



CRISTIANE SPADACIO

**“MEDICINAS TRADICIONAIS, ALTERNATIVAS E
COMPLEMENTARES COMO MARCADORES DE
DIFERENCIAÇÃO SOCIAL”**

**CAMPINAS
2013**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

CRISTIANE SPADACIO

**“MEDICINAS TRADICIONAIS, ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES
COMO MARCADORES DE DIFERENCIAÇÃO SOCIAL”**

ORIENTADOR: PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Ciências Sociais em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO CRISTIANE SPADACIO E ORIENTADA PELO PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS

Assinatura do orientador

CAMPINAS
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Sp11m Spadacio, Cristiane, 1983-
Medicinas tradicionais, alternativas e
complementares como marcadores de diferenciação
social / Cristiane Spadacio. -- Campinas, SP : [s.n.],
2013.

Orientador : Nelson Filice de Barros.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Doença crônica. 2. Iniquidade social. 3. Terapias
complementares. 4. Medicina tradicional. I. Barros,
Nelson Filice de, 1968-. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Traditional medicine, complementary and alternative medicine as
marker of social differentiation.

Palavras-chave em inglês:

Chronic disease

Social inequity

Complementary therapies

Medicine, Traditional

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Nelson Filice de Barros [Orientador]

Everardo Duarte Nunes

Carlos Roberto Silveira Correa

Aurea Maria Zollner Ianni

Denise Martin Coviello

Data da defesa: 04-02-013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

CRISTIANE SPADACIO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). NELSON FILICE DE BARROS

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). NELSON FILICE DE BARROS

2. PROF(A). DR(A). EVERARDO DUARTE NUNES

3. PROF(A). DR(A). CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORREA

4. PROF(A).DR(A). AUREA MARIA ZOLLNER IANNI

5. PROF(A).DR(A). DENISE MARTIN COVIELLO

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 04 de fevereiro de 2013

Dedico este trabalho ao Novo:

Novas perspectivas,

Novos caminhos,

Novas experiências.

AGRADECIMENTOS

Durante o processo de elaboração desta Tese pude perceber que, concomitante ao trabalho intelectual, eu também estava intensificando meus sentidos, vivências e experiências que, sem dúvida alguma, marcarão meu *habitus*, para além da minha formação profissional.

As Medicinas Tradicionais, Alternativas e Complementares, com sua racionalidade ensinaram-me uma outra lógica de terapêutica, de lidar com a saúde, com a doença e com o corpo. O adoecimento crônico e a maneira como as pessoas são capazes de lidar com essa situação me colocaram em contato com experiências e realidades com as quais talvez eu nunca teria oportunidade de estar.

Foram quatro anos bastante intensos e várias pessoas e instituições fizeram parte desse processo. Nesse período, mudei de estado e morei cinco meses em outro país. Por tudo isso, gostaria de agradecer imensamente a todos que passaram por mim nesse processo, agradecer de coração pelos ensinamentos em todos os sentidos, pelos ensinamentos que vieram pelo amor e pelos ensinamentos que vieram pela dor.

Particularmente, agradeço:

Aos pacientes que entrevistei e seus familiares e acompanhantes, por me permitirem entrar em suas vidas de maneira tão generosa e acolhedora, compartilhando suas histórias, experiências e emoções.

À Unicamp e ao Hospital das Clínicas, por me deixarem entrar em suas entranhas institucionais.

Aos meus familiares, meu pai Cesar, minha mãe Delciza, minha irmã Daniela, sempre presentes em minha vida, apoiando-me.

Ao Josenilson, por ter compartilhado comigo, nesses longos anos, todas as alegrias e tristezas, enfim, por ter compartilhado sua vida comigo.

Aos meus queridos amigos também sempre presentes. Aos meus amigos de colégio no interior de São José do Rio Preto, de graduação, de pós-graduação e de outros espaços sociais do qual faço parte. Evidentemente que não vou citar aqui todos os nomes, mas fica o meu enorme agradecimento e carinho! Mas gostaria de citar amigos de vida, que carrego comigo e sempre estarão ao meu lado:

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva, por contribuírem em minha formação como pós-graduanda e em minha formação profissional e pessoal, desde o Aprimoramento Profissional em Saúde até o momento presente do Doutorado.

Ao professor e orientador, Nelson Filice de Barros, por sua parceria e incentivo em todos os momentos do Doutorado, me ajudando a construir um saber, das Ciências Sociais em Saúde.

