

Dalcanale Tesser, Charles; Carvalho de Sousa, Islândia Maria
Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas
Afinidades Eletivas
Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 336-350
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263669009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas¹

Primary Care, Psychosocial Care and Complementary and Alternative Medicine: elective affinities

Charles Dalcanale Tesser

Doutor em Saúde Coletiva. Professor adjunto do Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Rua Douglas Seabra Levier, 228 - casa 6, Trindade, CEP 88040-410, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: charlestesser@ccs.ufsc.br

Islândia Maria Carvalho de Sousa

Mestre em Ciências da Saúde. Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fiocruz Pernambuco.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s/n, Campus da UFPE Cidade Universitária, CEP 50.670-420, Recife, PE, Brasil

E-mail: islandia@cpqam.fiocruz.br

¹ Artigo derivado de pesquisas financiadas pelo CNPq, processo n. 575268/2008-5 e n3III193/2010-2.

Resumo

Discutem-se afinidades eletivas entre três fenômenos na área da saúde: a atenção primária à saúde (APS), a abordagem psicossocial no cuidado à Saúde Mental e uso crescente das práticas integrativas e complementares (PIC). Apesar de suas diferenças, eles convergem como críticas e respostas a problemas do modelo médico hegemônico. Embora regulamentados e em implantação no Sistema Único de Saúde (as PIC de forma quase incipiente), tais fenômenos portam um caráter contra-hegemônico. Suas concepções de objeto, de meios e de fins do trabalho ou cuidado apresentam relevantes afinidades, como: centramento nos sujeitos em seus contextos sociais/familiares; abordagens ampliadas e holísticas; valorização de saberes/práticas não-biomédicos e de múltiplas formas, vivências e técnicas de cuidado; estímulo à auto-cura, participação ativa e empoderamento dos usuários; abordagem familiar e comunitária. Na organização das práticas e no relacionamento com a clientela há afinidades quanto à adequação sócio-cultural; parceria, dialogicidade e democratização das relações; trabalho territorial e construção/exploração de vínculos terapêuticos. Assinalam-se também convergências quanto aos efeitos terapêuticos e ético-políticos e discute-se o caráter relativamente desmedicalizante desses fenômenos, mais acentuado na atenção psicossocial e na procura pelas PIC. Tais afinidades significam sinergia entre os três fenômenos, ora relativamente independentes e isolados entre si. O reconhecimento e exploração dessas afinidades pela Saúde Coletiva, pelos movimentos sociais, bem como de profissionais e gestores do SUS, podem contribuir

para qualificar a APS e a atenção em saúde mental e sua abertura para as PIC, ampliando as possibilidades de cuidado e fortalecendo os três fenômenos tematizados.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Medicina alternativa e complementar; práticas integrativas e complementares; Atenção psicosocial; Reforma psiquiátrica; Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

This article discusses the elective affinities between three phenomena in health: primary health care, the psychosocial approach to mental health care and the progressive use of complementary and integrative practices. Despite the differences between the three movements, they converge in their critique and answers to problems arising from the hegemonic biomedical care. Although regulated and under implementation in the National Health System (the complementary and integrative practices still in an incipient form), these phenomena bear a counter-hegemonic character. Their concepts of object, means and objectives of work or care have relevant affinities, such as focus on the subjects in their social contexts/family; extended and holistic approaches; appreciation of non-biomedical knowledge / practices and of manytypes, experiences and techniques of care; encouragement of self-healing, active participation and empowerment; family and community approach. In their organization of practices and relationship with customers there are affinities regarding: socio-cultural appropriateness; partnership, dialogue and democratization of relationships; territory-based work and stimulus to the establishment and use of therapeutic bondage. The convergences regarding their therapeutic and ethical-political effects are highlighted, and we discuss the relatively de-medicalizing character of these phenomena, more pronounced in psychosocial care and the search for integrative practice. Such affinities mean synergy between the three phenomena, up to now relatively independent and isolated from each other. The recognition and exploitation of these affinities by Collective Health theoreticians, by social movements and also health professionals and National Health System management can help to improve primary health and mental health care and to open it to the complementary and integrative practices, expanding the possibilities of care and strengthening the three phenomena.

Keywords: Primary Health Care; Alternative and Complementary Medicine; Complementary and Integrative Practices; Psychosocial Care; Mental Health Reform; Public Health Policies.

Introdução

A expressão “afinidades eletivas” foi usada por Max Weber (1994) no clássico *A ética protestante e o espírito do capitalismo* para dar um toque de sutileza às associações entre uma doutrina religiosa (o protestantismo) e um sistema econômico (o capitalismo). A expressão permite escapar do estabelecimento de laços causais em proveito da atenção às ressonâncias mútuas entre orientações de pensamento e de conduta que percorrem cada qual seu caminho (Paula, 2005).

Löwy (1989) dissecou as afinidades eletivas em quatro níveis de significações. O primeiro designa a idéia de afinidade e certa correspondência. O segundo remete ao sentido de “eleição”, em que dois elementos, forças ou fenômenos se atraem reciprocamente, conduzindo a certas formas de interação. O terceiro significado é de “articulação”, que apresenta diferentes modalidades de união: “simbiose cultural”, “fusão parcial” e “fusão total”. O último nível refere-se a uma nova figuração, em que se articulam dois elementos distintos; por exemplo a constituição da corrente de pensamento marxista freudiana.

Uma vez favorecida por condições históricas e sociais, a “afinidade eletiva” não é ideológica, não é sinônimo de influência ou algo próximo de uma “correlação”. Trata-se de um conceito que permite justificar processos de interação que não dependem nem da causalidade direta, nem da relação ‘expressiva’ entre forma e conteúdo (por exemplo, a forma religiosa como ‘expressão’ de um conteúdo político e social). Pode constituir-se num “ângulo de abordagem novo, até aqui pouco explorado” (Löwy, 1989, p. 18), porém não visa substituir outros paradigmas analíticos, explicativos e comprehensivos. As afinidades eletivas são, portanto, uma noção útil para uma abordagem que pretenda escapar à tradicional determinação causal direta, aproximando-se de uma percepção dinâmica e dialógica das mútuas influências e/ou confluências entre diferentes idéias, movimentos ou outros fenômenos sociais.

