



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Dalcanale Tesser, Charles; Filice de Barros, Nelson
Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do
Sistema Único de Saúde
Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 5, outubro, 2008, pp. 914-920
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240170018>

- [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

Charles Dalcanale Tesser^I

Nelson Filice de Barros^{II}

Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde

Social medicalization and alternative and complementary medicine: the pluralization of health services in the Brazilian Unified Health System

RESUMO

A medicalização social transforma a cultura, diminui o manejo autônomo de parte dos problemas de saúde e gera excessiva demanda ao Sistema Único de Saúde. Uma alternativa à medicalização social no âmbito da atenção à saúde é a pluralização terapêutica das instituições de saúde, ou seja, a valorização e o oferecimento de práticas e medicinas alternativas e complementares. O objetivo do artigo foi analisar potencialidades e dificuldades de práticas e medicinas alternativas e complementares a partir de experiências clínico-institucionais e da literatura especializada. Conclui-se que tal estratégia tem um limitado potencial “desmedicalizante” e deve ser assumida pelo Sistema Único de Saúde. Ressalta-se ainda que devem ser observadas a hegemonia político-epistemológica da Biociência e a disputa mercadológica atual no campo da saúde, cuja tendência é transformar qualquer saber/prática estruturado do processo saúde-doença em mercadorias ou procedimentos a serem consumidos, reforçando a heteronomia e a medicalização.

DESCRITORES: Medicina Social. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Terapias Complementares, utilização. Sistema Único de Saúde. Serviços de Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

^I Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Charles Dalcanale Tesser
Campus Universitário Trindade
88040-970 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: charlestesser@ccs.ufsc.br

Recebido: 27/11/2007

Revisado: 27/3/2008

Aprovado: 8/4/2008

ABSTRACT

Social medicalization transforms people's habits, discourages them from finding their own solutions to certain health problems and places an excess demand on the Unified Health System. With regard to healthcare provision, an alternative to social medicalization is the pluralization of treatment provided by health institutions namely through the recognition and provision of alternative and complementary practices and medicines. The objective of the article was to analyze the potentials and difficulties of alternative and complementary practices and medicines based on clinical and institutional experiences and on the specialist literature. The research concludes that the potential of such a strategy to "demedicalize" is limited and should be included in the remit of the Unified Health System. The article highlights that the Biosciences retain a political and epistemological hegemony over medicine and that the area of healthcare is dominated by market principles, whereby there is a trend towards the transformation of any kind of knowledge or structured practice related to health-illness processes into goods or procedures to be consumed, and this only reinforces heteronomy and medicalization.

DESCRIPTORS: Social Medicine. Health Services Needs and Demand. Complementary Therapies, utilization. Single Health System. Health Services. Health Knowledge, Attitudes, Practice.

INTRODUÇÃO

A medicalização social é um fenômeno complexo, cujos significados variam conforme o enfoque dos estudos que a tematizaram.²⁰ Ela está associada a amplas transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas de conduta de origem biomédica⁸ na cultura geral e à redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos.¹⁰ A medicalização está, assim, ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela biomedicina.

Ainda que esse processo não possa ser imputado apenas à ação médica, as formas de interpretação e ação biomédicas tendem a reforçar a medicalização.²² Nelas, há uma tendência à redução dos adoecimentos a problemas da "máquina humana" que a tecnologia químico-cirúrgica irá resolver (ou, enquanto tal não ocorre, que demandam submissão ao "estilo de vida saudável"). Há um aumento da realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e, por vezes, danosos. E ocorre, ainda, uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, valores, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença.²²

Segundo Santos,²¹ a biomedicina é indispensável e necessária e, simultaneamente, inadequada e perigosa. Sua prática social, relativamente homogênea, atua na medicalização por meio do que Illich¹⁰ chamou "iatrogenia cultural": um efeito difuso e nocivo da ação biomédica que diminui o potencial cultural das pessoas para lidar autonomamente com situações de sofrimento, enfermidade, dor e morte.