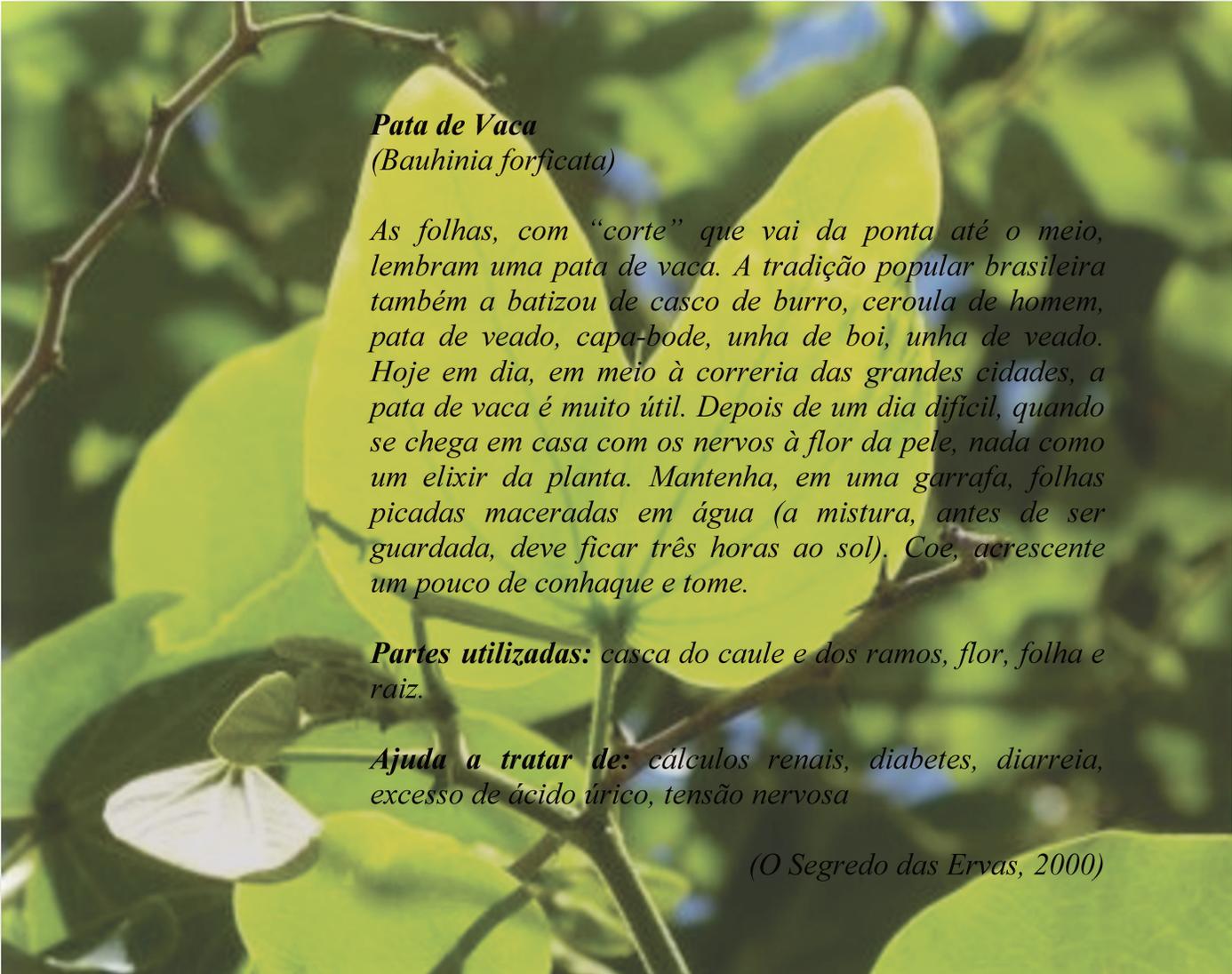
Ao Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes, por estar sempre presente nos momentos cruciais para o desenvolvimento da minha formação acadêmica, lendo os meus escritos com muito zelo e competência.

Às minhas amigas e grandes companheiras intelectuais Ana Luiza de Oliveira e Oliveira, Joana Almeida (uma amiga que conheci em um momento muito especial da minha vida) e Juliana Luporini do Nascimento, pelo precioso apoio em vários momentos desse processo.

Às secretárias do Departamento, pelas conversas agradáveis e descontraídas durante o “cafezinho” e pela ajuda burocrática, em especial aos secretários da pós-graduação, sempre muito atenciosos e prestativos com todos nós.

Meu reconhecimento e gratidão ao Departamento de Saúde Coletiva e à CAPES, pela estrutura e apoio financeiro.

Gostaria de fazer um agradecimento especial à CAPES pela Bolsa do Programa PDEE que me permitiu entrar em contato com uma outra instituição, a Royal Holloway, University of London, o que me proporcionou conhecer outras pessoas, outra cultura, outras realidades e diversos encontros que acontecem até hoje e que espero sejam bastante frutíferos para o futuro. Também ao professor Jonathan Gabe, que me recebeu na Inglaterra e me co-orientou no processo de construção da Revisão da Literatura, com questionamentos extremamente pertinentes para o desenvolvimento deste trabalho.

A close-up photograph of the Bauhinia forficata plant. The image shows several large, heart-shaped leaves with a characteristic notch at the apex, resembling a cow's hoof. The leaves are a vibrant green color. In the lower-left corner, a single white flower is visible, partially obscured by the leaves. The background is a soft-focus green, suggesting a natural outdoor setting.

Pata de Vaca
(Bauhinia forficata)

As folhas, com “corte” que vai da ponta até o meio, lembram uma pata de vaca. A tradição popular brasileira também a batizou de casco de burro, ceroula de homem, pata de veado, capa-bode, unha de boi, unha de veado. Hoje em dia, em meio à correria das grandes cidades, a pata de vaca é muito útil. Depois de um dia difícil, quando se chega em casa com os nervos à flor da pele, nada como um elixir da planta. Mantenha, em uma garrafa, folhas picadas maceradas em água (a mistura, antes de ser guardada, deve ficar três horas ao sol). Coe, acrescente um pouco de conhaque e tome.