A hipótese desenvolvida neste ensaio é que existem várias afinidades eletivas entre três fenômenos contemporâneos sociais e institucionais no campo da saúde brasileira: 1 - a atenção primária à saúde (APS), também chamada de atenção básica (Brasil,

2006a), como um incompleto movimento institucional e prática cuidadora que almeja estruturar a rede de serviços e práticas de cuidado comunitário clínico-sanitário do Sistema Único de Saúde (SUS), modelada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2006a); 2 - a atenção psicossocial, entendida como referencial ético-teórico-político do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e como modo prático de cuidado em saúde mental (Costa-Rosa, 2000), também em construção sócio-institucional; 3 - as medicinas, práticas e terapias complementares, designadas na literatura internacional como medicinas alternativas e complementares (MAC) e no Sistema Único de Saúde (SUS) como práticas integrativas e complementares (PIC) (Brasil, 2006b): um movimento social difuso e sustentado de procura por modos não biomédicos de interpretação/ação em saúde-doença (NCCAM, 2008).

Esses fenômenos têm se desenvolvido na sociedade brasileira e no SUS de maneira significativa há mais de duas décadas, com dinâmicas próprias e diferenciadas, em diversos ambientes sociais e institucionais. Seus significados sócio-históricos, políticos e culturais possuem aspectos comuns e distintos. A sua relevância social, cultural, tecnológica (terapêutica, preventiva, promocional) e institucional apontam para sinergismo com construção de redes sócio-técnicas e práticas partilhadas. Esses aspectos, em grande parte, não têm sido explorados pela Saúde Coletiva e pelo SUS, o que justifica a investigação de suas relações.

O objetivo deste artigo é reconhecer e discutir afinidades eletivas entre a APS, a atenção psicossocial e as PIC. Pretendemos contribuir para a compreensão e possível exploração das imbricações e convergências destes fenômenos. Dado os limites de um artigo, não abordaremos os contextos histórico-políticos de cada um deles. Priorizaremos temas que demonstram suas afinidades eletivas, caracterizados por meio das práticas e saberes envolvidos, organizando-os como propõe Costa-Rosa (2000) ao tratar do modo psicossocial de cuidado em saúde mental, que adaptamos para nossa discussão. Assim, as afinidades eletivas entre a atenção psicossocial, a APS e as PIC serão discutidas quanto à: 1) sua característica questionadora ou crítica; 2) seu caráter contra-hegemônico; suas concepções

de 3) objeto de trabalho, de 4) meios de trabalho e dos 5) fins do trabalho ou ação de cuidado; 6) suas formas de organização do dispositivo institucional e de relacionamento com a clientela; 7) seus efeitos terapêuticos e éticos e, por fim, 8) seu caráter desmedicalizante.

Críticas ao “Establishment” Biomédico

A APS vincula-se inexoravelmente ao cuidado biomédico. Todavia, sua construção e legitimação nos sistemas nacionais de saúde estão intimamente atreladas a uma crítica ao enfoque biologicista e fragmentário da biomedicina, centrado nas doenças (Luz, 2000), nas especialidades médicas e no uso abusivo de tecnologia dura; e à sua tendência a uma relação verticalizada e impessoal com os usuários (associada ao caráter padronizado de suas intervenções), além da crítica aos seus custos progressivos e insustentáveis.

As virtudes do cuidado na APS são vinculadas a vários fatores: acesso rápido e universal, a intimidade e progressividade do conhecimento mútuo entre profissionais e usuários, a coordenação do cuidado e a perspectiva do cuidado ampliado. Isso permite um deslocamento para as questões de qualidade de vida, parceria, promoção da saúde e recomposição de uma harmonia entre saber profissional e leigo. Como fruto dessa crítica, das experiências dos médicos da APS e de proposições teóricas correspondentes, autores como McWhinney (2010) vislumbram o nascimento de outro paradigma para a biomedicina na APS. Tal paradigma, em construção, está em sintonia com o ideário do SUS para a APS, via ESF: integralidade, equidade, universalidade, intersetorialidade, integração entre prevenção (de doenças), promoção (da saúde) e cuidado longitudinal da coorte de pessoas adscritas às equipes de saúde da família (SF), com qualidade e imersão sociocultural.

Por sua vez, a atenção psicossocial nasceu da crítica à exclusão social, à violência, à estigmatização, à medicalização, à cronificação dos sofrimentos e à normalização dos comportamentos presentes na abordagem psiquiátrica-manicomial. Essa abordagem alimenta o preconceito da periculosidade e incapacidade do louco (extremo de gravidade)

e gera sedação e controle crônico de problemas, sofrimentos existenciais e ou transtornos mentais (nos casos leves e moderados). Transformadas e manejadas como doenças, a loucura, o transtorno ou o sofrimento recebem nesse modelo tratamento equivalente às outras doenças, desviando da vida conflitiva e do sofrimento do sujeito no mundo (Basaglia, 2005; Amarante, 1996). Tal crítica realizada pela atenção psicossocial está na origem histórica, política e epistemológica das experiências de desmonte dos manicômios e da construção de novas formas de abordagem do sofrimento existencial e psíquico. Iniciada após a segunda guerra em países europeus, esse movimento aprofundou-se na experiência italiana liderada por Franco Basaglia, inspirador do movimento da luta anti-manicomial brasileira, que culminou institucionalmente com a reforma psiquiátrica no SUS, ainda em andamento (Amarante e Oliveira, 2004; Oliveira e col., 2011).

Paralelamente, são grandes as críticas dos que procuram as PIC, tanto de pacientes quanto de profissionais, que as buscam para enriquecer e ampliar suas habilidades curadoras (Barros, 2000; Queiroz, 2000; Levin e Jonas, 2001; OMS, 2002). Os doentes, em populações envelhecidas ou envelhecendo, com maior prevalência de doenças crônicas, referem fundamentalmente dois tipos de frustrações e questionamentos na sua relação com a biomedicina: na relação com os profissionais e com as intervenções realizadas.

