonstra como o poder e o conhecimento em saúde são reproduzidos no sistema de saúde brasileiro, como por exemplo o caso da homeopatia , acupuntura , fitoterapia e termalismo presentes na PNPIC e a antroposofia a medicina ayurvédica não legitimadas pelo SUS, apesar de apresentarem características e fundamentos epistemológicos e práticos reconhecidos por várias outras sociedades.

Na atualidade, um dos parâmetros principais que orienta o uso de medicinas alternativas e práticas não biomédicas no SUS, bem como sua relação com o poder público, é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, levantando questionamentos e novas negociações com as estruturas de dominação biomédica anteriormente invisíveis (Brasil, 2006). Essa política reforça e acelera a dialética entre duas ou mais práticas e/ou medicinas que atuam juntas, impondo novos significados e estruturas no campo da saúde brasileira.

No serviço público de saúde de Florianópolis, a práxis terapêuticas e configura com a presença de diferentes terapêuticas que são aplicadas nas condições oferecidas pela estrutura hegemônica biomédica. A assistência oferecida mobiliza uma parte do *habitus* no contexto pluriterapêutico, incorporando uma série de crenças e valores das práticas alternativas e complementares que modelam o modo de decisão e a interação social na clínica diária, em parte reproduzindo a estrutura social da biomedicina que foi oficialmente instituída.

No SUS, em Florianópolis, a interrelação entre a assistência prestada pelos médicos, a estrutura organizacional dos serviços e a comunidade adstrita não tem um padrão determinista, acentuando a possibilidade e a importância de diferentes variações. Cada médico, em cada serviço, tem diferentes relações com sua clientela. Certos médicos realizam um atendimento pluriterapêutico em uma mesma consulta sem distinção de horários. Outros médicos negociam agendas diferenciadas, a depender das práticas que pretendem utilizar, com a coordenação do centro de saúde e/ou os gestores municipais.

Em algumas comunidades, a população é mais favorável à utilização de práticas alternativas do que em outras. Há ainda os que preferem prestar atendimento orientando-se somente pelo modelo biomédico. A existência de experiências anteriores com oferta de práticas alternativas em uma comunidade, o maior número de pessoas de pessoas que vieram de outras cidades ou outros países morando na comunidade, profissionais previamente envolvidos com as práticas alternativas, coordenação e gestão dos serviços sensibilizados com as propostas das práticas alternativas são fatores que favorecem a implementação das medicinas alternativas em determinada comunidade.

Notou-se que existe uma multiplicidade de possibilidades de uso das práticas alternativas que não é possível prever. Os arranjos e esquemas na assistência à saúde da população constituem um novo contexto no campo da saúde pública em Florianópolis, o qual se torna relevante pela ação de mistura de certos esquemas terapêuticos, posições políticas e recursos.

Neste contexto, podemos observar que os médicos conjugam diferentes recursos terapêuticos que tem a mão, acentuando a relação entre eles e a estrutura biomédica do SUS como padrões não deterministas. Possibilitando a importância de diferentes variações no atendimento a população adstrita, através de uma multiplicidade e imprevisibilidade de possibilidades de arranjos e esquemas com uma grande variedade de diferenças e de recursos diversificados. Este novo contexto se torna

relevante por suas ações de mistura de certos esquemas e recursos (hibridez), o que podemos denominar de um *habitus* híbrido (Lo e Stacey, 2008), produzido através de novas e singulares formas de lidar com a saúde das pessoas. Nas práticas e representações sociais, tanto dos agentes institucionais (médicos e terapeutas) quanto dos pacientes envolvidos nos processos de diagnose, terapêutica e cura, os diferentes modelos são unidos em uma espécie de "colagem prática"⁷, às vezes produzindo junções conflitivas e outras não. Como o exemplos apresentados, os médicos em muitas das vezes toma um postura sincrética e outras antagônicas entre as duas vertentes terapêuticas de maior representação nos serviços em Florianópolis, a biomédica e as medicinas e/ou praticas alternativas. Colocando em evidência as características atribuídas à pós-modernidade, como diversidade, fragmentação, colagem, hibridismo e sincretismo, que segundo Luz (1998) estão presentes "no mercado social da saúde contemporânea".

A hibridez presente no atendimento as pessoas no centro de saúde em Florianópolis, nos dias atuais, pode ser observada no modo em que as diferentes terapias legitimadas ou não, se agrupam em um mesmo processo terapêutico, caracterizado por um lado, pela uma visão biologista da biomedicina e outro a visão holística oriunda do campo das medicinas alternativas. Ora mais biomédicos, ora alternativos e mais frequentemente um mistura entre elas, demonstrando um sentido de adaptação, assimilação e reconciliação de diferentes culturas da saúde. O que foi possível notar, como por exemplo, no relato do médico sanitarista que virou acupunturista no capítulo anterior, onde afirma que a medicina é uma só e na sua pratica utiliza-se de fragmentos de diferentes modelos terapêuticos em um mesmo paciente no mesmo momento. Ele refere ao uso de diferentes terapêuticas em um mesmo momento em um mesmo paciente, com características de uma fragmentação dos conceitos e praticas de diferentes modelos em medicinas. Difere do contexto pluricultural, onde podemos notar a existência de diferentes culturas médicas utilizadas dentro suas

⁷Claude Lévi-Strauss oferece o termo bricolagem para a análise de formas mistas. Um *bricoleur* utiliza as formas de seu enraizamento na história e as recombina de novas maneiras. Lévi-Strauss aplica o termo *bricoleur* para as combinações aparentemente arbitrarias dos motivos nas narrativas dos mitos americanos. Expandindo este conceito, ele pode ser aplicado a muitas formas de empréstimos culturais que unem várias influências para produzir um novo. Por exemplo, no universo musical (tecno-rave-music) e também na realidade da prática clínica.

perspectivas teóricas e de conhecimento separadamente (Kapchan, 1996).

Recentemente vem se expandindo as pesquisas sobre hibridismo no campo da saúde nas sociedades ocidentais, levando em consideração a interação de práticas alternativas e/ou tradicionais com as práticas da biomedicina e a sua interação em distintas nos diversos sistemas médicos. Culturas particulares são apropriadas e constantemente movidas de sua origem para outro significado na cultura dominante. A acupuntura, por exemplo, originária da cultura oriental, na maioria das vezes é apropriada pela cultura ocidental a partir dos significados hegemônicos atribuídos pela biomedicina (Palmeira, 1990).