Partes utilizadas: *casca do caule e dos ramos, flor, folha e raiz.*

Ajuda a tratar de: *cálculos renais, diabetes, diarreia, excesso de ácido úrico, tensão nervosa*

(O Segredo das Ervas, 2000)

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas	19
Lista de Quadros e Tabelas	21
Resumo	23
Abstract	25
Introdução	27
Caracterização dos Sujeitos de Pesquisa	41
Organização da Tese	46
Parte I – Contextualização e Apresentação de Conceitos	49
Capítulo I – Relações e Dissensões entre as Medicinas Tradicionais, Alternativas e Complementares e o Modelo Biomédico	51
A Construção da Medicina Moderna Ocidental no Contexto Científico	59
As Terapêuticas não Biomédicas	65
Capítulo II - Terapêuticas não biomédicas no sistema público de saúde brasileiro e práticas de consumo em saúde	77
Capítulo III – Referencial Teórico: Pierre Bourdieu	89
Perspectiva Sociológica de Pierre Bourdieu: Discutindo Conceitos	90
<i>Habitus</i>	92
Campo e Capital	97
Saúde e a Busca por Distinção	102
Relações entre Classes Sociais	107
Parte II – Evidenciando os Processos de Diferenciação Social	113
Capítulo IV – As Medicinas Tradicionais do Brasil	115
Aspectos místicos e religiosos na utilização dos chás	124

O natural e o científico	125
Redes de sociabilidade	127
Classe social e o uso de MT	132
Capítulo V – Medicinas Alternativas e Complementares	139
Homeopatia e Acupuntura no Brasil: uma breve contextualização histórica	143
Terapêutica enquanto estilo de vida	152
Trajetória social e o uso de MAC	154
O problema é a informação...	156
Da eficácia à classe construída	157
Capítulo VI – O uso concomitante de MT e MAC	163
Classe média e a nova classe média – discutindo conceitos	168
A propriedade do cuidado no uso de MT e MAC	175
Da propriedade do cuidado ao capital pessoal	179
Capítulo VII – O campo das MT/MAC e os diversos capitais	185
Capital econômico	187
Capital cultural	189
Capital social	191
Capital simbólico	193
Quadro síntese	195
Considerações Finais	197

Proposta para futuras pesquisas	200
Referências Bibliográficas	203
Receitas – Chás Tradicionais do Brasil	217
Anexo I – Roteiro de Entrevista	219
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	223
Anexo III – Artigos Publicados	225

LISTA DE ABREVIATURAS

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
DM	Diabetes Mellitus
ETAC	Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MEDLINE	National Library of Medicine
MI	Medicina Integrativa
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
RL	Revisão da Literatura
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos
SIPS	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Passos para análise dos dados	32
Quadro 2 – Quadro síntese das evidências empíricas	178
Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos pacientes entrevistados	34
Tabela 2 – Perfil socioeconômico dos pacientes que utilizam somente MT	109
Tabela 3 – Perfil socioeconômico dos pacientes que utilizam somente MAC	126
Tabela 4 – Perfil socioeconômico dos pacientes que utilizam MT e MAC ao mesmo tempo	151
Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes por tratamento não convencional utilizado	37
Gráfico 2 – Evolução do tamanho da classe média brasileira	155

RESUMO

Apesar dos notáveis avanços alcançados pela Medicina Ortodoxa - Biomedicina, tem havido um crescimento exponencial no interesse e no uso de Medicinas Tradicionais (MT), Alternativas e Complementares (MAC). O tema deste estudo ancora-se nas discussões sobre as MT e MAC e sua utilização por diferentes grupos sociais em situação de adoecimento crônico, especificamente o Diabetes Mellitus tipo 2. A pesquisa tem como objetivo compreender em que medida o uso de MT e MAC por pacientes com diabetes tipo 2 está relacionado com diferenças entre grupos sociais no Brasil.

Foram entrevistados 80 pacientes de serviços público e privado de saúde. Sendo 40 pacientes em tratamento do diabetes tipo 2 no Ambulatório de Diabetes Mellitus, Hipertensão e Obesidade, da Disciplina de Medicina Interna e Semiologia Médica, do Departamento de Clínica Médica da Unicamp, e 40 pacientes em uma clínica particular na Cidade de Campinas, no período de abril de 2009 a maio de 2010. Nesta pesquisa serão utilizadas as informações socioeconômicas e demográficas dos pacientes, que possibilitam inferir a “posição social” dos entrevistados, assim como aspectos relacionados às percepções dos pacientes, principalmente no que diz respeito ao acesso e à escolha por tratamentos heterodoxos.

Teoricamente, a sociologia de Pierre Bourdieu será utilizada e debatida de forma crítica nesta pesquisa, principalmente com os conceitos de *habitus* e *Capital*, este último em seus diferentes aspectos, econômico, social, cultural e simbólico. Tal perspectiva fornece um

referencial teórico adequado para a análise das MT e das MAC enquanto práticas culturais utilizadas por diferentes grupos sociais na sociedade brasileira.

Dentre os achados empíricos, percebem-se diferenças na utilização de MT e MAC por diferentes perfis de pacientes, uma vez que, há pacientes que utilizam exclusivamente MT, geralmente com baixo nível de escolaridade, baixa renda familiar e com tendência a utilizar o serviço público de saúde. Ao passo que, pacientes que se utilizam exclusivamente de MAC tem alto nível de escolaridade, alta renda familiar e tendem a utilizar o serviço privado de saúde com plano de saúde. Há também pacientes que utilizam MT e MAC ao mesmo tempo, representado por um perfil intermediário entre os dois anteriores. Nesse sentido, sugere-se que a diferença na utilização das terapias não convencionais pode referir-se a um processo de diferenciação social, na medida em que os valores de diferentes grupos, no interior de uma sociedade cada vez mais fragmentada como a brasileira, estão relacionados com um poder classificatório definido por sua localização na estrutura de classes.