Sobre as relações, os pacientes não se sentem acolhidos e ouvidos pelos profissionais e freqüentemente se desentendem com eles sobre a natureza dos seus problemas (Caprara e Franco, 1999; Starfield e col., 1981; Stewart e col., 1979). Há uma insatisfação difusa e crescente com a abordagem caracterizada como mecanicista, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao paciente (Andrade, 2006). A interposição maciça de tecnologias duras (de diagnose) no relacionamento também contribuiu para o resfriamento dessas relações na biomedicina (Luz, 2000). Quanto às intervenções, a procura das PIC foi associada aos limites interpretativos e tecnológicos biomédicos e às suas iatrogenias, acirradas com o uso crônico de medicamentos e o intervencionismo da biomedicina, centrada na

heteronomia e no controle (Tesser, 2009a,b; 2010a). A criação relativamente recente do conceito de prevenção quaternária (Norman e Tesser, 2009) pelos médicos de família e comunidade europeus é um exemplo dessa preocupação autocrítica dentro da APS com a iatrogenia. A presença social das PIC como possibilidade de abordagem dos problemas de saúde-doença carrega o significado de outra via possível de cuidado, que pode ser complementar ou mesmo preferível em muitos casos que a via biomédica (Tesser, 2010b).

As críticas acima sintetizadas, embora se inscrevam em processos sociais complexos relativamente distintos, têm um substrato comum de questionamento dos modos hegemônicos biomédicos de cuidado e de procura de superação dos seus problemas. Com efeito, delineiam um pano de fundo e uma direção convergente para os três fenômenos considerados, conformando uma primeira afinidade eletiva entre eles, entendida no primeiro nível de significação de Löwy (1989): elas mostram uma forte convergência e afinidade, incluindo certa correspondência, entre os mesmos, ainda que sua história esteja se dando na maior parte em paralelo e com pouca articulação entre si.

Caráter Contra-hegemônico

Na área da saúde há hegemonias associadas ao chamado complexo médico-hospitalar e a um conjunto ideológico e de práticas sociais associado ao que Menendez (2010) chamou de modelo médico hegemônico. Esta hegemonia apresenta viés corporativista, mercantilista e biologicista, envolvendo uma perspectiva filosófica positivista e práticas de tendência autoritária, controladora e medicalizante (Tesser, 2009b, 2010a). A APS, a atenção psicossocial e as PIC diferenciam-se em certa medida desse conjunto.

A ESF almejou constituir-se como eixo estruturante do cuidado no SUS (Brasil, 2006a). Isso implica em reorganizar e estabelecer prioridades de formação com qualidade para os profissionais, descentralizá-los e fixá-los pelo país, garantir financiamento adequado, prover apoio diagnóstico e cuidado terapêutico universal, de modo coerente com a longitudinalidade e a coordenação de cuidado

a ser realizado pela APS. Tudo isso está muito longe de ser realidade vigente e generalizada no Brasil. A longitudinalidade é muito rara, prejudicada pela alta rotatividade dos profissionais. A interdisciplinaridade pouco ocorre pela herança do trabalho hierárquico e monodisciplinar. A qualidade do cuidado (especialmente médico) é precária, pois não se exige formação especializada para este trabalho. A coordenação do cuidado quase inexiste, resume-se aos encaminhamentos ou referências, embora haja experiências iniciais com novas tecnologias e arranjos organizacionais, como os matriciamentos e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Grande parcela da população não é assistida pela APS ou pela ESF. A Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD) de 2008 apontou que apenas cerca de 65% da população utiliza regularmente serviços de APS (Campos, 2010), e os dados governamentais mostram que em novembro/2011 somente 53,52% da população era coberta pela ESF (Brasil, 2011). A APS/ESF enfrenta dificuldades de financiamento e não raro há longa filas de pessoas aguardando apoio diagnóstico, avaliações e tratamentos especializados. A tradição dos serviços e a formação dos profissionais da APS ainda tende ao tecnicismo, burocracia e rigidez nos processos de trabalho, desaguando em desumanização do cuidado e dificuldade de acesso rápido (poucos dias) ao cuidado longitudinal, rapidez que não está viabilizada nem dispõe de mecanismos claros para sua garantia, mesmo onde a ESF está implantada com alta cobertura. Além disso, as classes “média” e “média alta” pouco a utilizam ou valorizam, incluindo os gestores, profissionais de saúde e os intelectuais da Saúde Coletiva (Tesser e col., 2011). Assim, apesar do sucesso relativo da expansão da ESF, a APS/ESF continua contra-hegemônica.

Por sua vez, a atenção psicossocial é nitidamente uma proposta política e uma prática assistencial contra-hegemônica (Amarante, 1996; Oliveira e col., 2011; Rotelli e col., 1990; Basaglia, 2005). Apesar da conquista das leis da reforma psiquiátrica e dos serviços substitutivos, a observação e vivência do cotidiano dos profissionais do SUS indicam a existência abundante da perspectiva medicalizante no cuidado (Tesser, 2010a). As ações persistem centradas nas doenças (ou transtornos mentais), na

terapêutica medicamentosa (que cumpre o papel de contenção e normalização dos comportamentos) e na ação médico-centrada, com evidentes consequências de heteronomia crônica para os sofrimentos existenciais e psíquicos. Pesquisas em serviços de saúde mental do SUS vem mostrando a convivência do modo biomédico e do modo psicossocial no cuidado, com presença maior das práticas terapêuticas do primeiro modo (medicamentosas) (Quinderé e col., 2010; Campos e col., 2011). As práticas profissionais e as representações sociais da população continuam dominadas pela abordagem biomédica-psiquiátrica, inclusive na APS/ESF e talvez nos serviços de saúde mental, de modo que a atenção psicossocial pode ser considerada contra-hegemônica (Oliveira e col., 2011).

Embora a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Brasil, 2006b) tenha incentivado algum crescimento das PIC no SUS, é evidente sua marginalidade institucional. Em que pesce: a) as PIC expandirem-se no mercado privado dos países desenvolvidos (Eisenberg e col., 1993); b) haver lenta absorção e estudo de algumas de suas técnicas pela biomedicina; c) haver recomendação da Organização Mundial da Saúde para sua exploração e legitimação desde 1978 com Alma-Ata; d) a iatrogenia da biomedicina ter adquirido relevância social e epidemiológica (Starfield, 2000) e ser aos poucos percebida pelos vários grupos sociais; e) a população procurar e valorizar em nítido sincrétismo as abordagens e cuidados complementares particularmente nas situações crônicas (Andrade, 2006), com certa evitação dos cuidados quimioterápicos em muitas dessas situações, é mister reconhecer que as PIC respondem por uma parcela muito pequena, quase incipiente, do cuidado no SUS e na APS/ESF. Parcela que é dependente de protagonismos individuais de seus praticantes quando estes são profissionais do SUS e insistem em praticá-las (Salles, 2008). O caráter contra-hegemônico das PIC mostra-se ao diversificarem as referências de saber e as técnicas autônomas e heterônomas de cuidado de si e dos outros, constituindo-se em possibilidade de cuidado para grande parte das situações comuns de adoecimento, típicas da APS (Tesser, 2010b).