A apropriação de diferentes culturas no campo da saúde no Brasil e na maioria dos países ocidentais é dirigida pela hegemonia da cultura biomédica em relação as não biomédicas. Essa apropriação pode ser interpretada como uma tentativa de afirmação e manutenção do paradigma biomédico no processo de globalização, que segundo Faldon (2005), ocorre através de um projeto modernista global administrado por estados - nação e agências multilaterais que tem como objetivos afirmar e manter o paradigma hegemônico, ao mesmo tempo em que considera as medicinas alternativas como cultura popular e de consumo.

Esse processo de apropriação, apesar do aumento da demanda de consumo e do público, não sugere a emergência de uma ideologia alternativa. As medicinas alternativas são domesticadas pela medicina convencional como uma imagem da biomedicina e incorporadas segundo preceitos teóricos e técnicas biomédicas (Faldon, 2005). Macguire (1998) argumenta que as técnicas são domesticadas através de um consumo pragmático, mas não as filosofias e crenças que lhes dão suporte. Por exemplo, a medicina chinesa, com sua popularidade no ocidente após os anos 1970, é incorporada ao sistema de saúde americano sob a imagem que representa aos olhos americanos, segundo Eisemberg et al. (1998), isto é, como um negócio lucrativo. Outro exemplo seria o que descreve Faldon (2005) em seu estudo realizado em Israel, onde mostra que os israelitas preferem usar medicinas não convencionais (alternativas) sob supervisão da medicina convencional. Desse modo, elementos das medicinas não convencionais são fundidos com o conhecimento científico, criando uma forma não única, mas fragmentada e híbrida, de tratamento.

O atual sistema de saúde municipal em Florianópolis serve como outro exemplo ao parágrafo acima, onde diferentes modelos em saúde são incorporados pelo modelo biomédico na práxis medica. Onde não há

uma total fidelidade ao modelo biomédico, pois os médicos e pacientes podem transitar de um modelo ao outro, conforme o processo de adoecimento e as variações dos sentidos atribuídos. Notou-se, no estudo em Florianópolis, que os médicos podem conciliar ou conjugar os procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, ou ambos, de mais de um modelo terapêutico em sua atuação cotidiana, obedecendo mais a uma lógica empírica de eficácia do que à coerência teórica interna de uma medicina.

Assim, supõe-se que a apropriação de outros sistemas médicos no SUS leva a uma ressignificação das diferentes práticas terapêuticas. Através da circularidade dos conteúdos estas práticas são articuladas no âmbito da refletividade individual e dos grupos, possibilitando a validação de algumas experiências em detrimento de outras (Tavares, 2003). Desse modo, a prática médica em Florianópolis, antes demarcada pela ciência biomédica, agora é constituída por ícones híbridos com elementos de diferentes modelos, levando a uma maior dificuldade de identificar as posições oficiais e alternativas e as oposições entre biomedicina e medicina alternativa ou de médicos alopatas e médicos alternativos (Barros, 2002).

A ressignificação das práticas terapêuticas no sistema público de saúde tem o efeito de contestar a limitação hegemônica de qualquer sistema de saúde gerando um contexto híbrido (Luz, 2005). As posições alternativas, biomédica, alopata e homeopata estão sendo então substituídas pela noção de medicina complementar e por médicos híbridos (Cunha, 2005). O modelo hegemônico biomédico com fortes raízes biologista e materialista vem sendo transformado por meio de uma oferta simbólica heterogênea, renovada pela constante interação entre diversos sistemas terapêuticos. Contestando e transformando a hegemonia de um só modelo em saúde em direção a articulação terapêutica entre diferentes modelos e culturas no campo da saúde.

Diante do contexto mais amplo que abarca essas misturas, o que se tem é o estabelecimento de uma reflexão no campo da saúde que afeta todos os campos de competência e/ou saber, atingindo suas verdades fundamentais, sua identidade e sua autonomia. As fronteiras entre a validação científica biomédica e as técnicas inscritas em outros modelos em saúde (chinesa, ayurvédica e homeopática, dentre outras), têm sido bastante imprecisas (Tavares, 2003, p.83-104).

Essas incertezas e indefinições tornaram-se um terreno fértil para a proliferação de experimentações e combinações as mais diversas, com a criação de novos espaços na medicina, delineados com a concepção de

espaços terapêuticos híbridos, onde as polaridades de diferentes práticas terapêuticas tendem a se aproximar em prol da promoção da saúde (ibid.). Para Latour (1994) não há uma prática pura, mas duas práticas que se misturam, de modo que não há uma sem a outra. Se essas duas práticas, biomédicas e alternativas, são tomadas como realmente separadas, inevitavelmente a existência das duas é desconsiderada. Uma possibilita e nutre a outra, por mais que se esteja habituado a evidenciar somente a que se atribui mais valor. Contudo, quanto mais uma prática ou sistema médico é afirmado, mais se busca a purificação e mais o cruzamento e formação de híbridos se torna possível.

A convivência de modelos em saúde híbridos estabelecidos a partir da agência dos sujeitos envolvidos ressalta aspectos políticos, econômicos e ideológicos envolvidos nas práticas e conhecimentos relacionados à saúde e doença. A oferta de práticas alternativas no SUS permite analisar a realidade social como produto de negociações entre sujeitos politicamente ativos, destacando que nestas negociações todos os sujeitos envolvidos são dotados de agência social (Langdon, 2008). Estas negociações acontecem levando em consideração relações sociais de poder e a subjetividade dos atores sociais envolvidos (Ortner, 2006). Assim podemos notar que os médicos dotados de agência estão envolvidos em uma proposta de transformação dos serviços de saúde do município, reproduzindo e transformando a cultura hegemônica da biomedicina.

Os profissionais que desenvolvem as práticas ou medicinas alternativas e complementares são agentes que através de seus conhecimentos e práticas reconhecem, no âmbito da saúde pública em Florianópolis, que a biomedicina tem grande significância nos atendimentos realizados nos centros de saúde do município.

Esses profissionais continuam a exercê-la em conjunto com a expansão de práticas e medicinas alternativas, possibilitando a oferta de serviços de um modo mais humanizado e menos iatrogênico do que o atendimento biomédico exclusivo.

Os médicos que atuam no SUS em Florianópolis estão inseridos em um contexto que abriga as suas relações com outros profissionais e atores no seu ambiente de trabalho. Estas relações influenciam e restringem sua agência por meio de relações de poder, de desigualdade, de competição e assim por diante. Como por exemplo, a crítica de alguns médicos não alternativos a demora da medicação homeopata no seu atendimento clínico em um centro de saúde, ou as negociações, nem sempre facilitadas, entre a coordenação do centro de saúde e os médicos quanto a oferta de

práticas de medicina alternativa a população. Apesar das dificuldades apresentadas neste trabalho na convivência diária dos médicos em suas práticas alternativas e/ou biomédicas, no seu trabalho diário o que se observa é uma interação destas práticas, através de articulações que se realiza através de ações que recombina diferentes elementos e produzem outros aspectos do social.