Palavras-chave: Doença crônica; iniquidade social; terapias complementares; medicina tradicional.

ABSTRACT

Despite the remarkable progress made by orthodox medicine - biomedicine, there has been an exponential growth in interest in and use of Traditional Medicine (TM), Complementary and Alternative (CAM). The theme of this study is anchored in discussions about MT and MAC and their use by different social groups in situations of chronic illness, specifically diabetes mellitus type 2. The research aims to understand to what extent the use of MT and MAC for patients with type 2 diabetes is related to differences between social classes in Brazil.

We interviewed 80 patients of public services and private health. 40 patients being treated for type 2 diabetes in Outpatient Diabetes Mellitus, Hypertension and Obesity in the Department of Internal Medicine and Medical Semiology, Department of Internal Medicine at Unicamp, and 40 patients at a private clinic in the city of Campinas, in the period April 2009 to May 2010. This research will be used socioeconomic and demographic information of patients, which allow inferring the "status" of respondents, as well as aspects related to the perceptions of patients, especially with regard to access and choice for unorthodox treatments.

In theory, the sociology of Pierre Bourdieu will be used and discussed critically in this research, mainly with the concepts of habitus and capital, the latter in its different aspects, economic, social and symbolic. This perspective provides a theoretical framework suitable for the analysis of MT and MAC while cultural practices used by different social groups in Brazilian society.

Among findings, are perceived differences in the use of MT and MAC for different patient profiles, since there are patients who exclusively use MT, generally have low levels of education, low family income and tend to use public service health. Whereas, patients who exclusively use MAC has highly educated, high income and tend to use the service with private health insurance. There are also patients who use MT and MAC at the same time represented by a different profile of patients. Accordingly, it is suggested that the difference in the use of unconventional therapies may refer to a process of social differentiation, in that the values of different groups within a society increasingly fragmented as Brazil are related to a relevant classificatory power defined by its location in the class structure.

Key-words: Chronic disease; social inequity; complementary therapies; medicine, traditional.

– INTRODUÇÃO –



O tema dessa pesquisa ancora-se nas discussões sobre as Medicinas Tradicionais (MT), Alternativas e Complementares (MAC) no caso de adoecimento crônico, especificamente o Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.

Atualmente, o DM tipo 2¹ apresenta-se como um relevante problema de saúde pública, gerando grande impacto sobre a vida dos pacientes e sobre a rede assistencial. A carga dessa doença – em termos de anos de vida perdida e do ônus econômico – tem justificado a formulação de políticas públicas específicas, direcionadas ao seu controle, promovendo, inclusive, uma recente discussão sobre a adequação dos modelos de atenção às especificidades dos pacientes crônicos, com especial referência aos diabéticos.

A noção de situação crônica se construiu principalmente no período da transição epidemiológica do século XX, caracterizada pela mudança da noção de doença aguda para a doença crônica. Esse movimento colocou a medicina frente aos problemas de saúde que envolvem a pessoa como um todo, indo além das causas singulares das doenças, como um vírus ou um agente patógeno, que se encaixam perfeitamente ao modelo biomédico de cura (Goldstein, 2000).

¹ De acordo com dados do Ministério da Saúde divulgados em novembro de 2012 e veiculados pelo site uol (www.uol.com.br), o diabetes foi responsável por mais de 470 mil mortes no Brasil no período entre 2000 e 2010, fazendo com que a taxa de mortalidade aumentasse de 20,8 para 28,7 óbitos por 100 mil habitantes. Essa doença crônica mata quatro vezes mais do que a AIDS no país, superando também o número de vítimas fatais de acidentes de trânsito.

A situação crônica (Bury, 1982, 1991, 1997; Gabe, 2002; Williams, 2000), por sua vez, articula esferas multidimensionais da vida das pessoas, fazendo interagir, para além da interpretação biomédica, fatores como as biografias individuais; elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos da sociedade mais ampla; aspectos culturais (princípios, costumes, valores, significados compartilhados e transmitidos tradicionalmente) e escolhas terapêuticas diversificadas.

Dessa maneira, os fatores sociais no processo saúde-doença não apenas determinam se uma pessoa se torna doente ou não, mas também são capazes de moldar o padrão de saúde e doença de uma determinada população, assim como as experiências das pessoas com as doenças e a escolha pelos tratamentos (Cockerham, 2007). O sujeito, ao lidar com o diabetes, apóia-se tanto em sua experiência vivida quanto em seus conhecimentos de senso comum sobre a saúde. O manejo e o gerenciamento da doença na vida cotidiana extrapola a operacionalização técnica protocolar dos tratamentos preconizados pela medicina científica moderna.

Nesse sentido, a doença crônica e a experiência que ela representa vão além da esfera médica e cumprem um determinado papel em todos os lugares da vida social, possibilitando a criação de novas sociabilidades e articulando redes sociais já existentes. Isso fica claro a partir de uma série de dispositivos sociais acionados que deixam ver que, segundo Adam & Herzlich (2001) o médico e o doente não são os únicos atores participantes e o impacto desorganizador da doença crônica faz-se sentir em outros segmentos da vida social, como a família, o trabalho, o lazer. O doente, por sua vez, busca reduzir os desarranjos provocados por essa experiência em todos os lugares onde esta se manifesta.

