

SEPARATA

Caros leitores,

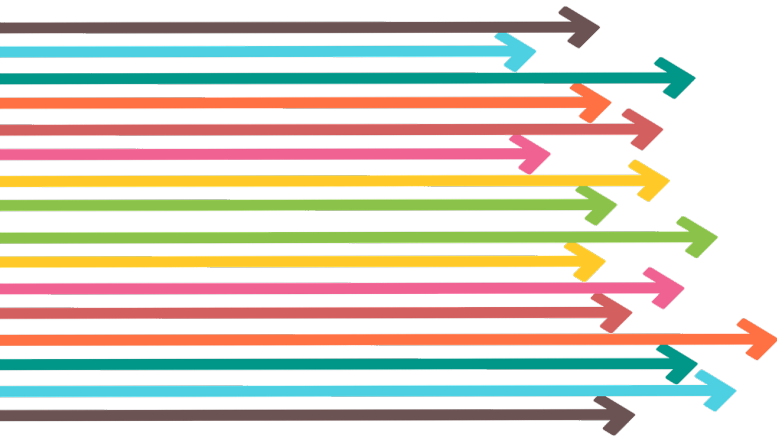
Este arquivo é uma separata do livro “Tópicos em Saúde e Direitos” (Ventura, CAA; D’ANDREA, G; OLIVEIRA, RGV; RICARDO, MF (Orgs.), Sociedade Brasileira de Comunicação em Enfermagem, 2017). Os capítulos foram disponibilizados individualmente para facilitar o acesso daqueles que buscam por assuntos mais específicos e potencializar os resultados de revisões de literatura.

Os demais capítulos individualizados, a versão completa do livro com informações editoriais completas podem ser encontrados para download no seguinte link:

bit.ly/livrosaudedireito2017

Muito obrigado!

Os Organizadores



O direito ao não convencional: sobre terapias complementares e práticas populares em saúde

Marcela Jussara Miwa

RESUMO

No Brasil, existem políticas que instituem a inserção e discussão de terapias complementares, medicinas tradicionais e práticas populares no Sistema Único de Saúde, no entanto, nem sempre essas políticas são conhecidas ou respeitadas. O presente manuscrito pretende ampliar a discussão sobre práticas não convencionais em saúde ao resgatar políticas nacionais que viabilizam a inserção dessas práticas no SUS e explorar os possíveis motivos do pouco acesso a essas modalidades terapêuticas. A monocultura do saber e do rigor, hegemônica nas formas de produzir conhecimentos e nos modos de exercer o cuidado, apresenta-se como um dos principais obstáculos para o reconhecimento dessas outras modalidades de cuidar e produzir saúde.

INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978a), ao tratar de cuidados primários em saúde, atestou a importância de práticas tradicionais em saúde ao afirmar que os cuidados primários podem incluir praticantes tradicionais “conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade”. No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento específico sobre medicinas tradicionais: “*The promotion and development of traditional medicine*” (WHO, 1978b), no intuito de promover e desenvolver diversos aspectos das medicinas tradicionais, defendendo, inclusive, sua integração com a medicina convencional e inserção nos sistemas nacionais de saúde.

No caso brasileiro, há um esforço para afirmar a legitimidade das terapias complementares e conhecimentos tradicionais em saúde. No entanto, assume-se que há ainda uma hegemonia da racionalidade médica convencional, a biomedicina, que por vezes dificulta a inserção de terapias complementares ou práticas tradicionais/populares no sistema de saúde brasileiro, obstaculizando o ideal de “integralidade” em saúde (TESSER; LUZ, 2008).