A interação dos atores, médico, pacientes e outros com a estrutura organizacional dos serviços públicos em Florianópolis, leva em consideração que diferentes atores no contexto da saúde pública, são agentes que interferem diretamente na estrutura e planejamento dos serviços, através de sua capacidade de desejar, de ter intenções e agir criativamente, de elaborar projetos com ou contra os outros sujeitos neste contexto.

Os simpatizantes das medicinas tidas como alternativas, médicos e não médicos dentro do centro de saúde, segundo minha observação, estão inseridos um contexto de solidariedade e em muitas das vezes de rivalidade limitados pela organização dos serviços em que estão inseridos. Eles incorporam além do modelo biomédico outros modelos terapêuticos oriundos de outras visões, que lhe permitem melhores condições para superar os limites dos filtros biomédicos e fazer uma clínica mais ampliada, segundo Barros (2000). Tanto em função de ter acesso a um maior número de recursos terapêuticos, quanto pela maior convivência com a pluralidade de verdades em vez de uma única verdade sobre a saúde e doença (Cunha, 2005).

Um profissional híbrido (Barros, 2000), em geral, demonstra maior capacidade de colocar o projeto terapêutico do paciente em primeiro plano e ponderar junto com ele riscos e benefícios. Escolhe e redefine, assim, o melhor caminho terapêutico a cada momento. Escolhe um ou outro caminho, dependendo não somente da sua vontade, mas também da vontade e do momento do paciente, inclusive pensando na possibilidade de associar diferentes práticas terapêuticas (Cunha, 2005).

A hibridizade presente na prática dos médicos que trabalham nos centros de saúde vinculados à estratégia saúde da família decorre também das características deste programa. Ou seja, o médico tem oportunidade de manter-se em contato com os mesmos usuários, pois atende a população residente em um território municipal específico. Mesmo que cada atendimento seja curto, ao longo do tempo é possível a apropriação e utilização de diferentes práticas terapêuticas. O contato prolongado com um mesmo grupo da população cria condições de acumular as informações necessárias ao diagnóstico homeopático ou de acupuntura,

ainda que de maneira fragmentada, desde que nesses encontros clínicos não haja um excessivo direcionamento pelos filtros alopatícos sobre a doença. De qualquer forma, tanto a acupuntura quanto a homeopatia, possuem algumas terapêuticas mais sintomáticas, que podem não garantir uma eficácia plena dentro das potencialidades da sua característica holística, mas tendem a produzir um efeito mais rápido e bem menos iatrogênico do que o procedimento indicado pela biomedicina. Isso é evidente no tratamento da dor lombar aguda com acupuntura ou na facilitação de um luto familiar com uma medicação homeopática (Cunha, 2005).

O caráter híbrido se refere, então, à conexão entre uma pluralidade de práticas terapêuticas e não à convivência de medicinas distintas, com histórias, filosofias e visões do processos de doença, tratamento e cura peculiares. Ao se identificar o profissional híbrido como aquele que experimenta conexões entre as diferentes práticas terapêuticas, complementares ao modelo biomédico, pode-se atribuir a hibridez aos médicos, com sua oferta terapêutica ampliada por um leque maior de opções terapêuticas.

A incorporação da medicina homeopática e da medicina tradicional chinesa na atenção básica nos centros de saúde de Florianópolis, diferente dos profissionais que trabalham na atenção secundária nas policlínicas, não se dá como uma especialidade e sim como mais um recurso para o profissional generalista. Por outro lado, quando tem a proposta de ofertar diferentes modelos em saúde à população, incluindo-as como especialidades executadas por diferentes profissionais médicos na rede pública de saúde, sem a preponderância de nenhuma, observa-se que a hibridez se desloca do profissional para a instituição, neste caso o SUS.

Desse modo, as especialidades biomédicas com as alternativas se inserem em um contexto onde diferentes modelos de saúde, sem a preponderância de nenhum deles sobre o outro, vai de encontro com as propostas de uma medicina integrativa. Segundo os médicos (as) que trabalham nas policlínicas, o paciente tem o direito a escolha e oferta de diferentes médicos (as) e suas diferentes especialidades. No âmbito das políticas públicas significa o reconhecimento da pluralidade do social que encontra interlocução com estudos antropológicos, de Mauss (2003), Kleinman (1978; 1980) e Csordas e Kleinman (1990), que tomam os sistemas terapêuticos e processos clínicos enquanto realidades socioculturais.

O conceito de integralidade como prática social parte da premissa de reconhecer igualmente diferentes visões de mundo que provêm de modelos terapêuticos diferentes a medicina científica ou biomédica (Pinheiro e Guizardi, 2006). A medicina integrativa pode ser definida como um modelo complexo e dinâmico de serviço de saúde, no qual a biomedicina e as medicinas alternativas e complementares tenham o mesmo valor e os profissionais possam contar com ajuda mútua quanto aos recursos para restabelecer a saúde dos pacientes.

Na proposta a integralidade na convivência entre distintos modelos de medicina se estabelece a partir de um espaço físico, mas também dos espaços epistemológico e simbólico que permite negociar valores, ideologias, visões de corpo e de mundo através de uma convergência pluriterapêutica. Esse pluralismo pode ser interpretado de diversas maneiras: desde a lógica hegemônica, universalista e positivista da biomedicina, que determina a representatividade de outros modelos colocando-se em posição de superioridade, como no atendimento dos médicos realizado nos centro de saúde; na ótica de diferentes modelos que compõem diferentes especialidades como no atendimento nas policlínicas; ou a partir da ótica dos usuários e terapeutas, entendendo que as diferentes práticas terapêuticas podem ser acionadas e utilizadas, separadamente ou em conjunto (Toniol, 2016).