Levando-se em conta a multiplicidade de fatores biológicos e sociais envolvidos no caso de adoecimento crônico, gostaríamos de chamar atenção para o frequente uso de práticas terapêuticas não biomédicas por pacientes em situação crônica, são as chamadas medicinas tradicionais, alternativas e complementares. Para este trabalho, os conceitos de MAC e MT serão utilizados de acordo com o preconizado pela OMS (2000).

Tendo em vista essa perspectiva, MAC refere-se a um conjunto de práticas em saúde que não fazem parte da tradição de um país. Especificamente, a *medicina complementar* é aquela utilizada junto com a medicina biomédica convencional. Já a *medicina alternativa* é utilizada no lugar da medicina convencional. As MT constituem-se como a soma de conhecimento técnico e procedimentos baseado em teorias, crenças e experiências tradicionais de diferentes culturas, sejam elas explicáveis ou não pela ciência, utilizados para a manutenção da saúde, como também para a prevenção, diagnose, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais.

Estudos qualitativos sobre MAC trazem questões fundamentais para o campo da saúde, que podem ser observadas a partir de três focos de preocupações: o *paciente*, suas experiências terapêuticas e os contextos sociais e culturais que influenciam na decisão pelo uso ou não de MAC; o *profissional*, suas relações profissionais estabelecidas com base nas MAC e o processo de profissionalização de suas práticas, como por exemplo, a acupuntura; a *MAC* enquanto terapêutica que sofre um processo de legitimação atrelada à medicina biomédica convencional (Spadacio & Barros, 2008).

Somando-se às importantes contribuições dos estudos qualitativos acerca das práticas terapêuticas não biomédicas, existe um interesse particular na área da saúde para a compreensão do processo saúde-doença, em como a variável estrutural da localização

dos agentes em classes sociais tem estreita relação com o adoecer e as escolhas terapêuticas. A posição de uma pessoa em uma classe social específica influencia múltiplas doenças de várias maneiras e essa relação, segundo Cockerham (2007) pode ser observada ao longo da história por séculos.

Sendo assim, a classe não só continua a ser uma força importante na determinação da boa ou má saúde, na susceptibilidade ou prevenção de doenças, mas é na verdade um dos mais poderosos determinantes da estrutura social de uma vida longa e saudável. A sociologia médica tem estudado o padrão de saúde/doença na população há mais de 50 anos e está claro que o estrato socioeconômico entra como fator determinante nos símbolos culturais, estilo de vida, acesso à informação e aos serviços de saúde².

E é justamente no entroncamento dos temas relevantes para a saúde coletiva, do conhecimento produzido pelos estudos de MAC e MT, das questões estruturais de classe social e o contexto de adoecimento crônico que este estudo se aloca.

Para tanto, teoricamente, utilizaremos como aporte conceitual Pierre Bourdieu³ (2006), para o qual, a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social tem um papel crucial na determinação dos gostos e preferências por práticas sociais. Embora na análise sociológica bourdiana as escolhas dos sujeitos estejam mais relacionadas com dimensões

² O estudo das desigualdades sociais e suas relações com a saúde não é um tema novo. Em específico na América Latina, a produção sobre este tema é mais recente, da segunda metade do século XX. Segundo Barata (2008), essas investigações incluem tanto “(...) investigações relativas à pobreza e a outros indicadores de nível socioeconômico em abordagens predominantemente funcionalistas quanto investigações sobre desigualdades baseadas no conceito de classe social e em abordagens materialistas históricas” (Barata, 2008: 457).

³ Os conceitos de Bourdieu tem sido bastante utilizados pela sociologia da saúde brasileira e internacional no que se referem às questões relativas ao adoecimento crônico. Um exemplo disso é um estudo realizado por Mackeever & Miller (2004) com práticas maternas de mulheres com crianças portadoras de doenças crônicas. Os autores utilizaram o trabalho de Bourdieu para ilustrar a lógica de práticas empreendidas pelas mães no contexto de adoecimento crônico e reinterpretando preconceitos acerca de possíveis práticas maternas negativas, demonstrando as relações no interior do campo de cuidado de longa duração e a medicina pediátrica.

simbólicas do que propriamente com o valor econômico de uso, este último é também de extrema importância na definição das escolhas sociais (Perosa, 2005; Souza, 2007).

Assim, a partir dessa perspectiva teórica, é possível compreender as classes sociais em termos de identidades de classe e de experiências vividas. Os conceitos de *habitus* e Capital desenvolvidos por Bourdieu são sociologicamente úteis neste trabalho para construir a correspondência entre práticas culturais (aqui incluem terapias convencionais e não-convencionais como as práticas culturais) e grupos sociais. (Jenkins 1992, pg. 147).

É sabido, contudo, que existem diferenças quanto à utilização de MT/MAC no Brasil, embora hajam poucas investigações sobre esta temática e a sua relação com as questões de classe social e desigualdade social⁴. De acordo com as condições socioeconômicas e culturais da população brasileira supõe-se que os resultados sobre o uso de MT/MAC sejam variados segundo as classes sociais, diferenciando-se também dos resultados obtidos nas pesquisas realizadas em países desenvolvidos.

