



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

de Andrade, João Tadeu; Farias Almeida da Costa, Liduina
Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica
Saúde e Sociedade, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 497-508
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263683006>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica¹

Complementary Medicine in the SUS: integrative practices in the perspective of medical Anthropology

João Tadeu de Andrade

Doutor em Antropologia. Professor do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade — Universidade Estadual do Ceará.

Endereço: Rua Vicente Pio, 1115, CEP 60831-601, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: tadeuece@yahoo.com.br

Liduína Farias Almeida da Costa

Doutora em Sociologia. Professora do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade — Universidade Estadual do Ceará.

Endereço: Av. dos Expedicionários, 3406 sp, 1003, Bl. 1, CEP 60410-410, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: liduinafarias@terra.com.br

¹ Apoio Financeiro: Universidade Estadual do Ceará.

Resumo

O artigo examina a contribuição da Medicina complementar para o Sistema Único de Saúde – SUS em um novo contexto de institucionalização. A reflexão analisa políticas oficiais de instituições sanitárias, como a OMS e o Ministério da Saúde, além da literatura especializada no tema. As práticas integrativas e complementares no SUS, em meio a um itinerário de crescente legitimação, valorizam recursos e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura, enriquecem estratégias diagnóstico/terapêuticas e podem favorecer o pluralismo médico no Brasil. Desse modo, o atual sistema público de saúde transporta para seu interior outros saberes e racionalidades de base tradicional, que passam a conviver com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina. O artigo acentua a discussão antropológica sobre integralidade em políticas públicas de saúde, com ênfase nos aspectos sociais, simbólicos e culturais que as realidades sanitárias necessariamente abrigam. Em conclusão, chama-se a atenção para a necessidade de aprofundamento do conceito de integralidade, bem como para o enfrentamento dos desafios práticos que sua implantação requer.

Palavras-chave: Medicina Complementar; SUS; Integralidade; Antropologia Médica; Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

The article examines the contribution of Complementary Medicine to *Sistema Único de Saúde* (SUS - Brazil's National Health System) in a new institutionalization context. The reflection analyzes official policies of health institutions such as the WHO and the Ministry of Health, in addition to the specialized literature on the subject. The integrative and complementary practices within the SUS, in the midst of a path of increasing legitimacy, value non-biomedical resources and methods related to the health/disease/cure process, enrich diagnostic/therapeutic strategies, and may encourage medical pluralism in Brazil. Thus, the current public health system transports into its interior other traditional knowledge and rationalities, which start to coexist with the logic and conventional services of biomedicine. The article stresses the anthropological discussion about integrality in public health policies, with emphasis on the social, symbolic, and cultural aspects that the sanitary realities necessarily shelter. In conclusion, attention is drawn to the need to investigate the integrality concept, as well as to face the practical challenges its implantation requires.

Keywords: Complementary Medicine; SUS; Integrality; Medical Anthropology; Public Health Policies.

Introdução

O campo das práticas integrativas, alternativas ou complementares em saúde no Brasil contemporâneo constitui fenômeno de crescente visibilidade. Tais recursos têm sido apropriados e difundidos por clínicas particulares, comunidades tradicionais, igrejas, movimentos sociais e entidades não governamentais, com abrigo também em serviços públicos de saúde. Essas práticas e métodos de atenção em saúde passaram a ser investigados e validados por organismos governamentais, de tal modo que recentemente o próprio Ministério da Saúde implantou regulamentações de estímulo à difusão da Medicina complementar.

A par disso, um conjunto variado de estudos - racionalidade não biomédica adotada por médicos alopatas (Barros, 2000), representações sociais acerca da Medicina alternativa (Queiroz, 2000), experiência de rezadeiras em unidades de saúde (Galindo, 2005), novos paradigmas para a medicina (Luz, 2005), Medicina complementar e corporeidade (Andrade, 2006 e 2007), práticas alternativas como opção à medicalização social (Tesser e Barros, 2008) - vem se avolumando no exame, na avaliação e no acompanhamento dessas opções e cuidados em saúde. Essas pesquisas se somam a um repertório de diversas investigações (Spencer e Jacobs, 1999; Novey, 2000; Martinez, 2003) e entidades de referência internacional², com destaque para a Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2002), que se interessam por esse importante assunto em saúde pública.

Com o advento de políticas nacionais no SUS que promovem cuidados integrativos (Medicina Natural e Práticas Complementares, em 2005; Práticas Integrativas e Complementares; Plantas Medicinais e Fitoterápicos, ambas em 2006), é oportuno aprofundar a análise da dimensão sociocultural e da eficácia terapêutica desses métodos, bem como compreender o lugar que a Medicina complementar vem assumindo ao se tornar serviço disponível ao usuário do SUS. Tal discussão nos conduz necessariamente aos fundamentos paradigmáticos desses cuidados em saúde, assim como à questão da integralidade

² Como o *Research Council for Complementary Medicine* (www.rccm.org.uk) e o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (www.nccam.nih.gov).

que, sendo princípio do SUS, orienta as políticas públicas do setor.