Paralelamente à medicalização social, há um interesse crescente em múltiplos setores sociais no ocidente dirigido às chamadas medicinas alternativas e complementares (MAC). Além de ser fomentada pelas frustrações, insatisfações e limites vividos com a biomedicina (e suas dificuldades relativas a acesso e custo), a valorização das MAC deve-se, também, a seus méritos próprios.^{1,5} Tal valorização é reconhecida internacionalmente na saúde pública^a e no Brasil está sendo incentivada pela atual Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.^b

O objetivo do presente artigo foi discutir a hipótese de que as MAC podem constituir-se em fértil estratégia para minimizar o processo de medicalização social no ambiente do cuidado à saúde. Foram apontadas razões para revalorização das MAC sob uma perspectiva sócio-antropológica e observadas potencialidades, limites e dificuldades de tal estratégia.

^a Organización Mundial de la Salud. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva; 2002.

^b Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICT-SUS. Brasília; 2006. (Série B - Textos Básicos de Saúde)

Revalorização das MAC

São comuns leituras reducionistas ou preconceituosas sobre as MAC, identificando-as com um primitivismo místico e deixando de reconhecer sua contribuição na produção de conhecimento no processo de cuidado e cura. De acordo com esta perspectiva, o crescimento da biomedicina deveria ser acompanhado pelo desaparecimento ou redução das MAC. No entanto, vive-se hoje fenômeno oposto.¹²

Tal leitura comumente associa-se a uma perspectiva que vê a ciência sempre ameaçada pelo fantasma da irracionalidade, o que está relacionado à sua histórica luta contra a autoridade religiosa ou tradicional. Isso sugere considerar a valorização das MAC como uma proposta de abandono do conhecimento científico e uma volta a um suposto passado de obscurantismo, magia e opressão. Desnecessário enfatizar que os atuais desafios da atenção à saúde, as crises da medicina e da saúde pública, a globalização econômica, a expansão científica no mundo e a medicalização social sustentam e demandam a superação desse “medo”.

Por outro lado, há posturas defensoras de que a civilização ocidental é superior e deve ser simplesmente imposta. Uma das razões subjacentes a essa visão é a ignorância, no sentido de que seus defensores não fazem idéia das realizações concretas fora dessa civilização, com boatos arraigados sobre a excelência da ciência e a duvidosa qualidade de tudo o mais. Outra razão, ainda, vem de dispositivos de imunização que fazem a distinção entre ciência básica e suas aplicações, de forma que se houver algum problema ou destruição, então, foi obra dos aplicadores. Há, também, o argumento de que as tradições não-científicas tiveram sua oportunidade, não sobreviveram ao confronto com a ciência e as tentativas de ressuscitá-las seriam iracionais e desnecessárias. Pergunta-se se essas tradições foram eliminadas por motivos racionais ou por pressões militares, políticas e econômicas. Como a resposta é quase sempre a segunda,⁶ estes argumentos não merecem crédito.

Com efeito, muitas tradições estão em extinção ou em transformação, sendo difícil recuperá-las. Entretanto, isso não significa que não se deva aprender com as idéias, valores e métodos remanescentes. Além disso, a partir da década de 1980, foi amadurecida a noção de medicina complementar, para a qual a mediação deixa de ser alternativa, cujas conjunções eram “ou... ou”, para passar a ser aditiva, com conjunções “e... e”. Aquilo que complementa não se opõe *a priori*, tornando possível “isso e aquilo”.²

Estudos histórico-epistemológicos e socioantropológicos das ciências questionaram um positivismo e cientificismo indutores da visão do conhecimento científico como descrição assintoticamente verdadeira

da realidade; visão geradora de desconfiança epistemológica de tudo o que não seja ciência. Desses estudos percebe-se que o fazer científico é uma sofisticada tradição de produção de conhecimentos e práticas, conectada com forças, redes sociais, interesses e valores político-sociais e culturais específicos.^{6-8,10}