* * *

Este estudo tem como base a pesquisa de cooperação internacional intitulada *Indigenous and international non biomedical treatments for diabetes in Brazil: an exploratory study of use in social context*, que buscou analisar o uso de MT e MAC em

⁴ Aqui podemos citar a pesquisa de Iniciação Científica (FCM/Unicamp) realizada por Cíntia Tavares Cruz, que buscar identificar e comparar o uso de MT e MAC por mulheres de diferentes estratos socioeconômicos em tratamento do câncer de amam em serviços público e privado de saúde na cidade de Campinas, São Paulo. Os resultados deste estudo explicitam diferenças nos padrões de uso das MT/MAC pelos estratos populacionais de acordo com o nível socioeconômico. Assim, mulheres mais pobres tendem a utilizar práticas terapêuticas provenientes de tradição popular, enquanto que as de estratos mais ricos, além das práticas de cura tradicionais constitutivas da cultura brasileira, utilizam outras terapias trazidas de culturas de outras sociedades, sempre com um sentido associado à produção de equilíbrio, bem-estar e cuidado holístico.

pacientes com DM tipo 2 que estivessem desenvolvendo tratamento biomédico convencional em serviços públicos e privados de saúde em Campinas/SP (Motta et. al., 2009).

O presente doutorado é um dos produtos dessa pesquisa maior que, por ser exploratória, é bastante abrangente e permite o aprofundamento de diversas questões, dentre elas a escolha terapêutica e sua relação com as desigualdades sociais de classe, a partir da análise da relação público x privado no sistema de saúde brasileiro.

Seguiremos nessa introdução com a apresentação dos objetivos da pesquisa (geral e específicos), a orientação metodológica utilizada durante o processo de trabalho, passando pela de descrição de como os dados que emergiram da pesquisa serão analisados, para enfim caracterizarmos os sujeitos da pesquisa, os pacientes com DM tipo 2 que foram entrevistados.

Buscamos com essa pesquisa analisar o uso de MT/MAC por pacientes diabéticos que estão em tratamento convencional em serviços públicos e privados de saúde. Para a elaboração do objetivo geral e dos objetivos específicos desta pesquisa, algumas questões iniciais norteadoras foram elaboradas a priori.

São elas:

- 1) *Quais as justificativas para a escolha de tratamentos não convencionais por pacientes com DM tipo 2 em serviços públicos e privados de saúde?*

- 2) *Em que medida a escolha e o uso de MT/MAC por pacientes em situação de adoecimento crônico pode estar relacionado com diferenças de grupos sociais no Brasil?*

3) *Em que medida a justificativa pela escolha por tratamentos não convencionais está relacionado com um processo de diferenciação social?*

Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender em que medida a utilização de MT/MAC por pessoas portadoras de condições crônicas em tratamento em serviços públicos e privados de saúde está relacionada com um processo de diferenciação social.

Além disso, alguns objetivos específicos foram traçados, tais como:

1. Analisar as terapêuticas de MT/MAC utilizadas por pacientes dos serviços públicos e privados de saúde;
2. Analisar as relações entre posição social dos agentes e a escolha por determinadas terapêutica;
3. Elaborar uma tipologia dos sujeitos de acordo com as terapias de MT/MAC utilizadas.

Metodologicamente, a abordagem qualitativa nos permite apreender a complexa relação que se estabelece quando objeto, objetivos e formulações metodológicas são estruturados no processo criativo e dinâmico de pesquisa (Bruyne, 1985). Este é um campo do conhecimento que se versa por meio de práticas interpretativas por excelência. O qualitativo é eminentemente holístico e indutivo, toma como referenciais a compreensão, o entendimento, a construção de sentido e a intencionalidade (Nunes, 2005).

De maneira geral, os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as

limitações situacionais que influenciam a investigação. Esses pesquisadores enfatizam a natureza repleta de valores da investigação. É preciso aceitar que o sujeito das ciências sociais não é neutro, da mesma forma que o 'objeto' dentro dessas ciências é também sujeito e interage permanentemente com o investigador. Buscam, nesse sentido, soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado.

A fim de analisar as motivações para a utilização de uma determinada terapêutica de saúde por um grupo social em específico é preciso, antes que qualquer coisa, lançar mão de um arcabouço teórico-metodológico que nos auxilie a pensar situações que estão em curso, mapeando processos sociais e atores que se articulam em torno de uma determinada situação social em um contexto específico, levando-se em conta, por um lado, os discursos e as práticas desses atores e, por outro, a estrutura social na qual estão inseridos (Charon, 2000).

Por isso, a escolha o referencial teórico de Bourdieu com os conceitos de *habitus* e Capital. De maneira geral e simplificada, segundo Bourdieu, o conceito de *habitus* é constituído por meio da interação das escolhas de vida com as chances de vida. Aliado a esse conceito, aparece o conceito de Capital que determina a posição do agente social na estrutura, podendo ser identificados quatro tipos de capitais, segundo o autor, a saber: o capital econômico, que se refere à quantidade de recursos financeiros acumulados; o capital social, que diz respeito aos recursos baseados em grupos, redes sociais de influência e suporte; o capital cultural, ativos não financeiros e sim sociais que promovem mobilidade para além de recursos econômicos; e o capital simbólico, que são recursos disponíveis para um indivíduo com base na honra, no prestígio.

O material que subsidiará este trabalho de doutorado é proveniente das entrevistas realizadas durante a pesquisa “*Indigenous and international non biomedical treatments for diabetes in Brazil: an exploratory study of use in social context*”. A **entrevista** é tomada como uma unidade de análise, enquanto casos exemplares que explicitam, de maneira emblemática, em que medida as relações entre origem social, percepção da doença, itinerário terapêutico e escolhas por tratamentos se configuram na composição de um universo de possíveis para um determinado grupo social em relação a outro. Dessa forma, para este trabalho, a linguagem passa a ser um objeto privilegiado, considerando principalmente aspectos da fala e do discurso.