Assim, de um ponto de vista político gramsciano (Gramsci, 1986), os três fenômenos no Brasil

são contra-hegemônicos. São dirigidos à reforma, reorganização e substituição total ou parcial de práticas profissionais e institucionais arraigadas (caso da APS e atenção psicossocial), ou fruto da necessidade dessa mudança. Vale destacar que a substitutividade potencial nos três casos têm significados distintos. No caso da APS, a substitutividade se quer total no sentido de que ela deve ser o eixo estruturante do SUS, a principal porta de entrada do Sistema, executora e coordenadora do cuidado biomédico com função filtro (Gérvias e Pérez Fernandez, 2005), resolvendo cerca de 90% dos problemas de saúde dos usuários. Mesmo assim, na APS a referência epistemológica básica continua sendo a biomedicina, conferindo a ela um caráter de reforma e reorganização importantes do cuidado biomédico. Já na atenção psicossocial a substitutividade é total. Nela se almeja incorporar como apenas mais um recurso o que é considerado na biomedicina o grosso do saber e terapêutica válidos para o cuidado: o saber psiquiátrico e suas terapêuticas centradas nos psicotrópicos. Assim, as referências epistemológicas e técnicas na atenção psicossocial são plurais e envolvem um agregado de valores (cidadania, solidariedade, inclusão, respeito, crítica social, liberdade etc), saberes, técnicas, práticas e filosofias de cuidado de várias profissões e atividades, com perspectivas de transformação profunda do cuidado, da cultura e da sociedade (Costa-Rosa, 2000). No caso das PIC, a substitutividade é parcial e consagrada como complementar, uma vez que os seus praticantes e usuários não almejam substituir a biomedicina, a qual se mantém como recurso para certas situações, especialmente as de maior “gravidade biológica”.

Há uma nuance política relevante sobre que tipo de cuidado deveria deter a hegemonia cultural e social, ou se uma hegemonia é desejável, particularmente na APS/ESF. Do ponto de vista biomédico, as PIC tendem a entrar como técnicas adaptadas à cultura e ao proceder biomédicos, enriquecendo seu potencial terapêutico (por exemplo, a acupuntura), mas subalternas e amplamente minoritárias. Por outro lado, há uma perspectiva na qual as PIC podem ser substitutivas à biomedicina para grande parte dos cuidados comunitários em saúde. Esta última visão assenta-se em várias razões, como as PIC terem

baixo custo (no computo geral), serem culturalmente adequadas, facilitarem uma melhor relação com as pessoas e uma visão mais holística dos adoecimentos, estimularem mecanismos naturais de cura e reequilíbrio e serem satisfatoriamente efetivas e de baixo risco, na empiria de seus praticantes e usuários (Levin e Jonas, 2001; Andrade, 2006; Tesser e Barros, 2008).

O caráter contra-hegemônico comum pode ser considerado uma afinidade eletiva do primeiro nível de significação de Löwy (1989), mas também, em certa medida, do segundo nível, denotando certa atração e interação mútua, como constatamos em pesquisa recente (Sousa e col., 2010). Porém, ela é delicada e sutil, ao mesmo tempo que valiosa, pois conecta redes simbólicas, saberes distintos, práticas de cuidado e propostas institucionais inseridas nos três fenômenos, os quais, isoladamente, têm tido poder restrito frente a forças hegemônicas no setor saúde no Brasil.

Concepções de Objeto de Trabalho

As afinidades eletivas entre a APS, a atenção psicosocial e as PIC no que tange às suas concepções de objeto de trabalho são intensas e facilmente reconhecíveis. Para todas, o objeto de trabalho centra-se na pessoa, é a partir do indivíduo em seu contexto que são elaboradas os cuidados.

A APS deve prover cuidado acessível, universal, longitudinal e integral, com enfoque familiar e cunitário, integrando ações de cuidado, prevenção e promoção, elementos que também são convergentes com atenção psicosocial e atribuídos às PIC. Todavia, pode-se dizer que essa concepção é comum à biomedicina, inclusive às especialidades médicas e à psiquiatria. Essa afirmação deve ser analisada em termos de suas contradições entre discurso e ação. Devemos reconhecer que apesar do discurso homogêneo quanto ao objeto, a cientificização e institucionalização da biomedicina converteu as doenças (ou transtornos) em seu objeto principal (Luz, 2000), gerando uma visão ontológica dos adoecimentos (e dos riscos) e mecanicista do ser humano (Camargo Jr., 2003).

Já os praticantes mais qualificados da APS, embora afiliados à biomedicina, distanciam-se desta

abordagem, exercitando uma visão empírica e fenomenológica: “*não existem doenças senão doentes. A saúde e a doença não são conceitos biológicos, antes estados flutuantes mal definidos, com um enorme componente cultural e pessoal [...]. As doenças, “pré-doenças” e os fatores de risco não existem como tais, senão como fenômenos variáveis e pouco definidos, observáveis nos pacientes como indivíduos únicos*” (Gérvás, 2008, p.2-3). Esses profissionais tentam construir outro modo de cuidado, centrado nas pessoas em suas situações de vida, inclusive com novas metodologias clínicas, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (Stewart e col., 2010). Esforços brasileiros nessa direção são a discussão sobre clínica ampliada (Cunha, 2005; Campos, 2003), humanização do cuidado e integralidade no SUS. Herdeiros e construtores de uma tradição quase inexistente no Brasil, tais médicos da APS transformaram-na em especialidade médica (Medicina de Família e Comunidade) e esforço semelhante estende-se em algum grau às equipes de saúde da família.

A centralidade do sujeito em relação é característica da atenção psicosocial e também uma das características atribuídas às PIC, particularmente às rationalidades médicas vitalistas. Estas últimas integram o homem e natureza numa perspectiva de macro e microuniversos, postulam a integralidade do sujeito como constituída de dimensões psicobiológica, social e espiritual e consideram a doença como fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo (Tesser e Luz, 2008; Luz, 2000).