O primeiro passo para abrir o diálogo entre essas práticas não convencionais e a biomedicina foi a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004, 2010). Essa Política, estabelecida em 2003, entre outras coisas, visou estimular a corresponsabilidade na produção de saúde, por meio do diálogo e da criação de vínculos solidários permeados por trocas e *construção de saberes*, superando a assistência fragmentada, burocratizada e

¹ O termo “racionalidade médica” foi elaborado por Madel T. Luz (1988). Segundo a autora, é racionalidade médica “todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (provisoriamente definida como ‘anatomia’), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como ‘fisiologia’), uma doutrina médica (definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico” (Luz, 2012: 19). A autora acrescenta ainda que há uma sexta dimensão: a cosmologia. Além da racionalidade da medicina ocidental contemporânea (biomedicina), identificam-se outras racionalidades médicas como: medicina homeopática, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica (medicina tradicional da Índia).

verticalizada, promovendo o trabalho em redes, com a participação coletiva no processo de gestão e oferecendo *serviços adequados ao ambiente e à cultura local*. Nesse sentido, para construir saberes em conjunto e oferecer serviços adequados à cultura local é importante que se reconheça a legitimidade de conhecimentos que fogem à racionalidade biomédica e que seja possível agregar esses conhecimentos às práticas e assistência em saúde.

Três anos após a Política Nacional de Humanização, publicou-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a) enfatizando ações de “integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade”. Estimulando o uso de *alternativas inovadoras e socialmente inclusivas*, considerando metodologias participativas e o *saber popular e tradicional*. Mesmo reconhecendo a importância dessa interação entre biomedicina e terapias complementares, conhecimentos populares/tradicionais, ainda assim, essa política de promoção à saúde parece não ter sido suficiente para conferir legitimidade a essas práticas “não convencionais”.

Nesse contexto, o presente manuscrito pretende ampliar a discussão sobre o uso desses recursos “não convencionais”, por meio do resgate de políticas nacionais que asseguram a inserção dessas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, com base na Sociologia das Ausências, de Boaventura de Sousa Santos (2007), explorar possíveis motivos do pouco acesso a essas práticas.

Alternativo, complementar ou integrativo?

Antes de discorrer sobre as políticas de saúde sobre práticas não convencionais, considera-se importante fazer um breve esclarecimento conceitual dos termos: “terapias alternativas”, “terapias complementares” e “terapias integrativas”.

Segundo Barros e Nunes (2006) o termo “terapia alternativa” surgiu na década de 1960 com o movimento da contracultura. Esse movimento, incentivou uma maior politização da vida social, como também, questionou a sociedade tecnocrata-capitalista, ampliando os debates e tensões com as instituições sociais vigentes, contestando paradigmas, contribuindo para o surgimento de novas ideologias (BARROS, 1997; SADER, 1988), permitindo, inclusive, uma (re)valorização de conceitos, práticas e sujeitos, marginalizados. A contracultura afetou a área da saúde ao questionar conceitos como “saúde”, “doença”, “sofrimento”, “vida e morte”, buscando outras dimensões explicativas, por vezes distintas daquelas oferecidas pela racionalidade biomédica. Tal fato contribuiu para a re-apropriação ou criação de perspectivas holísticas, ou mesmo, místicas, no que se refere ao corpo e ao estado de saúde (MIWA, 2012). Nessa conjuntura, o termo “terapia alternativa” foi cunhado como uma ideia de oposição à medicina oficial hegemônica.

Na década de 1980, as terapias, que até então eram vistas como “alternativas”, passaram a ser incorporadas paulatinamente como novas práticas terapêuticas dentro da medicina oficial (BARROS, NUNES, 2006). Diluiu-se a ideia de “oposição” e emergiu a noção de “terapia complementar”, como algo que pode auxiliar o tratamento convencional, contudo, as terapias complementares continuaram a serem vistas como subordinadas à biomedicina.

No que diz respeito ao termo “práticas integrativas”, segundo Tesser (2012), trata-se de um termo institucional do governo brasileiro após a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que “contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar / alternativa(MT/MCA)” (BRASIL, 2008, p. 11).

A noção de uma “prática integrativa” abre a possibilidade de uma nova relação entre biomedicina e práticas não convencionais, não mais de subordinação das últimas à primeira, mas uma interação mais horizontal, em

que ambos os lados admitem a legitimidade de cada um e que consigam trabalhar em conjunto.