Para alguns autores (Andrade, 2010; Camargo, 2003), a proposta de integralidade das práticas terapêuticas no âmbito do SUS é um ideal, no marco do propósito político de aperfeiçoar o SUS, reconhecendo saberes oriundos de outros modelos em saúde, como a medicina tradicional chinesa e a medicina homeopática, ofertando especialidades terapêuticas que pertencem a diferentes modelos e propondo um trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Nesta pesquisa podemos observar que a integração de diferentes práticas e/ou medicinas envolve uma combinação de paradigmas baseados em distintas ontologias e sistemas de conhecimento levando a uma série de ajustamentos. Como a construção de políticas públicas, suportes econômicos e políticos, diferentes proposta na organização e planejamento dos serviços a nível local. Estes ajustamentos levam em consideração que os sistemas locais de saúde são social e culturalmente construídos, e que os padrões dos serviços de saúde são modelados pelo poder e avaliação de diferentes grupos profissionais, bem como pela ideologia dominante nas políticas de saúde. Demonstrando que a possibilidade de se construir uma transformação no ótica da saúde publica vai além da combinação de práticas terapêuticas alternativas

com a prática biomédica, mas necessariamente mantendo um diálogo com outras temáticas, entre as quais a educação em saúde, a integralidade do cuidado e a humanização das relações (Otani e Barros, 2011).

Apesar da hegemonia do paradigma biomédico no âmbito do SUS, a política pública que instituiu as práticas integrativas e complementares permitiu a criação de espaços terapêuticos que poderíamos chamar de "transversais" (Delgado 2008). São espaços que transpassam, cruzam e interceptam espaços de outras práticas médicas, ultrapassando de um lado a outro, de uma terapêutica a outra. Assim, como mostram Kapchan e Strong (1999), o novo é produzido a partir de muitas formas de empréstimos culturais que unem várias influências, como é o caso desses espaços na saúde pública brasileira.

Epílogo

Na rede de saúde pública no município de Florianópolis, há várias décadas, estão presentes experiências pessoais e institucionais na implementação e oferta de práticas de medicinas alternativas e complementares à população de forma não institucionalizadas pelo sistema público em saúde. Em 2006 com a promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pelo Ministério da Saúde, proporcionou espaços institucionais para a prática destas medicinas no SUS. A partir de então, a implantação destas práticas ficou a cargo da vontade política, bem como da capacidade de gestão e implantação dos diferentes municípios.

A partir de 2006, com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares aprovada no SUS e a criação posterior de uma Comissão Municipal de Práticas Integrativas e Complementares na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em 2010, favoreceu maiores discussões sobre a implantação destas práticas no município. Na atualidade apesar da observação na manutenção da hegemonia biomédica, a utilização, procura e oferta de práticas alternativas no SUS em Florianópolis vem sendo incrementada. Na prática terapêutica de muitos dos(as) médicos(as) entrevistados(as) em seu repertório terapêutico abrange uma variedade de práticas, porém, na maioria das vezes elas são interpretadas a partir de conceitos da biomedicina. A maioria dos médicos entrevistados acredita que possa haver maior integração entre estas diferentes terapêuticas, não como mudança na hegemonia biomédica, mas como práticas alternativas e complementares que tomam cada vez mais espaço terapêutico e político dentro do SUS.

Nesta pesquisa junto aos médicos que trabalham com estas práticas no serviço de saúde municipal, particularmente acupuntura e homeopatia, constatou-se uma melhor qualidade da relação entre os pacientes e profissionais do que nos atendimentos apenas no modelo biomédico. Levando conseqüentemente a um atendimento no SUS mais humanizado e com maior valorização do paciente e seu terapeuta. Observou-se também que os profissionais médicos(as), bem como os pacientes, procuram outra forma de terapêutica e de tratamento através de um olhar holístico sobre a saúde, em que a doença não seja considerada somente um distúrbio no corpo físico, mas também da própria pessoa como sujeito, abrangendo suas relações pessoais, sociais e espirituais.

Assim promovendo uma pluralidade entre diferentes modelos de medicina e suas práticas que são empregados a partir da escolha e interpretação do paciente e do terapeuta. Alguns médicos(as) preferem múltiplas tecnologias em saúde, de diferentes tradições, na tentativa de cobrir um amplo aspecto terapêutico, enquanto que outros preferem uma só medicina na qual baseiam toda sua terapêutica. Diferentes visões de vida, saúde e doença estão implicadas nesta pluralidade terapêutica, abrangendo diferentes epistemologias. A epistemologia científica predominante no SUS através da hegemonia modelo biomédico desconsidera outras concepções da realidade que consideram diferentes epistemologias e práticas sobre as concepções do corpo, self, doença e saúde como um fenômeno multidimensional através da inclusão de diferentes concepções biológicas, sociais e espirituais (Johannessen, 2006).

Na atualidade nas sociedades contemporâneas a valorização da singularidade do indivíduo e sua inserção em um contexto holístico, favorece um crescente aumento no interesse dos terapeutas e pacientes pelas medicinas alternativas. Esse interesse representa uma reconfiguração no olhar sobre o pluralismo médico onde são ressaltados, a interpretação do doente sobre a saúde e sua escolha por determinada terapêutica, de acordo com seu estilo de vida, mais do que seu pertencimento a uma estrutura sócio-política tradicional.

Mesmo sendo reconhecidas por instituições governamentais em vários países do mundo ocidental e oriental, como nos Estados Unidos, pelo governo do Reino Unido e pelo Ministério da Saúde no Brasil, o modelo de medicinas alternativas tem um papel marginal e são toleradas como opções terapêuticas secundárias ao biomédico. Apesar destas medicinas não serem um rival capaz de suplantar o poder da biomedicina enquanto terapias perfeitamente consistentes com os negócios da indústria tecnológica e farmacêutica, elas tem seu papel na capacidade de levantar questionamentos sobre a inadequação do modelo biomédico.

Bibliografia

- ADAM, G. (2002). Shiatsu in Britain and Japan: Persohod , Holism and Embodied Aesthetics . *Anthropology & Medicine* , 9 (3), pp. 245-266.
- ADANS, J. (2009). Contextualizing Integration: A Critical Social Science Approach Integrative Health Care. *Journal of Manipulative Pysiological Therapeutics*, 32 (9), pp. 792-798.
- ADLER, S. R. (2002). Integrative Medicine and Culture : Toward an Anthropology of CAM. *Medical Anthropology Quaterly*, 16, pp. 412-441.
- ADRIGÓ, A. (1995). *Corso di Sociologia Sanitaria I Sciola di specializzazione in Sociologia Sanitaria* . Bolonha : Universitá di Bolonha.
- ALMEIDA FILHO, N. (1996). *New concepts and methodologies in public health research*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- ALVES , P.C. e RABELLO M.C. (1998). o Status das Ciências Sociais em Saúde no Brasil: Tendências. In: *Antropologia da Saúde- Traçando Identidades e Explorando Fronteiras* (pp. 13-28). Rio de Janeiro, RJ: Ed. Delume Dulmará.
- ANDRADE, J. E. (julho/setembro de 2010). Medicina Complementar no SUS: Práticas Integrativas sob a Luz da Antropologia Médica. *Saúde e Sociologia*, 19 (3), pp. 497-508.
- ARAÚJO, D. M. (jun. de 2007). Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31 (1), pp. 20-31.
- ASTIN, J. (1998). Why Patients use Alternative Medicine: Result of a National Study. *JAMA* , 279 (19).
- ATA, A. (1978). Conferência Internacional - Cuidados Primários a Saúde: Declaração de Alma Ata. *OMS- Gabinete de Estudos e Planejamento* .
- BAER, H. (2005). Social Scientificand Historical Studies of Complementary and Alternative Medicine in Anglophone Countries. *Medical Anthropology Quatery*, 19 (13), pp. 350-356.
- BAER, H. (1989). The American Dominative Medical System as a Reflection in the Large Society. *Soc. Sci. Med.* , 28 (11), pp. 1103-1112.
- BAER, H. (2004). *Toward an Integrative Medicine: Merging Alternative Therapies with Biomedicine*. Walnut Creek, CA, USA: Altamira Press.