Como no tópico anterior, e talvez mais fortemente, as concepções de objeto de trabalho ou cuidado nos fenômenos em questão aproximam-se com afinidades, correspondências e razoáveis atrações e interações, o que é demonstrado pelo fato da maior parte (70%) das PIC no SUS localizarem-se na APS (Brasil, 2006b) e, internacionalmente, a APS ser a principal “porta de entrada” das PIC nos Sistemas Nacionais de Saúde (McWhinney, 2010).

Concepção dos Meios de Trabalho

Ao examinarmos as concepções sobre os meios de trabalho e os próprios meios na APS, na atenção psicosocial e nas PIC as afinidades são menos

evidentes, dada sua heterogeneidade, mas estão presentes. O modo psicossocial considera os fatores políticos e determinantes biopsicossocioculturais de modo específico na gênese e no tratamento do sofrimento. A ênfase é dada à situação ou problemática singular com que se trabalha. Os meios considerados para o trabalho terapêutico incluirão, conforme o caso, psicoterapias, socioterapias, laborterapias e um conjunto de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação quando necessária. Como dá ênfase à pertinência do sujeito a um grupo familiar e social, há também trabalho voltado para essa rede social considerando-a como agentes de mudança, assim como o indivíduo em sofrimento (Costa-Rosa, 2000).

Isso implica em atividades múltiplas contextualizadas em função das singularidades dos problemas dos sujeitos e suas situações familiares, culturais e sociais. Trata-se de um cuidado ampliado para problemas cujas determinações originárias são complexas e, portanto, a abordagem é essencialmente multiprofissional (Amarante, 1996). Oficinas de vários tipos, cursos, práticas artesanais e laborais, teatro, arte, música, práticas corporais, esportes, grupos terapêuticos ou (psico)terapias para pacientes e familiares, grupos de auto-ajuda, cursos profissionalizantes e mesmo atividades profissionais ganham tanto ou mais ênfase que a medicação psicotrópica, também usada. Essas atividades são meios de expressão e elaboração de sofrimentos e desejos, reelaboração de subjetividades e novas experiências dos usuários (Costa-Rosa, 2000). Nasel se fundem terapêutica, prevenção e promoção da saúde.

A APS, por sua vez, afiliada a biomedicina, concebe seus meios de trabalho como as tecnologias científicas e sustentáveis em termos culturais, éticos e sanitários apropriados ao cuidado profissional comunitário. Nessa lógica, essas tecnologias permitem resolutibilidade, segurança e adequação voltadas tanto para o cuidado (terapêutica) quanto para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Isso implica em forte inversão da ênfase tecnológica e de tecnologias duras (dominantes na biomedicina) para tecnologias leves e leve-duras (Merhy, 2002) e trabalho interdisciplinar, aproximando a APS da atenção psicossocial. A proposta de adequação cultural e tecnológica na APS também é aberta para

outros meios e ações promotores e terapêuticos populares, de medicinas tradicionais e, recentemente, das PIC. Todavia, deve-se reconhecer a hegemonia de saberes biomédicos (centrados nas doenças) e tecnologias duras de cuidado, notadamente a farmacoterapia, os exames complementares e outras tecnologias preventivas (imunização, rastreamentos) e curativas (cirurgias). No cuidado à saúde mental, isso se desdobra em estreitamento dos meios de trabalho (farmacoterapia e certas psicoterapias), reduzindo o sofrimento psíquico a transtornos manejados como doenças. Também os saberes/técnicas populares leigos ou especializados (curadores populares) e os recursos da cultura dos usuários parecem ser amplamente subutilizados na APS/ESF. Apesar disso, a APS e especialmente ESF, com sua longitudinalidade, imersão territorial e cultural, facilitam o trabalho sobre as relações familiares e sociais, a exploração dos vínculos terapêuticos e o uso de recursos comunitários de vários tipos. Isso constitui uma afinidade forte e importante com as PIC e a atenção psicossocial.

Várias PIC são medicinas tradicionais e seus meios de cuidado são tipicamente fortalecedores do poder de autocura (Levin e Jonas, 2001), sendo reconhecidas, no geral, por uma boa relação terapeuta-paciente e pela busca da reconstrução mais harmônica das relações dos sujeitos consigo, seu ambiente natural e social, o que é praticamente a mesma filosofia e concepção de meios de trabalho da atenção psicossocial. Os meios de trabalho nas PIC modificam-se conforme a prática ou racionalidade médica, destacando-se o uso de plantas medicinais, práticas corporais, “energéticas”, espirituais, terapias psico-físicas e psicológicas, além de outros recursos (acupuntura, medicamentos homeopáticos, etc).

Portanto, quanto às concepções sobre os meios de trabalho e quanto aos próprios meios há convergência e afinidades gerais fortes entre as PIC e a atenção psicossocial, e em razoável medida delas com a APS. Esta última converge de forma mais tênue com as outras, devido a sua tendência de reduzir os sofrimentos a “transtornos”. As heterogeneidades culturais, epistemológicas e técnicas entre os três fenômenos são facilmente percebidas ao compararmos suas concepções sobre os meios de trabalho, mas isso não anula suas afinidades, senão

que ressalta o grande potencial de contribuições que a APS, as PIC e a atenção psicossocial têm umas para com as outras.

Concepção dos Fins

Em relação aos fins, todos os três fenômenos assumem o cuidado e a cura (quando possível) de modo abrangente, bem como, a prevenção de adoecimentos e a promoção da saúde. A atenção psicossocial vislumbra seus fins de modo mais amplo, uma vez que explicitamente almeja uma reforma social e cultural (Rotelli e col., 1990; Amarante, 1996). Debruça-se sobre os aspectos individuais, sociais, culturais e relacionais dos sofrimentos “mentais”, enfatizando seu compromisso com a liberdade, a cidadania e a inclusão das diferenças.

Com sentido convergente, a procura pelas PIC parece indicar o mesmo caminho, sendo considerada sintoma de mudanças culturais profundas (Souza e Luz, 2009). As PIC são caracterizadas no geral como portadoras de uma visão holística, destacando-se a participação dos doentes, a parceria no cuidado e a mobilização dos poderes de cura dos indivíduos, como mencionado acima.