Feito esse pequeno esclarecimento, voltemo-nos às políticas nacionais de saúde.

Políticas nacionais do “não convencional” em saúde

O ano de 2006 foi profícuo para os saberes não convencionais de saúde. No referido ano, foram aprovadas duas políticas significativas: a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006b) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS) (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos pretende assegurar o “acesso e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país”, com o desenvolvimento de tecnologias, inovações e o uso sustentável da biodiversidade.

Considerando que o Brasil possui uma grande biodiversidade e que populações locais se valem de conhecimento ancestral para o uso de determinadas plantas, ignorar tais saberes seria um verdadeiro “desperdício da experiência” (SANTOS, 2007).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS tem como proposta ampliar a oferta de ações de saúde no SUS, oferecendo alternativas a tratamentos convencionais por meio de tecnologias eficazes e seguras para a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Entre as racionalidades médicas e recursos terapêuticos contemplados pela PNPIC encontram-se: homeopatia; acupuntura (medicina tradicional chinesa); uso de plantas medicinais – fitoterapia; termalismo-crenoterapia; e medicina antroposófica.

Além disso, segundo o site Portal da Saúde² desde abril de 2016 a terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/automassagem, auriculoterapia e massoterapia passaram a fazer parte dos serviços do SUS.

Recentemente foi publicada a Portaria n° 145 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017) que amplia a oferta de práticas integrativas e complementares no SUS. Dentre os tratamentos incluídos estão: arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, e reiki.

Dessa forma, há de se admitir o esforço do Governo em aumentar a inserção dessas práticas complementares nos serviços, contribuindo com o processo de humanização e assistência integral ao usuário. Todavia, trata-se de práticas e procedimentos que dependem de um conhecimento e preparo especializados que nem sempre fazem parte do cotidiano dos sujeitos e, de certa forma, podem acabar reproduzindo uma relação hierarquizada: saber especializado x saber popular. Já no caso da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, além de tentar estimular os preceitos já presentes na política de humanização, há o resgate da legitimidade dos saberes e práticas populares em saúde.

A Política Nacional de Educação Popular - PNEPS foi aprovada em 2013 (Brasil, 2013) visando “promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científico no âmbito do SUS”. Para sua efetividade, a PNEPS-SUS pressupõe diálogos multiculturais, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação dos sujeitos, socialização de tecnologias e perspectivas integrativas e a amorosidade, no intuito de estimular o protagonismo popular na resolução de questões sociais de saúde, assim como incentivar a participação popular no processo de gestão da assistência.

Conforme o Plano Operativo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) sobre a PNPES (CONASS, 2013), deve-se considerar “além

² Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2297.

dos conhecimentos técnicos e científicos, os saberes populares, como é o caso dos raizeiros, das benzedadeiras, curandeiros, parteiras, práticas dos terreiros, de matriz africana, dos indígenas, entre outros.” (p. 04).

Mais do que reforçar vínculos solidários, a PNEPS reinsere as práticas populares na discussão e atendimento nas instituições de saúde, reconhecendo que, mesmo que sejam tecnologias aparentemente ineficazes cientificamente, fazem parte do cotidiano dos sujeitos e devem ser integradas no quadro das práticas em saúde. Ao serem aceitos e valorizados pelos seus saberes e práticas, os usuários dos serviços de saúde readquirem a “autorização” para a fala, permitindo uma troca menos hierarquizada com os profissionais e gestores de saúde. Tal fato contribui também para seu empoderamento, com aumento da autonomia, capacidade de organização e reivindicação, no caso, de direitos em saúde (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

A Sociologia das Ausências e práticas não convencionais em saúde

A Sociologia das Ausências é uma proposta de Boaventura de Sousa Santos (2007) para superar “monoculturas” hegemônicas que produzem “não-existência”, isto é, a lógica dessas monoculturas obscurecem ou negam a existência de outras formas de ser, pensar e agir que sejam diferentes das concepções hegemônicas.