O objetivo deste trabalho, ao examinar as práticas integrativas e complementares no SUS, é contemplar aspectos de sua recente institucionalização, refletir sobre os fundamentos paradigmáticos de sua ação terapêutica e analisar o caráter integral e complexo de sua aplicação, tendo por interlocução determinados ângulos antropológicos. As fontes principais para a elaboração deste artigo são os discursos oficiais sobre a Medicina complementar, conforme encontrados em documentos da OMS (Promoção de Saúde, Estratégia de Medicina Tradicional, 2002/2005) e do Ministério da Saúde do Brasil (Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares), alguns estudos especializados no tema e a bibliografia antropológica em saúde.

Práticas Integrativas e Complementares: campo de atuação em meio a confluências paradigmáticas

Práticas integrativas e complementares em saúde constituem denominação recente do Ministério da Saúde para a Medicina complementar/alternativa, em suas ricas aplicações no Brasil. Esse campo de saberes e cuidados desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. Esse amplo acervo de cuidados terapêuticos abriga ainda recursos como terapias nutricionais, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia.

Em face da heterogeneidade de cosmologias, doutrinas médicas e princípios terapêuticos, a

definição conceitual dessas práticas constitui desafio nada simples, como verificamos em estudo anterior (Andrade, 2006). Tais cuidados em saúde, por conseguinte, recebem distintas denominações como as de práticas tradicionais, populares, não ocidentais, complementares, holísticas, brandas, alternativas e integrativas. Seu enquadramento enquanto racionalidade terapêutica³ frequentemente é realizado pelo contraste epistemológico com os parâmetros da medicina científica. Esta, assentada no paradigma newtoniano-cartesiano, concebe o corpo humano como um “grande engenho”, sendo a fisiologia e a anatomia de base mecanicista. Foco na enfermidade (doutrina das doenças), agressividade de medicamentos, hipervalorização da tecnologia e acentuada especialização constituem outros traços do modelo médico científico dominante, embora o mesmo apresente inegavelmente consideráveis avanços para a saúde pública.

Por sua vez, as Medicinas alternativas e complementares, conforme diversos estudos apontam (Queiroz, 2000; Tesser e Barros, 2008; Martinez, 2003), seguem um paradigma distinto⁴. Em linhas gerais, essas abordagens da saúde e da doença, da diagnose, dos tratamentos terapêuticos e das doutrinas que lhes dão suporte concebem o ser humano como ser integral, não identificando barreiras entre mente, corpo e espírito, ao contrário do que faz a medicina convencional. Elas sinalizam para uma visão da saúde entendida como bem-estar amplo, que envolve uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais. Nessa perspectiva, o organismo humano é compreendido como um campo de energia (e não um conjunto de partes como assume o modelo biomédico), a partir do qual distintos métodos podem atuar. Trata-se de uma visão integrativa e sistêmica a exigir uma terapia multidimensional e um esforço multidisciplinar no processo saúde/doença/cura. Esse paradigma é denominado bioenergético, privilegiando a “visão do todo”, para a qual se enfatiza a integração dos cuidados (Andrade, 2006). Na classificação da OMS,

3 Entendido como sistema complexo, estruturado em cinco dimensões: morfologia humana, dinâmica vital (fisiologia), doutrina médica, sistema diagnóstico e sistema de intervenção terapêutica, conforme o esquema de Madel Luz (2005).

4 Paradigma enquanto “modelos dos quais brotam as tradições coerentes e específicas da pesquisa científica”, conforme Thomas Khun (1994, p. 30), ou como “conjunto das relações fundamentais de associação e/ou de oposição entre um número restrito de noções-chave, relações estas que vão comandar” teorias e discursos científicos, na conceituação de Edgar Morin (1982, p. 199-200).

essas modalidades médicas são apresentadas em duas definições básicas: Medicinas tradicionais -MT e Medicinas complementares e alternativas - MCA (WHO, 2002). A primeira congrega saberes, práticas e crenças nativas em diferentes culturas. A segunda diz respeito a cuidados em saúde que não estão integrados ao sistema dominante de atenção médica. Em ambos os casos, prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades físicas e mentais são conduzidos com certa eficácia e legitimidade social.

Tanto nas formulações da OMS, nas diretrizes do Ministério da Saúde quanto nas indicações dos estudos referendados acima, toma corpo uma determinada confluência nessas diferentes racionalidades e modelos médicos. Por isso, então, a ideia de complementar e integrativo, o abrandamento político das resistências a esses princípios, a implantação desses métodos nas políticas públicas, e sua legitimação pelo Conselho Federal de Medicina, como no caso da homeopatia e da acupuntura anos atrás. Tais acomodações, entretanto, estão longe de extinguir os questionamentos e dúvidas sobre a eficácia desses recursos terapêuticos.

Nessas investidas e aproximações, a ideia de alternativo como escolha unilateral para uma opção clínica, e mesmo enquanto posição político-ideológica, perde força diante dos esforços pela cooperação e complementariedade entre a biomedicina e essas práticas etiológico-terapêuticas. Assim, chega-se a uma área de confluência, certamente não consensual, em que iniciativas interdisciplinares são incentivadas. Esse movimento ganha expressão nas diversas formulações que instituem políticas nacionais voltadas para a atenção em saúde. Nessa discussão, como procuramos mostrar a seguir, a ideia de integralidade ganha evidente recorrência e centralidade. As diferentes ênfases e ângulos desse tema repercutem para além dos fatos clínicos e das realidades médicas. Finalmente, tal zona de confluência expressa a manifestação localizada de uma transição paradigmática, como acentua Martins (2003), na qual o campo médico ortodoxo abre-se para novos sistemas de cura, caminhando no sentido da humanização das práticas clínicas e da inclusão de outros fatores diagnóstico-terapêuticos.