Foram entrevistados um total de 80 pacientes, sendo 40 pacientes em tratamento do diabetes tipo 2 no Ambulatório de Diabetes Mellitus, Hipertensão e Obesidade, da Disciplina de Medicina Interna e Semiologia Médica, do Departamento de Clínica Médica da Unicamp, no período de abril de 2009 a maio de 2010 e 40 pacientes em uma clínica particular na cidade de Campinas, São Paulo.

Estudar grupos sociais distintos, no caso, usuários do setor público e do setor privado de saúde nos permite trabalhar com o que Roberto Cardoso de Oliveira (2006) intitula de “comparação elucidativa”, ou seja, uma comparação que não se pauta na busca por qualquer forma de generalização, leis e regularidades com o fim de formular teorias gerais ou o desvendamento de sistemas simbólicos voltados para interpretações explicativas em dar guarida a interpretações compreensivas. De forma positiva, a comparação elucidativa tem como princípios a compreensão de sentido e a experiência vivida, não para encontrar o semelhante, mas sim para enfatizar o diferente, o contrário, a fim de alcançar alguns princípios sociológicos.

Participaram da pesquisa pacientes que já estavam em tratamento no serviço e, voluntariamente, tomaram parte. Não foi levado em consideração o tempo de acompanhamento dos pacientes no ambulatório para o tratamento do diabetes. São adultos, maiores de 18 anos, portadores de DM tipo 2, que relatam utilizar MT e/ou MAC junto com o tratamento convencional realizado no HC/Unicamp. Foram excluídos pacientes que não fizeram parte desse perfil. As entrevistas foram realizadas com a anuência dos pacientes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que será apresentado no anexo II. As conversas foram gravadas para posterior transcrição. As entrevistas tiveram o tempo médio de 45 minutos de duração.

O roteiro semiestruturado utilizado para guiar as entrevistas foi organizado em sete grandes grupos de questões, a saber:

- 1) Questões demográficas - aqui, são exploradas as variáveis demográficas e de caráter socioeconômico;
- 2) Experiência e representação da doença (DM tipo 2) – abordando questões que vão desde a representação da doença de uma maneira geral até a visão do paciente sobre a doença crônica diabetes;
- 3) Experiência com o tratamento convencional – ou seja, com o tratamento realizado no HC/Unicamp;
- 4) Sobre o conceito de MT e MAC;
- 5) Experiência com o tratamento de MT e MAC – investigando as motivações e influências para o uso dessas práticas;

- 6) Percepção sobre MT e MAC – explorando o tratamento não convencional, a disponibilidade e acesso às práticas, as relações de gênero e de classe social, além da relação com o profissional de saúde sobre o uso das terapias não biomédicas; e, por fim,
- 7) Questões inter-profissionais – que buscaram analisar como os pacientes percebem a relação entre os profissionais de MT/MAC e os profissionais de saúde, além de serem inquiridos sobre uma possível inserção dessas terapias não convencionais no Sistema Único de Saúde.

As perguntas formuladas para cada grupo de questões primaram pelo detalhamento das experiências cotidianas vivenciadas pelos entrevistados. A estratégia de realizar entrevistas semiestruturadas em profundidade permite que o entrevistado tenha autonomia de expressão, que obviamente deve ser relativizado pelos limites temáticos estabelecidos. Contudo, o relato oral é, em certa medida, flexível, sensível, estando o pesquisador sempre atento aos imponderáveis do processo da pesquisa qualitativa.

Para a análise proposta na presente Tese focalizaremos as entrevistas mais representativas dos serviços público e privado de saúde, com especial atenção para as informações apresentadas nos aspectos demográficos e socioeconômico, o que nos permitirá analisar a “localização social” desses pacientes, assim como o sexto grupo de questões do roteiro de entrevistas, relacionado às percepções dos entrevistados sobre os tratamentos não convencionais e suas relações de gênero e classe.

Tomaremos a fala dos entrevistados como discurso segundo perspectiva de Foucault em seu livro “A ordem do discurso” (original 1971, edição 2010), aula inaugural no Collège de France ministrada em 1970. Para o autor, os discursos dos

sujeitos na sociedade sofrem influências das regras sociais, institucionais e detentoras do saber, que por sua vez, garantem os discursos, o poder de ser aceito como verdadeiro:

“(…) o discurso – como a psicanálise nos mostrou - não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (Foucault, 2010: 10).

Nesse sentido, o discurso funciona, em certa medida, como sistema de exclusão, sendo capaz de produzir processos de diferenciação, levando-se em conta evidentemente o sujeito falante como *“princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência”* (Foucault, 2010: 26). Sobre o aspecto específico da diferenciação, para Foucault, o sujeito que fala insere-se na ordem do discurso somente se satisfizer certas exigências e se for qualificado para fazê-lo.

Mais precisamente: nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis; algumas são altamente proibidas (diferenciadas e diferenciantes), enquanto outras parecem quase abertas a todos os ventos e postas, sem restrição prévia, à disposição de cada sujeito que fala. (Foucault, 2010: 37)

São quatro os princípios que, segundo Foucault devem ser levados em consideração quando analisamos discursos:

- 1) o primeiro princípio refere-se a *inversão* – os papéis vistos como recorrentemente positivos do autor, da disciplina, da vontade da verdade devem ser reconhecidos como um jogo negativo de um recorte e de uma rarefação do discurso;

- 2) o princípio da *descontinuidade* – por meio do qual os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que por vezes se cruzam mas também se ignoram ou se excluem; o terceiro princípio,
- 3) o da *especificidade* – que diz respeito à necessidade de não transformar o discurso em um jogo de significações prévias; e, por fim, o quarto princípio,
- 4) o da *exterioridade* – a partir do próprio discurso, da sua aparição e de sua regularidade, compreender as suas condições externas de possibilidade, e não o contrário.