A “revolução verde” foi um sucesso para a industrialização da agricultura, mas um fracasso para comunidades agrícolas que valorizavam a autonomia, a sustentabilidade ecológica e certas tradições que as ligavam aos ciclos e ritmos da natureza. Isso se aplica à relação saúde-doença: as tecnologias e saberes científicos podem ser maravilhosos ou inadequados, conforme a situação, os sujeitos e os valores envolvidos. Trata-se de discussões e decisões existenciais e não somente científicas.⁶

Classificações das MAC

As MAC podem ser definidas como um grupo de sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina. Esse grupo pode ser organizado em: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, e outras); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos científicamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, ch’i gong, dentre outras). Quando essas práticas são usadas juntas com práticas da biomedicina, são chamadas complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas integrativas.¹⁷

A Organização Mundial da Saúde (OMS)^a associa as MAC com a “medicina tradicional”, entendida como “práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios”. Essas caracterizações definem as MAC vagamente ou pelo que não são, abarcando práticas heterogêneas sob a mesma definição.

Os antropólogos foram pioneiros em estudar as formas de cuidado à saúde e assim as MAC. Metcalf et al.,¹⁵ modificando esquema oriundo da antropologia médica norte-americana, dividiram o cuidado em saúde no Brasil em três setores: a chamada medicina popular ou informal (cuidado de familiares, amigos, vizinhos, assistência mútua em igrejas ou grupos de auto-ajuda); o sistema oficial (biomedicina); e as MAC e medicina tradicional (homeopatia, acupuntura, especialistas populares e tradicionais). Laplantine & Rabeyron¹¹ propõem quatro eixos bipolares como distinções

^a Organización Mundial de la Salud. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva; 2002.

caracterizadoras das MAC: legitimidade social, dimensão tradicional, constituição em *corpus teórico* (populares ou eruditas) e funcionalidade medicinal (diagnósticas e/ou terapêuticas).

Luz¹⁴ formulou potente esquema analítico-clasificatório das MAC, por meio da categoria de racionalidade médica. Esta categoria constitui-se por: morfologia do homem (anatomia, na biomedicina), dinâmica vital (fisiologia), sistema de diagnose, sistema terapêutico e doutrina médica (explicação sobre o adoecimento e a cura), embasados em uma cosmologia, implícita ou explícita. Tais dimensões caracterizam uma racionalidade médica, o que permite distinguir entre sistemas médicos complexos como a biomedicina ou a medicina ayurvédica de terapias ou métodos diagnósticos como os florais de Bach, a iridologia, o reiki entre outros.

Segundo a epistemologia de Fleck,⁷ as MAC podem ser analisadas por meio de seus estilos de pensamento que unificam concepções, valores, saberes e práticas de coletivos de pensamento com formação, interesses e atividades especializados. Esses coletivos são organizados em círculos socioepistemológicos hierarquizados, a saber: círculos centrais esotéricos, constituídos pelos produtores do saber especializado (na biomedicina os cientistas); círculos intermediários, reprodutores e praticantes deste saber (curadores, médicos clínicos); e círculos mais periféricos, exotéricos, compostos por leigos, que utilizam técnicas e saberes dos anteriores (os doentes).

Nessa visão, as medicinas suficientemente estruturadas portam camadas especializadas mais ou menos esotéricas; e o panorama classificatório dos sistemas de cura pode ser organizado conforme suas características de elaboração epistemológica. Assim, uma racionalidade médica pode ser entendida como uma caracterização dos saberes e técnicas intermediárias e esotéricas de um estilo de pensamento especializado em saúde-doença, com métodos, pedagogia e saberes estruturados próprios.

MAC no campo da saúde

Segundo Bourdieu,³ um campo se define, entre outras coisas, pelos objetos de disputas. Como todas as sociedades estão interessadas na minimização das enfermidades, existem disputas entre diferentes formas de cuidado que buscam reconhecimento social, importância simbólica e recursos econômicos e técnicos.