Analogamente à consideração realizada no tópico sobre os objetos de trabalho, a biomedicina, como racionalidade médica hegemônica na APS, tende a operar um deslocamento (nunca assumido) de fins: da cura/cuidado de pessoas/comunidades para a cura/prevenção/controle de doenças (transtornos) e comportamentos. Porém, em seu relativo distanciamento crítico da biomedicina, a APS e especialmente a ESF no Brasil, com longitudinalidade, prática qualificada de medicina de família e comunidade, trabalho interdisciplinar e territorial, encontra-se em posição privilegiada e com a missão explícita de evitar esse deslocamento (McWhinney, 2010; Brasil 2006a). O progressivo conhecimento pessoal e de contexto envolvido na atenção longitudinal exercida na ESF permite a singularização do cuidado, com abordagem familiar e comunitária, aproximando-a da atenção psicossocial e das PIC.

As afinidades eletivas quanto aos fins da ação terapêutica parecem mais evidentes do que quanto aos meios (quando a complementaridade parece ser mais saliente) e as diferenciações aqui são menos

significativas. Isso não é um pormenor, já que os meios detêm significativo poder de influenciar os fins e as discrepâncias ou inversões entre meios e fins são típicas da modernidade e comuns nos saberes institucionalizados. Isso põe em relevância o desafio de pluralizar na APS/ESF os meios de trabalho, particularmente a hegemonia interpretativa psiquiátrica recente (via manuais tipo CID 10 e DSM-IV) associada ao uso maciço de psicotrópicos como principal e comumente única forma de tratamento em saúde mental.

Formas de Organização e de Relacionamento com a Clientela

A forma de organização das práticas da APS tendem a assemelhar-se às práticas hegemônicas da biomedicina, centradas em atendimentos médicos e de enfermagem. No Brasil e especialmente na ESF, isso é contrabalançado pelas visitas domiciliares e pela presença de outros profissionais, especialmente Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e recentemente de outras profissões, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todavia, a forma quase arquetípica de relação curador-doente tende a permanecer na APS algo burocratizada, devido à institucionalização da hegemonia biomédica no cuidado e na cultura organizacional.

Essa relação fundamental curador-doente é também mantida nas PIC, que por sua vez pode envolver várias práticas comunitárias e individuais de promoção à saúde (Tesser, 2009a), as quais transcendem a relação de cura das consultas. As PIC podem ou não estar institucionalizadas ou profissionalizadas, ou praticadas por um curador não profissionalizado, havendo uma multiplicidade de formas de organização das práticas. Quando incorporadas pela biomedicina (homeopatia e acupuntura, por exemplo), tendem a centralizar-se em atendimentos individuais.

As formas de organização da atenção psicosocial tendem a ser interprofissionais (médicos, profissionais *“psi”*, artistas, oficineiros, artesãos, acompanhantes terapêuticos) em uma rede de apoio psicosocial institucionalizada ou não, com várias formas de atuação individual, de grupo e comunitária. Como a proposta é desinstitucionalizar e desmedicalizar o sofrimento, há nítido esforço

em redirecionar os tratamentos e experiências terapêuticas de modo a gerar oportunidades de vivência socializadora e reconstrutora de identidades e de relações intersubjetivas e sociais saudáveis. O escopo da organização das ações é mais complexo e envolve intersetorialidade e construção de redes de apoio psicossocial.

Assim, as afinidades eletivas estão presentes como forças potenciais de complementaridade e convergência entre as formas de ação, já que os serviços de APS estão mergulhados na comunidade e no território existencial dos usuários, sendo a sinergia potencial dos três movimentos evidente. Todavia, o domínio biomédico no SUS e na APS/ESF, cuja tradição é coerente com várias características da sociedade brasileira, sustenta formas de organização institucional hierarquizadas e com poder centralizado. A APS/ESF não tem conseguido fugir a esta regra geral. Mas experiências pioneiras de construção do SUS e da APS/ESF apontam para modos participativos de organização e administração, reformadores das formas autoritárias de gestão dos serviços e de relação com a clientela, inclusive com elaboração teórico-metodológica voltada para a sustentação de práticas de gestão democráticas nas instituições (Campos, 2000, 2003). Isso teve repercussão institucional, com diretrizes oficiais a respeito na Política Nacional de Humanização do SUS.

As PIC e a atenção psicossocial almejam transcender a relação de passividade do doente ou usuário, reconstruir relações de parceria solidária e responsabilização, além de intenso vínculo emocional (fundador das relações de cura e ajuda em geral). A presença de uma abordagem ampliada e holística na APS/ESF e nos serviços de Saúde Mental ainda é rara, mas recentes pesquisas apontam abertura progressiva e interesse dos profissionais da ESF pelas PIC (S.Thiago e Tesser, 2011), o que reforça as afinidades eletivas e a fertilidade da aproximação dos três fenômenos.

Efeitos Terapêuticos e Ético-políticos

Quanto aos efeitos terapêuticos e ético-políticos, o modo psicossocial difere fortemente do modelo biomédico. Neste aspecto, há convergência entre as PIC

e a atenção psicossocial, em que o empoderamento psicológico e comunitário ou social (Carvalho e Gastaldo, 2008) e a co-responsabilização por múltiplas iniciativas terapêuticas e coerentes com as situações existenciais dos usuários são resultados terapêuticos e sociais perseguidos. Essa concepção é praticamente a mesma defendida pelo SUS e pela saúde coletiva para a APS/ESF, assim como pelas referências teóricas da Medicina de Família e Comunidade. Todavia, a realidade das práticas profissionais na APS/ESF tende ainda a reproduzir o paradigma tecnocrático hegemônico, assim como nos serviços de saúde mental.

As PIC, por sua vez, na sua multiplicidade e conforme seu contexto e valores de origem (particularmente nas rationalidades médicas tradicionais) tendem a ser humildes quanto aos efeitos terapêuticos, centradas em relações de cuidado que visam à melhora da pessoa, incentivando e facilitando o auto-cuidado (Tesser, 2009a). Neste sentido, a inserção das PIC na ESF alinha-se à ampliação do cuidado, reconhecendo o pluralismo terapêutico presente na realidade brasileira, no qual convivem diferentes sistemas e práticas de cura, crenças e itinerários terapêuticos (Andrade e Costa, 2010).