Da Legitimidade Social à Institucionalização em Política Pública

Reconhecidas pela OMS, as chamadas Medicinas tradicionais - MT e Medicinas complementares e alternativas - MCA possuem um enraizamento cultural de longa data, na maioria dos casos assentado em práticas indígenas e/ou em sistemas refinados como o *ayurveda* indiano e a Medicina clássica chinesa⁵. Tal reconhecimento, que ganha legitimidade oficial de um importante organismo como a OMS e de diversos governos nacionais, incorpora o pluralismo médico, os saberes e crenças locais sobre vida e morte, os distintos modos de enfrentamento da doença. Tal conhecimento, em uma miríade de usos, cosmologias e resultados terapêuticos, constitui patrimônio dos povos tradicionais, em diversas regiões do planeta, o que por si já apresenta uma legitimidade social comprovada ao longo de décadas e, em alguns casos, de séculos. Em regiões como África, Ásia e América Latina, grande parte da população atende suas necessidades sanitárias por meio de crenças e saberes antigos, tais como terapias espirituais, técnicas manuais, tratamentos à base de ervas e minerais, dentre outros recursos (WHO, 2002). Aqui, o fato contundente é que tais estratégias são apropriadas por milhões de pessoas nos chamados países em desenvolvimento, onde a oferta de serviços de saúde por parte dos governos é declaradamente incipiente em face das crescentes demandas. Na Atenção primária, por exemplo, o uso da Medicina tradicional atinge níveis percentuais significativos, como na Índia (70%), Ruanda (70%) e Etiópia (90%), conforme a OMS (WHO, 2002; OPAS, 1978). Mas isso vem ocorrendo igualmente em países como EUA, Austrália, Canadá e Reino Unido, onde os gastos com essas práticas terapêuticas têm sido expressos em milhões de dólares. Assim, por essas importantes razões, o assunto passou a ser uma relevante questão da saúde pública mundializada, com o reconhecimento de governos, agências internacionais e entidades sanitárias.

A OMS, na área específica de Promoção da saúde, chama a atenção para os múltiplos significados que

5 Na verdade existe uma grande variedade de abordagens, técnicas diagnóstico-terapêuticas e sistemas médicos, tais como: terapia floral, osteopatia, naturopatia, quiroprática, meditação, *reiki*, xamanismo, radiestesia, entre outras modalidades.

esse conceito possibilita. Alguns desses significados são compreendidos como princípios da promoção da saúde, a partir dos quais os planejadores podem formular políticas públicas e realizar avaliações de ações de governo. Para a presente reflexão, destacamos os seguintes: perspectiva holística, visão intersetorial e multiestratégias (WHO, 1998). No aspecto holístico, o documento da OMS sinaliza para o fato de que a promoção à saúde deve reconhecer as dimensões física, mental, social e espiritual. No princípio da intersetorialidade defende-se que iniciativas para a promoção da saúde contem com a colaboração de distintos agentes e setores. Com o intuito de conduzir avaliações, a OMS propõe o uso de multiestratégias, que incluam políticas de desenvolvimento, mudanças organizacionais, educação e comunicação, dentre outros fatores.

Já na estratégia formulada pela OMS para essas práticas não biomédicas (WHO, 2002), as MT/MCA são reconhecidas como cuidados de saúde em visível expansão, particularmente em países em desenvolvimento. O documento defende a promoção do potencial sanitário das MT/MCA, considerando a segurança, eficácia, qualidade de seu uso e acesso, tendo em vista a condução de políticas nacionais. A OMS, atenta às questões de segurança e eficácia desses métodos terapêuticos, reconhece o “enfoque holístico da vida, o equilíbrio entre mente, corpo e seu entorno, e a ênfase na saúde” (WHO, 2002, p. 23). Acrescenta ainda, para efeito de implantação de políticas públicas em saúde, que as MT/MCA adotam amplamente a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a gestão de enfermidade como instâncias articuladas.

As indicações nas duas posições institucionais da OMS seguem a linha interpretativa de que o processo saúde/doença/cura instaura realidades que exigem abordagens “intersectoriais, holísticas, multiestratégias”, em conformidade com o fato de que as MT/MCA abrigam, em sua cosmologia e racionalidade terapêutica, compreensões semelhantes quanto às visões da vida, da saúde, além de lidar com as enfermidades.

Como citado anteriormente, o Brasil conta, desde 2005, com políticas públicas que promovem as práticas não convencionais em saúde. A primeira delas foi denominada Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - PMNPC (Brasil, 2005). Inspirada nas orientações da OMS, a PMNPC 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 também 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. 04).