Principalmente a partir da década de 1960, o conhecimento da racionalidade médica científica passa a ser relativizado, sobretudo, quando seu arsenal tecnológico cria interposições entre terapeuta e paciente. Foram identificadas rupturas na relação milenar entre terapeuta e paciente, rompendo o padrão de significados transmitido historicamente e incorporado em símbolos, por meio dos quais os homens se comunicam e desenvolvem suas atividades em relação à vida.²

Os debates sobre essa ruptura permitiram, por um lado, o questionamento da hegemonia do discurso médico, com a proposta de equipes multiprofissionais de atendimento, que cobram dos médicos uma nova identidade profissional, e, por outro, a possibilidade da entrada, ou reconhecimento, de novos modelos de atenção à saúde com credibilidade social.

Segundo Geertz,⁹ os símbolos coletivos podem ser usados para representar qualquer objeto, ato, relação, formulação de noções ou acontecimento. Eles podem constituir sistemas simbólicos que funcionam como modelo da e para a realidade social. É possível conceber um modelo da realidade alternativa/complementar que busca por um estilo de vida mais independente da sociedade de consumo, com base na consciência ecológica, na espiritualidade, na concepção de saúde holística e não dualista. Tal modelo para realidade, a partir do exercício de práticas alternativas e complementares em saúde, permite a construção de novas estruturas de poder e de relações, com novas disposições e motivações para profissionais e pacientes. Esses modelos são fruto de vários fatores da própria cultura ocidental, entre eles os movimentos contraculturais da década de 1960, a popularização dos conceitos da psicanálise e o apoio a modelos de medicinas tradicionais pela OMS.

O sistema simbólico que sustenta a cultura alternativa/complementar dá sentido a novas formulações, como a perplexidade diante de uma prática que não mais satisfaz simbólica e tecnicamente, a experiência com o sofrimento e o paradoxo ético. Na medida em que o modelo biomecânico progressivamente incorpora alta tecnologia, cria barreiras no processo de anamnese e exame clínico, interferindo na relação entre o profissional e o paciente. Essa interferência requalifica o trabalho com o sofrimento humano, sobretudo escondendo-o. Para vivenciá-lo como elemento constitutivo nuclear da condição humana é providencial e talvez necessário o desenvolvimento de práticas não-biomédicas que rehumanizam o sofrimento, inclusive, como fundamento da gnose do processo de saúde e doença.

A percepção gerada pela perplexidade e pela experiência com o sofrimento impulsiona a necessidade de alguns outros conceitos no processo saúde-doença, como a intuição, a energia vital, o holismo entre outros, impondo-se a necessidade de repensar a prática dentro de um “novo” espaço ético.

No ritual do cuidado e cura, com aplicação de técnicas alternativas e complementares e soluções positivas, origina-se a convicção de que as concepções são verídicas e de que as diretrizes são corretas. Assim, vem se desenvolvendo em torno das MAC uma percepção social de efetividade e fatalidade: primeiro, associando a concepção de saúde integrada ao bem estar físico, mental, social e espiritual; segundo, estimulando que cada sujeito assuma a responsabilidade de sua própria

saúde-doença, aumentando ações de autonomia; terceiro, propiciando que os profissionais identifiquem-se como pares no processo de re-orientação das atitudes, crenças e hábitos dos pacientes; quarto, valorizando além das noções biomédicas, também, os fatores emocionais, espirituais, sociais, entre outros; e, quinto, possibilitando um modelo para a prática que privilegia técnicas naturais, medicamentos ou procedimentos harmonizantes e estimulantes do potencial de re-equilíbrio do próprio doente.²

Portanto, agindo no conjunto destas ações da e para a prática é que as MAC têm obtido importante reconhecimento como possíveis mediadoras do movimento de reconstrução de símbolos coletivos, que transcendem a simples disputa das formas de cuidado e cura no campo da saúde.