Quanto aos efeitos ético-políticos e terapêuticos, as potencialidades de enriquecimento mútuo derivadas das afinidades discutidas até aqui entre os três fenômenos são promissoras. Dependem, porém, da capacidade de abertura entre os movimentos para aprofundar seu desenvolvimento e suas vocações, além de se consolidarem no SUS. Embora a APS/ESF possa ser “recheada” com valores, práticas e projetos ético-políticos convergentes com a solidariedade, a emancipação e a democracia, como defendidas pelos movimentos e ideários da visão ampla e abrangente da APS, da promoção da saúde (internacionalmente) e da reforma sanitária brasileira, esses elementos fundadores da convergência ético-política entre os três fenômenos nos parecem ser apenas potenciais e em tensa e difícil construção na APS/ESF. Nesse sentido, talvez apenas o futuro da APS/ESF e do cuidado em Saúde Mental no SUS (bem como da procura crescente das PIC e outras rationalidades médicas) conseguirá mostrar o quanto de convergência, atração e afinidades entre esses fenômenos será desenvolvido e concretizado, aproximando-os

em uma implantação mais consistente e bem estabelecida dos mesmos no SUS.

Caráter Desmedicalizante

A medicalização social merece ser tematizada devido à importância que tem para a APS e a Saúde Mental, tanto pela sua intensidade quanto pelas novas formas que vem adquirindo, abrangendo inclusive as PIC (Tesser e Barros, 2008). A medicalização transforma sofrimentos e vivências que antes eram administrados autonomamente em problemas médicos, doenças ou transtornos (Tesser, 2010a). Ela invadiu também a prevenção de doenças, através da adoção maciça da estratégia de alto risco (Rose, 2010), com o manejo dos riscos como se fossem doenças e com grande fração do cuidado biomédico voltando-se para o controle dos riscos nos indivíduos (Starfield e col., 2008). Isso gerou um *boom* de procedimentos preventivos na biomedicina, na saúde pública e, assim, também na APS/ESF.

A ESF significou um avanço com relação à medicalização, associado ao início do fomento da longitudinalidade por ela instaurado. A longitudinalidade facilita o conhecimento mútuo progressivo entre profissionais e população adscrita, e assim o trabalho interdisciplinar, a adequação cultural e social (auxiliada pelos ACS) e o reconhecimento dos limites e tendências medicalizantes da abordagem, do saber e das tecnologias biomédicas. A isso vêm se agregar a discussão e prática do conceito de prevenção quaternária (Norman e Tesser, 2009), especificamente desenvolvido para prevenir e evitar a medicalização excessiva e a iatrogenia tanto no cuidado ao adoecimento e sofrimento quanto na prevenção.

Além disso, em relação ao cuidado médico especializado, a ESF pode ser considerada menos medicalizante. Desse modo, embora isso seja uma realidade apenas potencial e minoritária, a APS/ESF é voltada para um movimento de desmedicalização parcial do cuidado. Isso a aproxima da atenção psicossocial, já nascida e desenvolvida no interior da crítica à medicalização na Saúde Mental, de que o conceito de “desinstitucionalização” talvez seja o melhor exemplo (Rotelli e col., 1990; Oliveira e col., 2011). A atenção psicossocial mantém as tecnologias hegemônicas na biomedicina (psiquiatria) como recursos

terapêuticos dentre outros, com uma visão pragmática e criteriosamente eclética, que pode e deve ser incorporada pela APS/ESF, de modo a manter aberto as possibilidades de interpretação e ação.

A busca pelas PIC é uma aliada natural nesse caráter desmedicalizante, ainda que de forma limitada (Tesser e Barros, 2008), particularmente quanto às outras rationalidades médicas presentes no Brasil e aos saberes e práticas populares (uso de plantas medicinais, etc.). Ela pode ser considerada, além de um sinal de resistência de formas heterogêneas de cuidado presentes socialmente ao avanço monopolizador biomédico (Tesser, 2010a), uma reação social às mazelas medicalizantes da biomedicina e um sinal dos múltiplos sentidos e significados que a sociedade contemporânea ainda comporta para as questões da saúde-doença. Uma melhor relação curador-doente, a mobilização das forças de autocura, a busca de participação ativa do usuário e uma significação mais holística para os adoecimentos (Andrade, 2006; Levin e Jonas, 2001; Tesser e Luz, 2008) são virtudes já mencionadas de tendência desmedicalizante atribuídas às PIC.

Assim, o caráter desmedicalizante é outra afinidade e convergência forte entre as PIC e atenção psicossocial e destas para com a APS, particularmente na ESF, ainda que nesta última esse aspecto seja amplamente menos desenvolvido e um tanto apenas potencial, com múltiplas dificuldades de ser aprofundado e concretizado, dado sua vinculação com a biomedicina e as forças sociais e ideológicas hegemônicas, que nela embutem efeitos biopolíticos e ético-políticos fortemente medicalizantes.

Considerações Finais

Ensaiamos uma primeira e sintética análise de três fenômenos contemporâneos distintos no Brasil (e também no mundo): a atenção primária à saúde, a atenção psicossocial e o uso crescente das PIC, com a hipótese de possuírem afinidades eletivas entre si. A discussão mostrou haver aspectos afins e confluentes, como o seu caráter relativamente contra-hegemônico e questionador das práticas biomédicas dominantes. Há afinidades nas concepções de objetos de trabalho ou cuidado, meios e fins desse cuidado, formas de organização do mesmo e relacio-

namento com a clientela. Centramento do cuidado nos usuários e nas suas relações e contextos; adequação cultural, abordagem familiar e comunitária; relações mais dialógicas e participativas, abordagem holística; múltiplas técnicas de cuidado com ênfase em estímulos e vivências reequilibradores, fomentadores da autocura e emancipação (empoderamento psicológico e social), que integram cuidado, prevenção e promoção; todas estas afinidades foram identificadas e discutidas, com nuances, fortalezas, dificuldades e fragilidades relativas a cada um dos fenômenos, vistos sob o prisma de suas afinidades com os demais.

Também houve convergências com relação aos efeitos ético-políticos almejados e ao caráter relativamente desmedicalizante de suas práticas, apesar das peculiaridades e heterogeneidades dos fenômenos em questão, envolvendo distintas situações históricas dos mesmos. Nesse sentido, as afinidades identificadas e os aspectos que as alimentam encontram-se em movimento e construção social, institucional, técnica e política, uns mais consistentes e desenvolvidos que outros.