Em 2006, o Ministério da Saúde deu um passo decisivo com relação a esses cuidados em saúde, através da implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS (Portaria 971 de 03/05/2006). Essa medida visou estimular ações e serviços relativos a essas práticas no âmbito do sistema público de saúde brasileiro. Como condição prévia para essa política pública, o Ministério da Saúde realizou levantamento, em 2004, identificando práticas integrativas em 26 estados brasileiros, num total de 19 capitais e 232 municípios⁶. Esse dado sinaliza para a densidade dessas práticas de saúde, embora pesquisas qualitativas e estudos de caso possam efetivamente mostrar uma maior presença e multiplicidade de aplicações possibilitadas por esses recursos terapêuticos, como observamos em estudos no Ceará (Andrade, 2004, 2006; Andrade e Lopes, 2009), o que reforça a necessidade de uma atenção ampla por parte do Estado. Assim, as modalidades terapêuticas identificadas e amparadas pela PNPIC no SUS são: Medicina tradicional chinesa, Homeopatia, Fitoterapia e Plantas medicinais, Termalismo e Crenoterapia⁷, e Medicina antroposófica (Brasil, 2006). Igualmente em sintonia com as diretrizes da OMS para as MT/MCA, a PNPIC, em seus objetivos, destaca “a prevenção de agravos e da promoção e recuperação da

6 São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná aparecem com maiores percentuais de inserção destes métodos. As práticas mais significativas são: *reiki*, *lian gong*, *tai chi chuan*, automassagem, *do-in*, *shiatsu*, *yoga*, dentre outros, conforme a PNPIC no SUS (Brasil, 2006).

7 Termalismo é o ramo da Medicina que faz uso das águas minerais com função terapêutica. Crenoterapia significa tratamento realizado com águas minerais.

saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (Brasil, 2006, p. 25). Lembra ainda de situar “o indivíduo na sua dimensão global [...] quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde” (Brasil, 2006, p. 87), e destaca, finalmente, a integralidade da atenção à saúde, princípio do SUS fortalecido pela PNPIC.

Convém lembrar que outras ações do Ministério da Saúde convergem para a PNPIC, tal como a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS (Brasil, 2007). Essa política, entre alguns de seus objetivos, visa a promover as práticas tradicionais de uso de plantas medicinais, largamente disseminadas na sociedade brasileira a partir da apropriação cotidiana feita pelas populações nativas.

O percurso de construção da legalidade institucional e do reconhecimento da eficácia diagnóstico-terapêutica das práticas integrativas em saúde, aqui brevemente delineado, possui uma base social relevante. Tanto as estratégias da OMS, os princípios da promoção da saúde quanto o discurso oficial do Ministério da Saúde, conforme destacamos, ganham identidade ao reconhecerem o pluralismo terapêutico⁸ e a “alteridade dos cuidados”⁹, para usar um termo caro à Antropologia. Queremos dizer que a institucionalização das políticas públicas com base nesses saberes resulta de uma anterioridade histórico-sanitária: a eficácia clínica e sociocultural estabelecida na tradição. A partir dessa precondição e de um esforço aproximativo, pretende-se ampliar a atenção em saúde nos serviços públicos. Tal investimento guarda especificidades próprias relativas à racionalidade que conforma esses cuidados integrativos. Assim, a construção da política pública, nesse caso particular, atua face ao pluralismo terapêutico presente entre os brasileiros – e usuários do SUS –, no interior do qual convivem diferentes sistemas e modalidades médicas, crenças e itinerários de saúde. A Política pública abre-se para uma racionalidade (Luz, 2005) distinta – supostamente complementar – do modelo clássico da medicina. Os princípios de

“promoção global do cuidado humano”, “integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”, “visão ampliada da doença e da saúde” e o uso de “mecanismos naturais de prevenção” constituem alguns elementos da abordagem intitulada integral, complexa, holística, conforme o discurso das agências governamentais assim a qualifica.

Ancoragens Antropológicas sobre o Princípio da Integralidade

O fato de termos hoje uma política nacional voltada para “práticas integrativas” em saúde coloca questões relevantes para reflexão. Tais questionamentos são de diversas ordens, sejam de natureza conceitual e filosófica, sejam relativas à eficácia terapêutica desses métodos, ou, ainda, quanto ao encaminhamento das políticas públicas do setor.

No campo dos cuidados em saúde, as noções de integral, integralidade ou complementar remetem a uma delicada discussão epistemológica sobre o alcance heurístico de tais categorias, e acerca de sua viabilidade enquanto instrumento metodológico para a condução desses cuidados em situações clínicas concretas.

No que diz respeito ao terreno da Antropologia, este debate nos orienta para determinados modos sobre como o campo da saúde é pensado. Isso diz respeito, como fulcro epistemológico na constituição das Ciências Sociais, à relação entre indivíduo e sociedade, e acerca das interfaces e múltiplas determinações dos processos que articulam os sujeitos nos quadros da sociedade e da cultura.

Com incursões teóricas que se aproximam da Psicologia Social, Marcel Mauss (2003), particularmente em seu clássico *Ensaio sobre a Dádiva*, mas também em *Técnicas Corporais*, elabora a noção de “fato social total”. Essa ferramenta conceitual o impulsiona para dar conta da diversidade de fatores que qualificam a sociabilidade baseada na dádiva¹⁰, quanto na convergência de determinações que iluminam os usos sociais e simbólicos do corpo nas

8 Entendido como o conjunto de diversas opções diagnóstico-terapêuticas à disposição da população.

9 No sentido de práticas e cuidados de saúde de outros povos e culturas, distintos das civilizações modernas, ou ainda fora do modelo médico dominante em cada país.