Contribuições das MAC

Em geral, as MAC inovam na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico; na re-situação da relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; na busca de meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento; na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente; e na afirmação de um saber/prática que tenha como categoria central a saúde e não a doença.¹³

Uma contribuição prática dessas medicinas é um enriquecimento interpretativo e terapêutico da clínica: muitos adoecimentos “não-enquadráveis”, que recebem sintomáticos após consultas especializadas e exames complementares infrutíferos, tornam-se compreensíveis na leitura de uma MAC, admitindo tratamento possivelmente eficaz e acessível. Assim, elas podem contribuir para e ampliação da clínica. Cunha,⁴ por exemplo, defende que a homeopatia e a acupuntura devem ser incorporadas como ferramentas terapêuticas pelos profissionais da atenção básica do SUS.

Algumas MAC, notadamente as inseridas em racionalidades médicas, são relativamente integrais na sua abordagem, comparativamente à biomedicina, e, assim, candidatas a serem oferecidas para os usuários do SUS. Em certa medida esta integralidade, maior nos seus círculos esotéricos, estende-se aos círculos intermediários e exotéricos, recomendando sua incorporação na atenção à saúde.²³

Outra razão a favor do potencial desmedicalizante das MAC vem da analogia com a política de redução de danos. Parece menos iatrogênico e mais enriquecedor para a cultura de saúde-doença dos usuários do SUS

contingentes de pessoas “homeopatizadas”, “acupunturadas”, “yoguizadas”, “meditantes” ou “fitoterapeutizadas”, dentre outras, do que uma população continental medicalizada a exigir do SUS intervenções químico-cirúrgicas para qualquer incômodo. Tal analogia baseia-se em experiências clínicas, de serviços e de usuários do SUS, com benefícios para os participantes.¹⁶

Porém, legitimar outras formas de práticas e saberes implica em legitimar outros atores sociais e em multiplicar os critérios de validação social; isto é, tornar decisões de natureza política e existencial factíveis, sem desviá-las para uma “epistemologização” e “cientificização” do tema.⁶ A esse respeito, alguns tratamentos das MAC, estudadas cientificamente com metodologias que respeitam ou não suas características teóricas e técnicas, apresentam eficácia relevante. Isso facilitou que algumas técnicas não-biomédicas estejam lentamente institucionalizando-se na própria biomedicina. Porém, a discussão da eficácia das MAC pelos padrões científicos é metodologicamente complexa e com poucos resultados consensuais e confiáveis disponíveis, embora promissores.⁵

Em relação à incorporação de diferentes rationalidades médicas e terapêuticas na atenção à saúde, segundo Luz,¹⁴ há dificuldades teórico-epistemológicas e políticas intransponíveis e a superação de contradições entre sistemas médicos passa mais pela arte da cura do que pela ciência da doença. Desse modo, alguma integração vem ocorrendo lentamente em serviços de saúde biomédicos pioneiros que permitem espaços para as MAC, em que profissionais e usuários vivenciam um sincretismo terapêutico ou micro-ambientes complementares.

Há experiências municipais e locais de regulamentação, negociação e implementação das MAC no SUS. Contestações a essas iniciativas restringem-se, via de regra, àquelas realizadas pela categoria médica e suas associações. Observa-se que práticas como lian gong, yoga, tai chi chuan, toque terapêutico, reiki entre outras, vêm tendo aceitação por profissionais e usuários.^a

Essa aceitação popular¹⁶ expressa a interação entre as concepções das MAC e as dos usuários do SUS, cuja cultura em saúde é um calidoscópio de várias representações sobre o homem e as doenças. Apesar da progressiva medicalização, talvez ainda predominem nesse contexto idéias anímicas, religiosas, tradicionais e vitalistas. Por sua vez, as cosmologias das MAC apresentam-se com semelhanças, apesar de sua diversidade. Luz¹⁴ imputou às rationalidades da homeopatia, da medicina tradicional chinesa e da medicina ayurvédica um “paradigma vitalista”. Nele, noções como energia, sopro, corpo energético, desequilíbrios individuais, forças naturais e ‘sobre-naturais’ têm existência e papel importantes,