Santos (2007) identifica cinco tipos de monoculturas:

1. A do saber e do rigor: nesse tipo de monocultura apenas o conhecimento científico é considerado legítimo, excluindo outras formas de produção de saber, como o conhecimento popular, indígena, religioso, mágico, etc. A sua forma de produzir ausência é a ignorância;
2. A do tempo linear: “ideia de que a história tem um sentido, uma direção, e de que os países desenvolvidos estão na dianteira” (p. 29). Essa

monocultura está associada à noção de “progresso”. O modo de produzir inexistência é a ideia de “simples”, “selvagem”, “pré-moderno”;

3. A da naturalização das diferenças: nessa monocultura ocultam-se hierarquias, como por exemplo, a classificação étnica/racial ou sexual. A ausência é produzida pela “inferiorização”;

4. A da escala dominante: está baseada nas concepções de universalismo e globalização, há um privilégio do global, macro, em detrimento daquilo que é considerado “pequeno”, “local”. A não existência é produzida ao considerar o “particular” e o “local” como descartável ou desprezível;

5. A do produtivismo capitalista: ideia de um crescimento econômico e produtividade aplicada tanto ao trabalho como à natureza. A ausência é produzida quando se identifica algo como “improdutivo”.

Pensando no caso das práticas não convencionais, pela ótica da Sociologia das Ausências, é possível relacionar a dificuldade da inserção dessas práticas, nos sistemas de saúde, à persistência da monocultura do saber e do rigor.

Muitas práticas, consideradas complementares ou tradicionais, como a medicina tradicional chinesa (LUZ, 2012B), a homeopatia (CAMPELLO, LUZ, 2012), o reiki (MIWA, 2012), etc., fundamentam-se em conceitos que diferem em muito dos princípios biomédicos. Sua lógica operacional alicerça-se na premissa de uma “energia” que influencia o ser e os desajustes energéticos seriam os principais causadores dos problemas de saúde. O rigor científico exige evidências, entretanto, nem sempre é possível provar claramente a existência de “energias sutis”. Olvida-se que quando algo não pode ser comprovado cientificamente não significa, necessariamente, que seja inválido, talvez seja apenas o caso de não se ter os instrumentos adequados para pesquisar e analisar esse algo.

Mesmo com as dificuldades de serem reconhecidas pela biomedicina, algumas dessas práticas já foram apropriadas pela categoria médica, como é o caso da homeopatia e a acupuntura, da medicina tradicional chinesa. Porém, o que dizer dos conhecimentos populares em saúde?

Os conhecimentos populares, por vezes, não são estruturados ou sistematizados, ora podem estar mesclados com crenças religiosas ou “superstições”. Sua forma de transmissão geralmente não segue os cânones da escrita acadêmica, está no cotidiano das pessoas, é comumente informal. Esse tipo de conhecimento, por ser ordinariamente popular, é o que corre maior risco de ser vítima do epistemicídio praticado pela monocultura do saber e do rigor. Nas palavras de Santos (2007):

Essa monocultura [do saber e do rigor] elimina muita realidade que fica fora das concepções científicas da sociedade, porque há práticas sociais que estão baseadas em conhecimentos populares, conhecimentos indígenas, conhecimentos camponeses, conhecimentos urbanos, mas que não são avaliados como importantes ou rigorosos. E, como tal, todas as práticas sociais que se organizam segundo esse tipo de conhecimento não são críveis, não existem, não são visíveis. [...] Ao constituir-se como monocultura [...] destrói outros conhecimentos, produz o que chamo de ‘epistemicídio’: a morte de conhecimentos alternativos.” (p. 29)

Ao se deslegitimar os saberes populares, não se deslegitima apenas uma prática de saúde, deslegitima-se também um modo de vida, uma visão de mundo. A consequência disso é o “desempoderamento”, uma vez que se nega à população uma possibilidade de autocuidado, destituindo sua autonomia.

Contudo, paira a questão: como efetivar a coexistência de profissionais de saúde e praticantes de terapias complementares e/ou saberes populares?