10 Sociabilidade fundamentada na tese de que, em diversas culturas e épocas, o sistema de trocas mercantis se baseia em uma configuração social mais ampla, que se estrutura no tripé dar/receber/retribuir, no qual crenças e distinções simbólicas têm uma importante função.

distintas culturas. Nos dois casos, Marcel Mauss busca reconhecer na construção social dessas práticas a convergência de realidades que recebem a marca de “totais”. Tais realidades ganham forma nas dimensões sociológicas, históricas e fisiopsicológicas. Tal investimento teórico-metodológico busca cobrir a lacuna imprecisa e o território em fronteiras abertas, que marcam distâncias, proximidades e cruzamentos entre o coletivo e os sujeitos individuais na dinâmica social. No caso da corporeidade, Mauss desnaturaliza as apropriações biofísicas do corpo (próprias da biomedicina), colocando-as em uma esfera mais larga de enquadramentos históricos, psicológicos e culturais.

Recentemente, também na órbita da tradição francesa de corte antropológico, emerge o refinado pensamento de Edgar Morin (1982, 1991, 2000). Em sua severa crítica da ciência moderna, ele desenvolve o paradigma da complexidade, aplicável a diferentes campos do conhecimento, como a Filosofia da ciência, a Antropologia e a Educação. De modo resumido para este artigo, é importante ressaltar que a posição de Morin se lança a um amplo questionamento epistemológico da ciência moderna. Este empreendimento sedutor da modernidade apresenta, no corpo de sua constituição, determinadas características centrais, o que por sinal converge para avaliações semelhantes, como no pensamento sistêmico de Fritjof Capra (2002). Para Morin, então, trata-se de uma advertência contra a simplificação, o reducionismo, a hiperespecialização, o pensamento disjuntivo, nomeados sob o rótulo de “paradigma da simplificação” (Morin, 1991). As repercussões e os desdobramentos desse modo de fazer ciência se projetam em distintas áreas do saber, como a Tecnologia, a Ética e a Ecologia, dentre outras. Na contracorrente dessas tendências, Edgar Morin salienta a necessidade de um “conhecimento pertinente”, o qual se fundamenta nos seguintes princípios: contexto, globalidade, multidimensionalidade e complexidade (Morin, 2000, p. 35). O contexto situa as informações em um espaço circunscrito no qual adquirem sentido. O global suscita a condição de que diversas partes do conjunto tenham caráter inter-retroativo em um todo organizacional. O multidimensional faz valer distintas dimensões ou faces das realidades (o biológico, psíquico, social, afetivo, econômico etc.). Em síntese, o princípio da

complexidade. Edgar Morin lembra que *complexus* significa aquilo que foi tecido junto. Assim, ele elabora a ideia de “tecido interdependente, interativo e inter-retroativo” (Morin, 2000, p. 38), o que delinea o conceito de complexo. Para a presente discussão, cabe sublinhar que esse esforço intelectual tem seu nascedouro em um olhar crítico sobre a *práxis* científica moderna, sobre suas relevantes limitações cognitivas e mesmo acerca de equívocos no relacionamento com os fenômenos humanos e a natureza. A questão pertinente é que esse ângulo inquiridor pode se encaminhar igualmente para o campo da saúde, para seus sistemas e realidades clínicas, como destacamos a seguir. Nessa perspectiva, o processo saúde/doença, as práticas de cura e os itinerários terapêuticos devem ser situados em contextos de sentido e em interdependências diversas, de modo que se compreenda a sincronia de suas interfaces, conforme o pensamento complexo sugere.

No domínio mais restrito da Antropologia médica, abordagens básicas incluem perspectivas biológicas, ecológicas e etnomédicas no entendimento dos comportamentos humanos quanto ao enfrentamento das enfermidades e à obtenção da cura. Nesse âmbito, as experiências humanas devem considerar as complexas e variadas interações entre a cultura e a biologia humana (Brown, 1998). Nesta matéria, dois distintos conceitos são centrais nas apropriações antropológicas do processo saúde/doença/cura. O primeiro deles é *disease* (doença), entendido como categoria biomédica relativa a manifestações clínicas de anormalidade física ou de desordens nos sistemas orgânicos. Já *illness* (enfermidade) refere-se às percepções individuais e à vivência de se estar doente, nas quais ganham força fatores sociais e elementos simbólicos e culturais. Essa distinção conceitual, ainda que tenha sido objeto de críticas posteriores (Brown, 1998; Comelles e Hernáez, 1993), tem o mérito de realçar a dialética entre natureza e cultura, incluindo nas dimensões do fato biofísico as manifestações culturais e as necessárias interfaces sociopsicológicas. Esse foco da Antropologia médica não apenas inscreve em *disease* (doença) os determinantes não biomédicos das adversidades, como aponta para as implicações mais amplas que as situações clínicas podem efetivamente produzir, como os processos de comunicação e as relações de poder.