^a Simoni CL. Ginástica terapêutica chinesa Lian Gong: estudo de caso da inserção no SUS [dissertação de mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2005.

integrando natureza e homem numa perspectiva de macro e micro universos. Isso leva a considerar a doença como ruptura de um equilíbrio interno (no micro-universo) e relacional simultaneamente. Tais aspectos permitem aos praticantes dessas MAC um maior fluxo simbólico na relação com os doentes, mais fácil re-significação emocional e apoio para as mudanças e aprendizados advindos da experiência do adoecimento e, assim, um potencial desmedicalizador relevante.

Tais características também facilitam a abordagem do que se pode chamar de aspectos “espirituais” do processo saúde-adoecimento-cuidado por várias MAC. Segundo Vasconcelos,²⁴ esses aspectos e sua relevância estão progressivamente ficando evidentes para ciência e para os profissionais de saúde, assim como sempre o foram para as populações.

Além disso, algumas MAC, inseridas em racionalidades médicas, portam saberes e tecnologias especificamente promotores de saúde. A formação de seus curadores, em ambiente tradicional, na medicina tradicional chinesa e ayurvédica, por exemplo, envolve aprendizado e domínio dessas técnicas promocionais, fomentando um relevante potencial comunicativo e pedagógico nesses curadores.^a A partir desta característica interna de algumas MAC, pode-se considerá-las potencialmente enriquecedoras da clínica e da promoção da saúde no SUS.

Limites das MAC

Illich¹⁰ era pessimista quanto ao potencial das MAC como instrumento de manejo da medicalização. Considerou isso um remédio político inútil e ambíguo, já que via a medicalização como independente da racionalidade médica: “quanto mais existem diferentes teorias com o poder de diagnosticar e definir um tratamento, mais razões existem para renunciar à responsabilidade de transformar o que, no meio ambiente, faz adoecer [...], e mais a doença se despolitiza” (p.113).

Foucault⁸ parece não ter colocado essa questão, uma vez que a norma biomédica foi amplamente aceita nas sociedades ocidentais. Illich e Foucault são indispensáveis para o diagnóstico crítico da medicalização, mas insuficientes para elaboração de “terapêuticas”.

O avanço da discussão da autonomia e do autocuidado na biomedicina e na cultura contemporânea foi considerado, nos escritos tardios de Illich, também um movimento patológico e medicalizante.¹⁹ Nogueira¹⁸ chama de higiomania à obsessão por saúde da cultura globalizada, que gerou uma intensificação do consumo de práticas, produtos e serviços de autocuidado e tratamento preventivo, em uma paranoíia culpabilizante e individualizante de negativas repercussões políticas e sociais, sob os mesmos signos da autonomia e da

responsabilidade. Também, o aparecimento da entificação e tratamento dos riscos despontaram como uma nova “re-medicalização”, agora em função do futuro.

O *boom* da cultura da Nova Era e do consumo de técnicas e tratamentos complementares dentro da lógica do mercado, da medicalização e da higiomania são argumentos contra o uso das MAC como estratégia desmedicalizante. Assim, atraídas pela cultura contemporânea redutora das significações, formas e conteúdos das práticas de cura, as MAC, também, podem empobrecer a riqueza das experiências e significações vividas na saúde-doença, gerando heteronomia ou higiomania. Adicionalmente, a incorporação de algumas de suas técnicas pela biomedicina tende igualmente para essa direção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto diretriz política e democrática, a oferta das MAC pelo SUS está posta e incontestável. Há uma unanimidade nos níveis local, municipal e nacional na manifestação da vontade política da sociedade civil e dos representantes dos usuários, nas conferências e nos conselhos de saúde brasileiros, quanto ao oferecimento das MAC pelo SUS.