- BARBIN, H. J. (1999). *Do feitiço a Malária : Uma Etnografia do Sistema de Saúde na Reserva Extrativista do Alto Juruá - Acre. Dissertação de mestrado sob orientação da Prof.dra. Esther Jean Langdon*. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Antropologia Social - Universidade Federal de Santa Catarina.
- BARRET, B. (2003). Themes of Holism, Empowerment, Access and Legitimacy. Define Complementary, Alternative and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine . *Journal of Alterantive and Complementary Medicine*, 9 (6), pp. 937-947.
- BARRETO, M. L., & ALVES, P. (1994). O coletivo versus individual na epidemiologia: contradição ou síntese? In: M. S. COSTA, *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia* (pp. 129-36). Belo Horizonte: Coopmed.
- BARROS, N. &. (2006). Complementary and Alterantive Medicine in Brazil: one Concept, Different Meaning. *Cad. Saúde Pública* , 22 (10), pp. 2023-2039.
- BARROS, N. (2002). *Da Medicina Biomédica à Complementar : Um Estudo Sobre os Modelos de Prática Médica*. Campinas, SP: Tese de Doutorado em Saúde Coletiva . Universidade Estadual de Campinas.
- BARROS, N., & SIEGEL, P. &. (2007). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS : Passos para o Pluralismo na Saúde (resenha). *Cad. Saúde Pública* , 23 (12).
- BARRY, C. (2002). Multiple Realities in a Study of Medical Consultations . *Qualitative Health Research*, 12 (8), pp. 1052-1070.
- BARRY, C. (2006). Pluralism of Provision, Use and Ideology : Homeopathy in South London. In: H. J. LAZAR, *Multiple Medical Realities Patients and Healers in Biomedical, Alternative & Traditional Medicine* (pp. 89-104). Oxford, England: Berghahn Books.
- BARRY, C. (2005). The Role of Evidence in Alternative Medicine: Constrating Biomedical and Anthropological Approaches. *Sci. Sci. & Med.*, 62, pp. 2646-2657.
- BASHIN, V. (2007). Medical Anthropology: A Review. *Ethno- Med.*, 1 (1), pp. 1-20.
- BELL, I. (2002). Integrative Medicine and Systematic Outcome Research. Issues of Emergence of New Model for Primary Health Care . *Arch. Intern. Med.*, 162.
- BODEKER, G. A. (2002). A Public Health Agenda for Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *AMJ Public Health*, 92 (10), pp. 1581-1591.

BOURDIEU, P. (1994). *A Economia de Trocas Simbólicas*. São Paulo, SP: Ed. Perspectiva.

BOURDIEU, P. (1977). Structures and the Habitus. In: P. BOURDIEU, *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge : Cambridge University Press.

BOURDIEU, P. (1990). *The Logic of Practice*. Great Britain : Cambridge Polity Press.

BRASIL. (1990). *Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990*. Acesso em 2015, disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf/.

BRASIL. (2009). *Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)-Relatório do Primeiro Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Secretaria de Atenção a Saúde - Atenção Básica. Brasília: Minsitério da Saúde.

BRASIL. (2006). *Política Nacional de Práticas integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS)*. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. (2006). *Portaria 971- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde*. Secretaria de Atenção Básica. Brasília: Minsitério da Saúde.

BRASIL. (2007). *Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília: Minsitério da Saúde.

BRASIL. (2011). *Relatório de Gestão 2006/2010. Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Atenção Básica, Secretária de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Minsitério da Saúde.

BRASIL. (2008). *Relatório do Primeiro Seminário Internacional sobre Práticas Integrativas e Complementares*. Acesso em 2015, disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/semi_praticas_integrativas.php.

BRASIL. (2005). *Resumo Executivo - Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. (1997). *Saúde da Família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Secretaria de Assistência a Saúde - Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Minsitério da Saúde.

BRASIL. (2000). *Sistema Único de Saúde: SUS Princípios e Conquistas*. Acesso em 2015, disponível em bvsns.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf.

- BRIGGS, C. (2004). Introduction. In *Women, Ethnicity, and Medical Authority: Historical Perspectives on Reproductive Health in Latin America*. *Lá Jolla CA: Center for Iberian and Latin American Studies*, pp. 1-4.
- BROWN, M. (2002). Moving Toward the Light: Self, Others and the Politics of Experience in New Age Narratives. In: J. E. DAVIS, *Series of Change: Narratives and Social Movements*. New York: State University of New York Press.
- CAMARGO JR, J. (2012). A Medicina Ocidental Contemporânea. In: M. LUZ, *Racionalidades e Práticas Integrativas em Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS.
- CAMARGO JR, J. (2003). Um Ensaio sobre a (In)definição da Integralidade. In: & R. R. PINHEIRO, *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS:ABRASCO.
- CAMPBELL, C. (1997). A Orientalização do Ocidente: Reflexões sobre uma Nova Teodicéia para o Milênio. *Religião e Sociedade*, 18 (1), pp. 5-21.
- CAMPOS, G. (1991). *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo : Hucitec.
- CAMPOS, G. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec.
- CANEVACCI, M. (1996). *Sincretismos: uma Exploração das Híbridagens Culturais*. São Paulo : Ed. Studio Nobel.
- CAPARA, A. &. (1986). A Relação Paciente- Médico: para uma Humanização da Prática Médica. *Cad. Saúde Pública*, 15 (3), pp. 647-654.
- CAPRA, F. (1986). *O Ponto de Mutação*. São Paulo : Cultrix.
- CAPSI, S. (2003). On the Definition of Complementary, Alternative and Integrative Medicine: Societal Mega Stereotypes vs. Patients Perspective. *Altern. Ther. Health Med.*, 9 (6), pp. 58-62.
- CARROZI, M. J. (1998). Nueva Era: la Autonomía como Religião. In: M. CARROZI, *A Nova Era no Mercosul*. Pretropolis.
- CASSID. (2002). Commentary on Terminology and Therapeutic Principles: Challenges in Classifying Complementary and Alternative Practices. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, pp. 893-896.
- CHALHOUD t. al, S. (2003). Artes e Ofícios de curar no Brasil - capítulos da História Social. In: C. E. CALAÇA, *Capítulos da História*

Social da Medicina (Resenha) (Vol. 12). Hist. Cienc. Saude-Manguinhos- 2005.