Nesse debate, é oportuna a contribuição de Arthur Kleinman (1978, 1980). Nesta área, é conhecido seu modelo de Sistema de cuidados em saúde, a partir da tese de que a medicina opera tal qual um sistema cultural. Ele defende que os cuidados em saúde devem ser estudados de maneira holística, como respostas socialmente organizadas em face da doença (Kleinman, 1980). Esse sistema é constituído por significados simbólicos que se assentam em arranjos particulares de instituições e interações interpessoais presentes nas configurações clínicas e no processo saúde/doença/cura. A totalidade dessas inter-relações emoldura e confere substância ao Sistema de cuidados em saúde. Este abriga, segundo Kleinman, crenças nas causas das doenças, relações entre pacientes e curadores, normas que dominam as escolhas de tratamentos, condicionamentos políticos e econômicos, dentre outras importantes variáveis. Kleinman ressalta que seu modelo opta por uma abordagem clínica, interna e microscópica, embora não ignore os fatores (ambientais, epidemiológicos) de larga escala enfatizados por outros enfoques.

Sua visão original recusa o entendimento do processo de cura como um fenômeno atemporal, autônomo e livre dos constrangimentos culturais, como determinadas abordagens clínicas assim o fazem. Ao contrário, ele localiza o processo de cura como função central do sistema de cuidados em saúde. Desse modo, o enquadramento de pacientes e curadores no contexto cultural obedece a interfaces e modulações que envolvem, a partir dos sujeitos principais, as seguintes instâncias: processos biológicos e psicológicos combinados; mundo social (famílias, comunidades, instituições, redes sociais); esfera das realidades simbólicas; ambiente físico não humano.

Em um desenvolvimento ulterior desse modelo, Kleinman associa-se ao antropólogo Thomas Csordas na formulação do conceito de processo terapêutico (Csordas e Kleinman, 1990). Visando uma realidade clínica e uma instrumentalidade conceitual, os autores identificam quatro dimensões do referido processo. A primeira destaca as sequências rituais em que se dá a relação terapeuta/paciente; a segunda refere-se ao processo intrapsíquico vivido pelos enfermos; a terceira indica o curso da enfermidade e o conjunto de decisões e escolhas tomadas e, por

fim, a dimensão político-econômica de controle dos processos clínicos, irremediavelmente presente.

As explorações de Marcel Mauss em sua antropologia do corpo e do sistema da dádiva, dentre outros temas, procura inserir a subjetividade no fluxo histórico, nas configurações sociológicas e no domínio da ordem natural. Tal esforço reconhece a diversidade e densidade do social, sua construção enquanto fenômeno totalizante, o que exige um tratamento conceitual correspondente, de modo a não se cair em análises simplistas. Esse esforço se volta para uma concepção interdisciplinar dos fatos sociais, a qual, em seu bojo, se nutre de um posicionamento sociológico antipositivista. A partir do pensamento de Mauss, a prática médica, enquanto sociabilidade marcadamente utilitarista e tecnicista na modernidade, pode ser reconfigurada no modelo da dádiva médica (Martins, 2003), no qual se recupera a convergência homem/natureza, o cuidado personalizado, a humanidade da relação terapeuta/paciente, o reencontro com o simbólico e o imaginário, aspectos estes convergindo para a totalidade que Mauss reclama em sua antropologia.

Tal formulação se soma às críticas de Edgar Morin às ciências modernas e, particularmente, a suas características de simplificação, reducionismo, hiperespecialização e fragmentação do conhecimento. No caso das realidades socioculturais, sob a inflexão antropológica, vale igualmente esta crítica, pois sua pretensa autonomia em relação a outras instâncias do real lhe confere limitação e viés metodológico. Nesse sentido, a tese da complexidade, adotada para a prática sociológica, conduz o processo investigatório para a inclusão de outros fatores que situam o social em um arranjo mais abrangente de multidimensionalidades. Assim, se a biomedicina cartesiana constitui exemplo modelar do tecnicismo, fragmentação e especialização no campo da saúde, a complexidade coloca-se como antítese a esse modo particular de aplicação da racionalidade científica.

Nessa mesma direção, no que se refere aos comportamentos em saúde, encontra-se o conceito de *illness* (enfermidade), mais amplo do que os fatos clínicos e as realidades biofísicas. Aqui são incorporadas a subjetividade, a cultura e as relações sociais, no interior das quais a compreensão dos processos

terapêuticos ganha significação, conforme defende a Antropologia médica (Helman, 2003). A iniciativa de Csordas e Kleinman (1990), ao destacarem as várias instâncias do processo terapêutico, confirma esta vertente interpretativa de que as realidades sanitárias devam ser compreendidas enquanto sistemas de cuidados, nos quais se cruzam processos psicológicos, sociais, simbólicos, culturais.

Essa discussão, ancorada no pensamento antropológico, encontra interlocução com os preceitos das MT/MCA relativos à visão sistêmica, terapia multidimensional e integração de cuidados. Como mostramos anteriormente, o discurso oficial das agências de saúde em defesa das MT/MCA e de sua reversão em política pública fundamenta-se nas ideias de enfoque holístico, promoção global do cuidado humano, visão intersetorial e, finalmente, integralidade da atenção em saúde, o que constitui princípio estruturante do SUS.

Integralidade nas Ações de Saúde?