No geral, suas virtudes intrínsecas são relevantes, seu risco é relativamente baixo e suas potencialidades parecem ser promissoras como uma estratégia “desmedicalizante” no âmbito do SUS. Seu fomento não é uma panacéia e dirige-se a uma arena cultural e a um campo de práticas tensos. Como qualquer prática em saúde contemporânea, seu exercício está sujeito a re-significação redutora, medicalizante ou higiomaníaca.¹⁸ Assim, é necessário fomento, por parte da saúde coletiva e do SUS, às práticas das MAC mais solidárias, menos mercantilizadas e mais enriquecedoras da experiência do processo saúde-doença-cuidado.

Pode-se dizer, com Cunha,⁴ que o SUS deve ter uma política que evite “permitir a pluralidade terapêutica para os ricos (fora do SUS), ao passo que aos pobres sobrarão o rigor (e os limites) da ciência cartesiana (p.148)”. Para isso, longo processo de construção de atores sociais, institucionais e profissionais envolvidos com as MAC deve ser percorrido, com muitas dificuldades, tal como a história dos conselhos de saúde do SUS, em curso. Conselhos e conselheiros inexistiam, no entanto estão entrando em cena aos poucos e o mesmo pode ocorrer com os praticantes das MAC, suas tradições e instituições, supondo investimento político análogo, ainda inexistente.²⁴

Para o avanço dessa estratégia, confrontos entre corporações e pressões políticas intensificar-se-ão no campo da saúde. Complexidades epistemológicas, dificuldades operacionais e disputas políticas existem

^a Tesser CD. Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2004 [citado 2007 jul 01]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000317960>

e aumentarão, uma vez que as questões são muitas e de diferentes ordens, como: a proliferação de especialistas “complementares”; a negociação sobre a sua formação e capacitação; a incorporação das MAC na sua complexidade epistemológica (esotérica), nas suas dimensões intermediárias, nas formas simplificadas (exotéricas), ou em todas elas, que é o mais desejável; a democratização das MAC pelas profissões de nível médio e superior, ou a sua restrição a médicos ou a médicos especialistas;

a oferta prioritária na atenção básica, o que se defende como o *locus* central do cuidado no SUS, e, também, em hospitais e pronto-socorros.

Apesar das dificuldades, defende-se a oferta das MAC no SUS como cultivo de “democracia e ecologia epistemológicas” sustentáveis e estratégia de manejo da medicalização na construção da universalidade, eqüidade e integralidade em um SUS prudente para um cuidado à saúde decente.

REFERÊNCIAS

1. Andrade JT. Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: EDUFBA/ Fortaleza: EdUECE; 2006.
2. Barros NF. Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/ FAPESP; 2000.
3. Bourdieu P. Questões de Sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
4. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
5. Ernst E, editor. Medicina complementar: uma avaliação objetiva. São Paulo: Editora Manole; 2001.
6. Feyerabend PK. Adeus à razão. Lisboa: Edições 70; 1991.
7. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
8. Foucault M. Microfísica do poder. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
9. Geertz, C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
10. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.
11. Laplantine F, Rabeyron PL. Medicinas Paralelas. São Paulo: Brasiliense; 1989.
12. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Carroll & Graf; 2000.
13. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. 2005;15(Supl):145-76. DOI: 10.1590/S0103-73312005000300008
14. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62)
15. Metcalf EB, Berger CB, Negri Filho AA. A medicina tradicional, alternativa e complementar. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.160-5.
16. Monteiro, DA, Iriart JAB. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1903-1912. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000800017
17. National Center of Complementary and Alternative Medicine. What is Complementary and Alternative Medicine? Bethesda; 2007 [citado 2008 ago 26]. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>
18. Nogueira RP. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos EV, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p.63-72.
19. Nogueira RP. A saúde pelo Avesso. Natal: Seminare; 2003.
20. Nye RA. The Evolution of the Concept of medicalization in the Late twentieth century. *J Hist Behav Sci*. 2003;39(2):115-29.
21. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2000.
22. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):347-62. DOI: 10.1590/S1414-32832006000200006
23. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):195-206. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100024
24. Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde; p.13-160.