COULTER, I. (2004). The Rise of Complementary and Alternative Medicine: A Sociological Perspective. *The Medical Journal of Australia* , 180 (11), pp. 587-589.

CROSSLEY, N. (2012). Merlau-Ponty, Medicine and the Body. In: G. SCAMBLER, *Contemporary Theorist for Medical Sociology*. New York: Routledge.

CSORDAS, T. &. (1990). The Therapeutic Process. In: T. J. SARGENT, *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. (pp. 03-21). New York/ London : Praeger.

CSORDAS, T. (2008). *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: Ed. UFRS.

CSORDAS, T. (Mar. de 1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18 (1), pp. 5-47.

CUNHA, G. (2005). *A construção da Clínica Ampliada* . São Paulo: Hucitec.

DUMONT, L. (1985). *Individualismo: Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna*. Rio de Janeiro : Ed. Rocco.

DURKHEIM, E. (2007). O que é Fato Social. In E. DURKHEIM, *As regras do Método Sociológico* (pp. 1-15). São Paulo: Ed. Martins Fontes.

EISEMBERG, D. e. (nov. de 1998). Trends in Alternative Medicine use in United State. *JAMA*, 280 (18), pp. 1569-1575.

ENGELS, G. (1997). The Need of a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, pp. 129-136.

FABREGA, H. (1974). *Disease and Social Behavior an Interdisciplinary Perspective*. Boston : MIT Press.

FABREGA, H. (Sep. de 1975). The Need for an Etno Medical Science. *Science* 19, 189 (4207), pp. 969-975.

FALDON, J. (2005). *Negotiating the Holist Turn: The Domestication an Alternative Medicine*. New York: University of State New York .

FLORIANÓPOLIS. (2007). *Plano Municipal de Saúde 2007-2010*. Prefeitura Municipal , Secretaria de Saúde. Florianópolis : PMF/Secretaria de Saúde .

FLORIANÓPOLIS. (2010). *Portaria/SS/Gab/010/2010. Nomeação da Comissão do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares*. Prefeitura Municipal, Secretaria da Saúde. Florianópolis: PMF/Secretaria da Saúde.

- FLORIANÓPOLIS. (2003). *Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde*. Prefeitura Municipal de Saúde, Secretária Municipal de Saúde. Florianópolis: PMF/Secretaria da Saúde.
- FLORIANÓPOLIS. (2011). *Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde*. Prefeitura Municipal de Saúde, Secretaria de Saúde. Florianópolis: PMF/Secretaria de Saúde.
- FLORIANÓPOLIS. (2011). *Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde*. Prefeitura Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis: PMF/Secretaria de Saúde.
- FLORIANÓPOLIS. (2015). *Relatório de Gestão 2015*. Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde. Florianópolis: PMF/Secretaria de Saúde.
- FOLEY, C. (1999). Patient Demand for Integrative Medicine. *Minn. Med.*, 82 (5), pp. 50-51.
- FONTANAROSA. (1998). Complementary, Alternative, Unconventional and an Integrative Medicine: Call for Papers for the Annual Coordinated Theme Issue of the AMA Journals. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55 (1), pp. 82-83.
- FOULCAULT, M. (1997). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária.
- GAETE, N. (2004). Medicina Alternativa y Complementaria. *Rev. Chil. Neuropsiquiatr.*, 4, pp. 243-250.
- GALHIARDI, W. L. (Jan-Mar de 2012). A Homeopatia na Rede Pública do Estado de São Paulo: Facilitadores e Dificultadores. *Rev. Bras. Fam. Comunidade*, 7 (22), pp. 35-43.
- GIFFORD, S. M. (1986). The Meaning of Lumps: A Case Study the Ambiguities of Risk. In: J. a. CRAIG R., *Anthropology and Epidemiology Approaches to the Study the Health and Disease*. (pp. 213-246). D.Reidel Publishing Company.
- GIRALD, M. &. (2010). Uso e Conhecimento Tradicional de Plantas Medicinais no Sertão do Ribeirão. *Acta Bot. Bras.*, 24 (2), pp. 395-406.
- GOOD, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GRIMBERG, M. (1998). Relações entre epidemiologia e antropologia. In: P. e. ALVES, *Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras* (pp. 95-106). Rio de Janeiro: Ed. Relume Dunar.
- HAHN, R. A. (1995). *Sickness and Healing; an anthropological perspective*. New Haven and London: Yale University Press.

- HANEGRAAFF, W. J. (2000). *New Age Religion and Secularization*. Koninklijke Brill NV, 47.
- HANNERZ, U. (1999). Entrevista os Limites de Nosso Autoretrato-Antropologia Urbana e Globalização. *MANA*, 5 (1), pp. 149-155.
- HELMAN, C. (2009). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre : Ed. Artmed.
- INHORN, M. C. (1995). Medical anthropology and epidemiology: divergences or convergences. *Social Science and Medicine*, 40, pp. 285-90.
- JOHANNESSEN, H. (2006). Introduction: Body and Selfe in Medical Pluralism. In: E. LAZAR, *Multiple Realities: Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine* (pp. 1-20). New York/Oxford: Berghahn Books.
- KAPCHAN A. & STRONG, P. (1999). Theorizing the Hybrid. *Journal of American Folklore*, 112 (445), pp. 239-253.
- KAPTCHUK, T., & OMD, A. D. (1998). The persuasive appeal of alternative medicine. *American College of Physicians - American Society of Internal Medicine*, pp. 1061-1065.
- KIRMAYER, L. (Mar. de 2006). Beyond the "new cross-cultural psychiatry": cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Tanscult Psychiatry*, 43 (1), pp. 126-44.
- KLEINMAM, A. (1995). *Writing the Margins*. Berkley/Los Angeles, California: University of California Press.
- KLEINMAN A., S. L. (Jan. de 1979). Why indigenous practitioners successfully heal? . *Soc. Sci. Med. Med. Anthropol.*, 13, pp. 1-26.
- KLEINMAN, A. &. (1978). Culture, Illness and Care, Clinical Lessons from Anthropology and Cross - Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88, pp. 251-258.
- KLEINMAN.A. (1980). *Patients and Healres in the Context of Culture . An Exploration of Boderland between Anthropology , Medicine and Psychiatry*. Berkley/Los Angeles: University of California Press.
- LANGDON, E. (1995). A Doença como Experiência : A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica . *30 anos de Xingu* . São Paulo: Escola Paulista de Medicina .
- LANGDON, E. J. (2011-I/2012). Um Balanço da Saúde no Brasil e seu Dialogos com as Antropologias Mundiais. *Anuário antropológico* , pp. 51-89.