A discussão crítica acerca da ideia de integralidade no campo da saúde tem animado reflexões distintas. A formulação de políticas públicas para aprofundar o SUS procura contemplar esse princípio. A referência estratégica nesse debate deve iniciar pela conceituação. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada Lei Orgânica da Saúde, define, em seu Artigo 7, parágrafo II, o princípio da integralidade da assistência para o SUS 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. 04). Essa definição procura incluir aspectos processuais, como a prevenção e o tratamento, a temporalidade permanente da ação e/ou serviço, a atenção tanto ao sujeito individualizado quanto ao coletivo, salientando as diversas instâncias presentes no sistema, entendido como complexo. Esses elementos conceituais, tomados em sua singularidade, abrigam especificidades, tais como, no caso da prevenção, a educação em saúde, a formação e qualificação de pessoal, os processos de comunicação, a estrutura operacional dos municípios e da Atenção primária, dentre outros tantos ingredientes.

O termo integralidade, nas discussões teóricas, é

considerado no mínimo polissêmico, aberto então a apropriações e leituras diversas. Camargo Jr. (2003) afirma que integralidade não constitui conceito, talvez uma “rubrica conceitual” ou um “agrupamento de ideias cognitivas e políticas”. Noções como totalidade e complexidade são fortemente criticadas pelo autor. Porém, o mesmo reconhece a coprodução do sofrimento e da assistência e propõe um trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Ora, tal proposição sinaliza – ainda que não diretamente – para os preceitos das MT/MCA (integração dos cuidados), da OMS (abordagens intersetoriais e multiestratégicas) e igualmente para o pensamento de Edgar Morin (multidimensionalidade), como mostramos anteriormente.

Por sua vez, Mattos (2003) entende esse princípio do SUS enquanto “perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais”, que deve articular ações preventivas e curativas. Todavia, a questão central é como garantir a integralidade nas políticas públicas de saúde, em suas diversas instâncias.

A nosso ver, a integralidade consubstancia um ideal, um propósito político, uma meta a ser alcançada, na perspectiva de aperfeiçoar o SUS. Sua construção conceitual, polissêmica e plural é processo em curso e abre-se às racionalidades terapêuticas de outros sistemas de cuidados, como é o caso da Medicina complementar. Assim, a amplitude desse movimento se nutre do pluralismo diagnóstico-terapêutico que as MT/MCA a seu modo promovem. Tal confluência favorece o reconhecimento de outros saberes, cuidados e práticas sanitárias (rodas de conversa, terapia comunitária, fitoterapia, uso de rezas e meditação, grupos de autoestima, arteterapia etc.), que em parte são o motivo do crescimento intenso dessas modalidades não biomédicas no Brasil e em diversos outros países. Nesse sentido, concordamos com a reflexão de Pinheiro e Guizardi (2006), que entendem a integralidade como prática social que assume “diferentes visões de mundo”. No caso das práticas integrativas, tais visões provêm de racionalidades terapêuticas estranhas à medicina científica, mas reveladoras de potentes cosmologias, princípios filosóficos e eficácias terapêuticas e simbólicas, como encontrados na homeopatia, na acupuntura, no *hatha yoga*, para citar apenas alguns

exemplos. É o próprio movimento da “alteridade dos cuidados” que manifesta a emergência e circulação de saberes terapêuticos provindos de um *ethos* não ocidental e não hegemônico.

Do ponto de vista antropológico, a integralidade pode ser pensada enquanto política pública que toma para si a multiplicidade do real, reconhecendo o tecido complexo no qual é construído o social, bem como as instâncias irrecusáveis da cultura. O processo terapêutico, conforme esboçado no esquema de Csordas e Kleinman (1990), jamais poderá reduzir-se aos fatos clínicos e ao campo epistêmico da biomedicina, mas redesenha as diversas faces de sua realização, evidenciando assim sua globalidade. Esta é, por sinal, a contribuição particular da Antropologia para o território da saúde.

Por outro lado, como sinalizamos linhas atrás, se o conceito é pensado e construído em uma dialética permanente, a operacionalização da política pública por ele inspirada oferece fortes desafios. Em estudos sobre as aplicações da Medicina complementar em Fortaleza (Andrade, 2006) e acerca de sua contribuição para a humanização das condutas clínicas (Andrade e Lopes, 2009), determinados aspectos de ordem prática assumem uma relevância incontornável. No âmago do encontro clínico, diversos fatores apresentam uma positividade favorável, tais como: o ambiente terapêutico, a formação holística do terapeuta, a abordagem integral do ser humano e da cura, o relacionamento terapeuta/paciente e a subjetividade dos usuários. De outro lado, o processo de comunicação, a resistência de profissionais e corporações, a seletividade no acesso a esses tratamentos, o irregular apoio institucional dos governos e o próprio ceticismo com os resultados constituem obstáculos não apenas a essas práticas terapêuticas, como ao seu potencial para aprofundar a integralidade da atenção em saúde. Particularmente nos serviços e unidades públicas de saúde, ao examinar a questão da humanização, verificamos que ela exige esforços interdisciplinares, multiprofissionais, gerenciais e, sobretudo, participativos e motivacionais, ancorados decisivamente no universo da subjetividade humana. Logo, o “nível de complexidade” na Atenção primária – onde o estudo se concentrou – já apresenta um conjunto de fatores importantes para a aplicação do princípio da integralidade, não ape-

nas conforme instituído pelos dispositivos legais, mas principalmente pelos desafios teóricos que ele agrega, como discutido anteriormente.