Identificamos e discutimos a existência de afinidades eletivas entre esses três fenômenos, envolvidas nas buscas sociais, institucionais e dos profissionais de saúde por outras maneiras de entender e manejar o adoecimento e o cuidado em suas várias dimensões, bem como, promover a saúde, particularmente em saúde mental. Isso pode facilitar que os atores envolvidos na APS, na atenção psicossocial e nas PIC reconheçam suas afinidades eletivas e que se fortaleçam, bem como enfrentem seus desafios específicos e se aperfeiçoem nas suas práticas, articulando-se mutuamente. Já há consenso relativo, por exemplo, de que a Saúde Mental na perspectiva psicossocial precisa se aproximar cada vez mais da APS (Lancetti e Amarante, 2006; Lancetti, 2002; Dallla Vecchia e Martins, 2009; Tesser e Teixeira, 2011), para superar o comum reducionismo dos sofrimentos e adoecimentos a “transtornos”. Isso é um dos grandes problemas da APS brasileira, significando desafios tanto para escolas formadoras quanto para a educação permanente: contaminar a APS com a crítica epistemológica e política da atenção psicossocial e a multiplicidade de abor-

dagens interpretativas e terapêuticas da atenção psicossocial e das PIC. Por outro lado, o reconhecimento de afinidades e heterogeneidades permite que possam se articular e coexistir sem perder suas peculiaridades.

Vários desafios são comuns à implantação da APS/ESF, da atenção psicossocial e das PIC no SUS, para que sua amplificação, convergência e sinergismo ocorram: eles dependem de educação permanente dos profissionais e de articulação social e intersetorial; de democracia “gestora” tanto em conselhos de saúde como organizações e serviços. Precisam trabalhar em rede para aumentar teor de integralidade do cuidado e a legitimidade social, política, ideológica e institucional do SUS, da APS/ESF e dos serviços substitutivos de Saúde Mental. Demandam apoio institucional e dos gestores e necessitam expandir-se para a sociedade, influencian-do a cultura dos usuários e profissionais, superando a visão de verdade única e de supremacia epistemológica e tecnológica da biociência e da medicina especializada no cuidado comunitário à saúde.

A exploração dessas afinidades pela Saúde Coletiva, pela gestão do SUS, pela reforma psiquiátrica e pelos profissionais da APS/ESF pode reforçar e qualificar esta última como espaço de práticas múltiplas (biomédicas, PIC, “psi” e outras) que proporcionem respostas adequadas ao adoecimento e sofrimento (cuidado em saúde mental) nos dias atuais e futuros.

Referências

- AMARANTE, P. *O homem e a serpente*: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P.; OLIVEIRA, W. F. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis: revista tecno-científica*, Blumenau, v. 12, n. 47, p. 5-21, 2004.
- ANDRADE, J. T. *Medicinas alternativas e complementares*: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: Edufba; EdUECE, 2006.

- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Organização de P. Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BARROS, N.F. *Medicina complementar*: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICT-SUS*. Brasília, DF, 2006b. (Série B - Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministerio da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família*. http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php Acesso em 10/11/2011
- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, ciência e saber*: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G.W.S. *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, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Por uma sociedade radicalmente democrática: utopia? *RADIS - Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 96, ago. 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_96.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2012.
- CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-52, 2011.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.647-54, 1999.
- CARVALHO S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-40, 2008. Suplemento 2.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaios - Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.
- CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-64, 2009.
- EISENBERG, D.M. et al. Related articles, links unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, (Boston,, n. 328, v. 4, p. 246-52, 1993.
- GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiología*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 205-18, 2005.
- GÉRVAS, J. Enfermedad: ciencia y ficción. *Revista AMF (Actualización em Medicina de Família)*, Barcelona , v. 4, n. 1, p.2-3, 2008.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.
- LANCETTI, A. (Org.). *Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

- LEVIN, J. S.; JONAS, W. B. (Editores). *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole, 2001.
- LÖWY, M. *Redenção e utopia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- LUZ, M. T. Medicina e rationalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000. p.181-200.
- MCWHINNEY, I. R. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MENENDEZ, E.L. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. What is complementary and alternative medicine. *NCCAM*, n. 347, Out. 2008. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>>. Acesso em: 28 nov. 2010.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n. 9, p. 2012-20, 2009.
- OLIVEIRA, W. F.; PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, C. M. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p.587-96, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002.
- PAULA, J. A. Afinidades eletivas e pensamento econômico: 1870-1914. *Kriterion*, Belo Horizonte, v. 46, n. 111, p. 70-90, 2005.
- QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-75, 2000.
- QUINDERÉ, P.H.D.; SALES, F.D.A.; ALBUQUERQUE, R.A; JORGE, M.S.B A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental em Fortaleza-CE. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.34, n.84, p.137-47,2010.
- ROSE, G. *Estratégias da medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SALLES, S. A. C. *Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SOUZA, I. M. C. et al. Práticas integrativas e complementares no programa de saúde da família voltados para atenção à saúde mental: estudos de caso no Nordeste, Sul e Sudeste: relatório final de pesquisa (Processo 575268/2008-5). Brasília, DF: CNPq, 2010.
- SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 393-405, 2009.
- STARFIELD, B. Is US health really the best in the world?, *Journal of the American Medical Association*. Chicago, v. 284, n. 4, p. 483-5, 2000.
- STARFIELD, B et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, Charlotte, Carolina do Norte, v. 71, p. 127-31, 1981.
- STARFIELD, B.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of Epidemiology & Community Health*, Londres, v. 62, n. 7, p. 580-3, 2008.
- STEWART, M. A.; MCWHINNEY, I. R.; BUCK, C. W. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, Bethesda, v. 29, p. 77-82, 1979.

- STEWART, M. et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- S.THIAGO, S. C.; TESSER, C. D. Terapias complementares na percepção de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família sobre terapias complementares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.
- TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicina social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-20, 2008.
- TESSER, C. D. et al. Réplica: promoção da saúde e cuidado, símbolos e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4311-4, 2011.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.
- TESSER, C. D.; TEIXEIRA, B. C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 83-95, 2011.
- TESSER, C. D. (Org.). *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010a.
- TESSER, C. D. (Org.). *Medicinas complementares: o que é necessário saber (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura)*. São Paulo: Editora da Unesp, 2010b.
- TESSER, C. D. Práticas complementares, rationalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 732-42, 2009a.
- TESSER, C. D. Três considerações sobre a “má medicina”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 273-286, 2009b.
- WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Martin Claret, 1994.

Recebido em: 23/02/2011

Aprovado em: 15/02/2012