- LANGDON, E. (2008). Performance e sua Diversidade como Paradigma Analítico: A Contribuição da Abordagem de Bauman e Briggs. *Revista Iha*, 8 (1), pp. 163-183.
- LATOUR, B. a. (1986). *Labotatory Life -The Construction of Scientific Facts*. New Jersey: Princeton University Press.
- LATOUR, B. (1994). *Jamais fomos modernos:ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: editora 34.
- LESLIE, C. (1972). Introduction. In: C. LESLIE, *Asian Medical System*. University of California.
- LO, M. C. (2008). Beyond Cultural Competency: Bourdieu, Patients and Clinical Encounters. *Sociology of Health & Illness*, 30 (5), pp. 741-755.
- LOCH-NECKEL, G. F. (2010). A Homeopatia no SUS na Perspectiva de Estudantes de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34 (1), pp. 89-90.
- LOPES, A. (2000). Medicina Baseada em Evidências: A Arte de Aplicar o Conhecimento na Prática Clínica. *Rev. Ass. Med. Bras.*, 46 (3), pp. 285-8.
- LORDS, H. (2000). *Sixth Report: Complementary and Alterantive Medicine*. Acesso em 2015, disponível em <http://www.publications.parliament.uk/pa/Id99900/Idsctech/123/12301.htm>
- LUZ, M. (2000). Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo Comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopatia, Chinesa e Ayurvédica. In: A.CANESQUI, *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Medico*. São Paulo : Hucitec/FAPESP.
- LUZ, M. (1998). *Natural, Racional, Social , Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Ed. Campos .
- LUZ, M. (1995). Racionalidades Médicas e Terapeuticas Alternativas . *Cadernos de Sociologia* , 7, pp. 109-128.
- LUZ, M. T. (2005). Cultura Conteporânea e Medicinas Alterantivas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* , 15 (1), pp. 145-176.
- MACGUIRE, M. (1998). *Rituals Healing in Suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- MAGNANI, J. G. (1999). Introdução: Um Estudo Antropológico sobre o Circuito Neo Esotérico na Metrópole. In: J. MAGNANI, *Mystica Urbe* (pp. 4-17). São Paulo: Ed. Studio Nobel.

- MALUF, S. (2005). Da Mente ao Corpo: A Centralidade do Corpo nas Culturas da Nova Era . *ILHA- Revista de Antropologia* , 7 (1,2), pp. 147-161.
- MALUF, S. W. (1999). Antropologia, Narrativa e Busca de Sentido. *Horizontes Antropológicos* , pp. 69-81.
- MALUF, S. W. (2003). Os Filhos de Aquário no País dos Terreiros: Novas Vivências Espirituais no Sul do Brasil. *Ciências Sociais e Religião* , 5 (5), pp. 153-171.
- MARTINI, J. &. (Jul-Set de 2009). A Acupuntura na Analgesia de Parto: Percepção de Parturientes. *Esc. Anna Nery - Rev. Enferm.*, 13 (3), pp. 589-594.
- MATTOS, R. (2003). Integridade e Formulação de Políticas Específicas de Saúde . In: R. P. MATTOS, *Construção da Integralidade : Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde* . Rio de Janeiro : UERJ, IMS : ABRASCO.
- MAUSS, M. (2003). *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.
- MENÉNDEZ, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* , 48, pp. 37-47.
- MENDES, E. V. (1994). *Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde* . Rio de Janeiro : Hucitec- ABRASCO.
- mendes-Gonçalves, R. (1994). *Tecnologia e organização social nas práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo* . São Paulo: Hucitec.
- MENENDEZ, E. (2003). Modelos de Atención de Los Padecimientos: De Exclusiones Teóricas y Articulaciones Prácticas . *Ciência & Saúde Coletiva* , 8 (1), pp. 185-208.
- MICOZZI, M. (2002). Culture, Anthropology and the Return of "Complementary Medicine ". *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (4), pp. 398-402.
- MIZRACHI, n. a. (2005). Between Formal and Enacted Policy: Changing the Contours of Boundaries . *Soc. Sci. Med.* , 60, pp. 1649-1660.
- MYNAIO, M. S. (2009). Contribuições da Antropologia para Pensar e Fazer Saúde . In: G. S. al., *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 189-218). Rio de Janeiro : FIOCRUZ.

- NAGAI, S. e. (2011). Medicina Complementar na Rede Básica de Serviços de Saúde: Uma Aproximação Qualitativa . *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3), pp. 1793-1800.
- O'CONNOR, B. (2002). Personal Experience , Popular Epsitemiology and Complementary and Alternative Medicine Research. In: D. CALLAHAN., *The role of Complementary and Alternative Medicine: Accommodating Pluralism* (pp. 54-73). Washington: Georgetown University Press.
- ORGANIZATION, W. H. (2005). National Policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines.
- OTANI, M. P. (2011). A Medicina Integrativa e Construção de um Novo Modelo na Saúde . *Ciência e saúde Coletiva*, 16 (3).
- OTNER, S. B. (2006). Poder e Projetos : Reflexões sobre Agências . *Conferência e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas* , pp. 45-80.
- PAGLIOSA, F. L. (2008). O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mau. *Revista Brasileira de Educação Médica* , 32 (4), pp. 492-499.
- PAIM, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira : Contribuições para Compreensão e Crítica*. Salvador : EDUFBA.
- PALMEIRA, G. (Apr./Jun. de 1990). A acupuntura no ocidente. *Cad. Saúde Pública*, 6 (2).
- PANERAI, R., & PENA -MOHR, J. P. (1989). *Health Tecnology Assessment: Methodologies for Developing Countries*. Washington: PAHO.
- PEREIRA, C. (1986). *O que é Contracultura* . São Paulo : Ed. Nova Cultura/ Brasiliense.
- PINHEIRO, R. &. (2006). Cuidado e Integralidade : Por uma Genealogia de saberes e Práticas no Cotidiano . In: R. P. MATTOS, *Cuidado: As fronteiras da Integralidade* (pp. 21-36). Rio de Janeiro : UERJ, CEPESC: ABRASCO.
- QI, Z. (2002). Traditional and Complementary Medicine. *AMJ. Public Health*, 92 (10), pp. 1582-1591.
- QUAH, S. R. (2003). Traditional Healing System and the Ethos of Science . 57, pp. 1997-2012.
- QUEIROZ, M. (2000). Itinerario Rumo as Medicinas Alterantivas: Uma Análise em Representações Sociais de Profissionais de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 16 (2).
- QUEIROZ, M. S. (1986). O Paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: Uma Perspectiva Antropológica. *Rev. Saúde Pública* , 20 (4), pp. 304-317.