Considerações Finais

Ao longo deste artigo, desenvolvemos uma reflexão em torno da institucionalização das práticas integrativas no SUS. De início, situamos conceitualmente a Medicina complementar enquanto proposição paradigmática e racionalidade terapêutica nos sistemas médicos contemporâneos. Em seguida, tratamos as práticas integrativas examinando as diversas elaborações discursivas oficiais sobre as MT/MCA, que fundamentam políticas nacionais de incentivo a esses cuidados em saúde. Dessas formulações emerge a ideia de problematizar o conceito de integralidade. Procuramos então explorar essa categoria a partir de determinados enquadramentos teórico-metodológicos da Antropologia em sua interlocução com o campo da saúde. Finalmente discutimos as questões relativas à implementação da política pública voltada para a integralidade.

A Medicina complementar, a nosso ver, apresenta-se como resposta em curso aos limites e lacunas paradigmáticos, diagnóstico-terapêuticos e políticos da biomedicina contemporânea e, em particular, do sistema de saúde pública no Brasil. O estímulo ao uso das práticas integrativas potencialmente amplia o pluralismo médico, na medida em que elas são transportadas para o circuito dos serviços públicos, com reconhecida legitimidade sanitária.

O conceito da integralidade – e o princípio do SUS – ganha aliados entre aqueles que promovem a crítica da ciência moderna (Morin, 1991, 2000; Martinez, 2003; Capra, 2002) e de suas características reducionistas e positivistas, o que traz inevitáveis desdobramentos para o entendimento do processo saúde/doença/cura. Esse conceito de integralidade, em sua inequívoca polissemia, encontra interlocução nos empreendimentos antropológicos (Mauss, 2003; Kleinman, 1978, 1980; Csordas e Kleinman, 1990) que tomam os sistemas terapêuticos e processos clínicos enquanto realidades socioculturais.

Finalmente, a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS exige um aprofundamento do conceito de

integralidade, baseado na complexidade das práticas de saúde enquanto sistemas de cuidados. O desafio está em curso também no plano da prática, onde adequações operacionais, formas de avaliação e estratégias de participação devem ser incentivadas na dialética com a reflexão teórica. A PNPIC no SUS evoca uma “política de inclusão terapêutica” aberta a outros saberes e racionalidades, o que pode favorecer a complementariedade em detrimento da exclusão, ampliando a variedade de opções para os cuidados em saúde.

Referências

- ANDRADE, J. T. Antropologia da cura: aprendendo com o sofrimento no contexto ritual. *Revista Educação em Debate*, Fortaleza, ano 26, n. 48, p. 64-75, 2004.
- ANDRADE, J. T. *Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação*. Salvador: UFBA; Fortaleza: EdUECE, 2006.
- ANDRADE, J. T. Práticas integrativas no SUS: um avanço para a inclusão terapêutica? *Jornal O Povo*, Fortaleza, 29 abr./5maio 2007. Caderno Ciência & Saúde, p.07.
- ANDRADE, J. T.; LOPES, F. B. Medicina convencional, práticas não biomédicas e o processo de humanização. In: NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. I.; ANDRADE, J. A. (Org.). *Formação diferenciada: a produção de um Grupo de Pesquisa*. Fortaleza: EdUECE, 2009. p. 307-325.
- BARROS, N. F. *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 30 maio 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - PMNPC*. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. *Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília, DF, 2007.
- BROWN, P. J. (Ed.). *Understanding and applying medical anthropology*. Mountain View: Mayfield Publishing Company, 1998.
- CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 35-44.
- CAPRA, F. *As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável*. São Paulo: Cultrix, 2002.
- COMELLES, J. M.; HERNÁEZ, Á. M. *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema, 1993.
- CSORDAS, T. J.; KLEINMAN, A. The therapeutic process. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. (Ed.). *Medical anthropology: contemporary theory and method*. New York: Wesport; London: Praeger, 1990. p. 03-21.
- GALINDO, D. A inclusão das rezadoras de Maranguape na promoção da saúde pública. *Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo*, São Bernardo do Campo, ano 2, n. 3, p. 01-14, 2005.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- KHUN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, New York, v. 01, n. 12, p. 85-93, 1978.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California, 1980.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005. Suplemento.

MARTINEZ, P. H. Medicinas alternativas: hasta donde, para quién? In: CÁCERES, C. et al. (Org.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: International forum for social sciences and health: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 349-367.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1982.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

NOVEY, D. W. *Clinician's complete reference to complementary/alternative medicine*. Saint Louis: Mosby, 2000.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promoção/uploadarq/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 21-36.

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. 363-375, 2000.

SPENCER, J.; JACOBS, J. *Complementary/alternative medicine: an evidence-based approach*. St.Louis: Mosby, 1999.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Traditional Medicine Strategy 2002 - 2005*. Geneva, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2003.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. Disponível em: <<http://www.dors.it/alleg/0400/1998%20Euro%20WHO%20HP%20Evaluation%20recommendations%20to%20policy-makers.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2009.

Recebido em: 07/10/2009
Aprovado em: 29/03/2010