Nem o PNPIC-SUS (Brasil, 2008) nem a Portaria n° 145 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017), que amplia a oferta de práticas integrativas e complementares no SUS, deixam claro a forma de contratação desses praticantes de especialidades não convencionais. A Portaria n° 145 apresenta a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) associada a cada uma das

modalidades terapêuticas integrativas e complementares e nota-se a predominância de profissionais graduados em saúde. Surge outra dúvida: esses profissionais da saúde serão contratados de acordo com sua formação profissional e, conforme for conveniente, irão trabalhar com as especialidades não convencionais ou serão contratados especificamente por essas “novas” modalidades terapêuticas? E aqueles que não possuem *status* de profissionais de saúde, serão contratados pelos serviços públicos de saúde ou contentar-se-ão com o voluntariado? São indagações que merecem um debate mais aprofundado entre gestores, profissionais de saúde e terapeutas não convencionais.

E no caso de práticas populares em saúde, como conciliar benzedeiras, mateiros, curandeiros, etc., com os serviços de saúde?

Os profissionais de saúde, e o próprio serviço, estão preparados para dialogar com tais sujeitos?

A ciência moderna ainda repousa sobre as bases da monocultura do saber e do rigor (SANTOS, 2007; SANTOS, 2011) e a formação acadêmica, por sua vez, está estruturada segundo a lógica da ciência moderna, ou seja, os profissionais de saúde, durante sua formação acadêmica, dificilmente são preparados para esse tipo de diálogo. Há diversas formas de epistemicídios na trajetória acadêmica, porém, nem sempre são percebidos, pois são frequentemente produzidos como não existentes, uma vez que fogem do padrão científico. Então como esperar que profissionais de saúde sejam capazes de acolher e construir novas formas de conhecimento em conjunto com saberes tão díspares de sua formação?

Diante do que foi exposto, entende-se que assegurar a inserção de terapias complementares e práticas populares nos serviços de saúde não significa apenas ampliar a oferta de terapêuticas, mas sim, restituir a legitimidade de outras formas de conhecimento e de estar no mundo que foram injustamente produzidos como não existentes. Trata-se, em outras palavras, de uma luta política, uma forma de garantir o “direito à diferença” (BITTAR, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre a inserção de terapias complementares e práticas populares em saúde é extensa. Vários elementos estão envolvidos, como visões de mundo, organização social e profissional, assim como, relações de poder. Nem todas as pessoas, e isso pode incluir alguns profissionais da saúde, têm consciência das políticas acima apresentadas e, não raro, ignora-se que isso é também um direito em saúde. Contudo, a simples publicação de decretos ou portarias não é suficiente para salvaguardar a existência dessas práticas não convencionais nos serviços de saúde. Necessita-se, também, de uma mudança estrutural, tanto nas formas de produzir conhecimento como nos modos de exercer o cuidado.

REFERÊNCIAS

BARROS, N.F. **Médicos em Crise e em Opção**: uma análise das práticas não biomédicas em Campinas.1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – FCM/UNICAMP, Campinas, 1997.

BARROS, N. F.; NUNES, E. D. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2023-2039, 2006.

BITTAR, E. C. B. Reconhecimento e direito à diferença: teoria crítica, diversidade e a cultura dos Direito Humanos. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v. 104, p. 551-565, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC**: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica**. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017.

CAMPELLO, M. F.; LUZ, H. S. A racionalidade médica homeopática. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.) **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Ed. da CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Plano Operativo da Política Nacional de Educação Popular em Saúde 2013-2015**. Brasília: Conass, 2013.

LUZ, MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, NF (Org.) **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012a.

_____. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.) **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012b.

MIWA, M. J. **Com o poder nas mãos**: um estudo sobre johrei e reiki. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

_____. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2011.

TESSER, C. D. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: LUZ, MT; BARROS, NF (Org.) **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

WENDHAUSEN, A.; BARBOSA, T. M. ; BORBA, M. C. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde & Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 131-144, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 September. 1978a.

_____. **The promotion and development of traditional medicine**. Geneva, Switzerland, 1978b.