- RABELO, M. C. (1999). Introdução. In: M. C. RABELO, *Experiência de Doença e Narrativa* (pp. 11-39). Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- RESS L., A. (2001). A Integrated Medicine: Imbues Orthodox Medicine with the Values of Complementary Medicine. 322, pp. 119-120.
- RESS, L. (2001). A Integrated Medicine: Imbues Orthodox Medicine with the Values of Complementary Medicine . *BJM*, 322 (7279), pp. 119-120.
- RIBEIRO, A. A. (2015). *Dilemas na Construção e Efetivação da Política Nacional e Distrital de Práticas Integrativas e Complementares. Dissertação de Mestrado sob orientação Silvia Maria Ferreira Guimarães*. Brasília: Universidade de Brasília. Programa de Pós Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde .
- SALLES, S. A. (2006). *A interface entre a homeopatia e a Biomedicina: o ponto de vista dos profissionais não homeopatas*. São Paulo: Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências . Orientação Profa. Dra. Lília Blima Schraiber.
- SANTOS, A. e. (dez. de 2012). Antropologia da Saúde e da Doença: Contribuições para a Construção de Novas Práticas em Saúde. *Rev. NEFEN*, 4 (2).
- SANTOS, M. (2012). *Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária a Saúde de Florianópolis. Dissertação de mestrado sob orientação Prof. Dr. Charles Dalcanter Tesser*. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina .
- SCAMBLER, S. (2012). Bourdieu and the Impact of Health and Illness in the Lifeworld. In: G.SCAMBER, *Contemporary Theorist for Medical Sociology*. New York: Ed. Routledge.
- SCHEPER-HUGUES, N. a. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* , pp. 06-41.
- SCHWADE, E. (2006). Neo-Esoterismo no Brasil: Dinâmica de um Campo de Estudos . *BIB* (61), pp. 5-24.
- SEVALHO, G. e. (1998). Epidemiologia e Antropologia Médica: A Possível In(ter)disciplinaridade. In: P. & ALVES, *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras* (pp. 47-69). Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Relume Dumará.
- SIMMEL, G. (1971). *On Individuality and Social Form*. Chicago: Universidade de Chicago.

- SING, V. e. (2004). *The Prevalence, Patters and People's Atitudes Toward Complementary and Alternative Medicine (CAM) Among the Indian Community in Chatsworth South African*. Acesso em 2015, disponível em [Http://www.biomedcentral.com/1472-6887/4/3](http://www.biomedcentral.com/1472-6887/4/3)
- SINGER, M. B. (1995). *Critical medical anthropology*. New York, Baywood.
- SINGER, M. (1989). The Coming of age of critical medical anthropology. *Sci.Med.*, 28 (11), pp. 1193-1203.
- SOUZA, E. e. (2009). The Socio-Cultural Bases of Alternative Therapeutic Practices. *Histórias, Ciência, Saúde - Manguinhos*, 16 (2), pp. 393-405.
- SOUZA, I. M. (1999). O Asilo Revisitado: Perfis do Hospital Psiquiátrico em Narrativas sob Doença Mental. In: M. C. RABELO, *Experiência de Doença e Narrativa* (pp. 139-168). Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- SOUZA, R. (2009). O que é um Estudo Radomizado? *Revista Medicina (Ribeirão Preto)*, 42 (1), pp. 3-8.
- TANNEN, D. &. (1987). Interactive Frames and Knowledge in Integration: Examples from a Medical Examination. *Social Psychology Quaterly - Special Isssue: Language and Social Interation* , 50 (2), pp. 205-216.
- TAUSSING, M. (1980). Reification and the Consciousness of the Patient. *Social Science and Medicine* , 14, pp. 3-13.
- TAVARES, F. (2003). Legitimidade Terapêutica no Brasil Contemporâneo: as Terapias Alterantivas no Âmbito do Saber Psicológico. *PHISIS: Revista de Saúde Coletiva*, 13 (2), pp. 331-342.
- TEIXEIRA, M. (Jan/Apr de 2007). Homeopatia: Desinformação e Preconceito no Ensino Médico. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 31 (1).
- TEIXEIRAS, M. A. (2005). Homeophaty and Acupuncture Teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Undergraduates'attitudes. *São Paulo Med. J.*, 123 (2), pp. 77-82.
- TESSER, C. e. (2008). Medicalização Social e Medicina Alternativa e Complementar; Pluralização Terapêutica do Sistema Único de Saúde . *Rev. Saúde Pública*, 45 (2), pp. 914-920.
- THIAGO, S. &. (2011). Percepção de Médicos e Enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família sobre Terapias Complementares. *Re. Saúde Pública*, 45 (2), pp. 249-257.
- THIAGO, S. (2009). *Medicinas e Terapias Complementares na Visão de Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família de Florianópolis. Dissertação de Mestrado sob orientação Prof. Dr. Chales Delcanter*

Tesser. Florianópolis, SC: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

TONIOL, R. (2014). Integralidade, Holismo e Responsabilidade: Etnografia da Produção de Terapias Alternativas / Complementares no SUS. In: F. & J. FERREIRA, *Etnografias em Serviços de Saúde* (pp. 153-178). Rio de Janeiro : Ed. Garamond.

WHITE HOUSE, C. O. (2002). *FINAL REPORT*.

WHO. (2002). *Estratégia da OMS sobre la Medicina Tradicional 2002-2005*. Acesso em 2014, disponível em www.WHO.int/medicines/library/trm/trm_strat_span.pdf

XUE, C. (2007). *Traditional, Complementary and Alterantive Medicine : Policy and Public Health Perspectives*. London: Ed. G. B. Burford - Imperial Clollege Press.