As entrevistas são, enfim, unidades de análise que ao serem justapostas guiarão todo o processo de discussão teórica acerca do conceito de diferenciação social, a partir da escolha terapêutica pela MT/MAC, além dos outros conceitos que surgiram ao longo do processo analítico. Ainda seguindo Foucault:

Em todo caso, uma coisa ao menos deve ser sublinhada: a análise do discurso, assim entendida, não desvenda a universalidade de um sentido; ela mostra à luz do dia o jogo da rarefação imposta, com um poder fundamental de afirmação. Rarefação e afirmação, rarefação, enfim, da afirmação e não generosidade contínua do sentido, e não monarquia do significante. (Foucault, 2010: 70)

Pretende-se demonstrar com esse material, as especificidades das características sociais dos entrevistados, visando reunir os elementos necessários para pensarmos as trajetórias terapêuticas desses indivíduos, compreendidas aqui como tributárias de suas experiências de vida e de seu pertencimento social, que articulam seus *habitus* no campo específico da saúde por meio da produção de discursos.

* * *

A investigação qualitativa de relações sociais geralmente geram informações que devem ser codificadas, analisadas e interpretadas. Codificar significa que as informações geradas pelo pesquisador devem ser colocadas de uma maneira que faça com que a análise seja possível. Dessa maneira, uma vez que o dado foi codificado, ele pode ser analisado. Para esta pesquisa, os seguintes passos foram levados em conta:

Quadro 1 – Passos para análise dos dados

PASSOS	TAREFAS
1. Encontrar o que é significativo	Leia o dado, procure por frases significantes, faça anotações sobre impressões iniciais
2. “Load your mind”	Leia e releia os dados – procure por padrões, relações e repetições – identifique aspectos comuns entre indivíduos e condições no estudo. Também identifique situações não usuais e comuns.
3. Estabelecer categorias iniciais	Faça uma lista de codificações iniciais das categorias e use esta lista na análise dos dados.
4. Checar a consistência do título com o material codificado	Cheque se os títulos dados por você às codificações iniciais possuem o mesmo significado dos segmentos que você inicialmente codificou.
5. Ajustar os títulos dos códigos para ajustar melhor os dados	Combinar e renomear os nomes dos códigos a fim de ajustar os dados sobre a releitura.
6. Recodificar até um nível interpretativo	Identificar temas, links casuais – um software pode ajudar a encontrar <i>codenames</i> recorrentes para auxiliar na identificação de padrões na codificação inicial.
7. Desenvolver e teste hipóteses	Desenvolva hipóteses de trabalho acerca dos padrões que se retem – teste esses padrões com outros dados – desenvolva princípios e explicações – A proposta explicativa está adequada a outros dados?
8. Desenvolver e teste hipóteses descritivas	Reúna os melhores exemplos para esta tipologia e descreva as características comuns – Existem casos na sua amostra que não se adequem a essa tipologia? Qualquer tipo de modificação dessa descrição inicial permite a inclusão dos dados que ficaram de fora? Caso contrário, esses são novos tipos. Continue até que não haja mais novos tipos.

9. Considerar a possibilidade de construir gráficos para examinar as relações entre as categorias

Este procedimento pode revelar hierarquias nas categorias ou talvez destacar fraquezas na estruturação das categorias.

10. Criar definições explícitas para cada categoria

Crie um livro de categorias (Code Book) – inclua exemplos de parte das entrevistas para cada categoria. Esta atividade possibilita o refinamento do processo de codificação.

➤ *Caracterização dos Sujeitos de Pesquisa*

Os sujeitos desta pesquisa foram selecionados a partir da pesquisa de cooperação internacional citada anteriormente. A amostra constitui-se por pacientes atendidos em serviços alopáticos e encontram-se em situação de adoecimento crônico. Sendo assim, esta é uma amostra de conveniência a partir deste contexto.

Os dados obtidos da amostra de 80 pacientes mostram que os entrevistados possuem, em sua maioria, idades que variam entre 51 a 70 anos (n=50), sendo que 67% (n=54) da amostra é composta por mulheres e 55 entrevistados são casados. A cor/etnia é auto-referida e 60 pacientes relatam ser brancos. Quanto à religião professada, a religião católica é a mais prevalente entre os entrevistados, correspondendo a 46 pacientes entrevistados, embora seja importante ressaltar a importância dos evangélicos e espíritas na conformação desta amostra e das escolhas pelas práticas terapêuticas.

No que se refere ao gênero, é importante contextualizarmos o dado que aprece nesta pesquisa. O fato de a maioria dos entrevistados serem mulheres está relacionado diretamente com evidências que comprovam: a) as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência do que os homens; b) é bem maior o número de mulheres

que utilizam as medicinas não convencionais, tais como tratamentos tradicionais e as medicinas alternativas e complementares (Spadacio, 2008).

Os dados referentes ao grau de escolaridade e renda mensal familiar também são bastante interessantes. A escolaridade foi definida em categorias de séries completas de estudo: sem instrução; educação básica (um a quatro anos); ensino fundamental (cinco a oito anos de estudo); ensino médio (nove a 11 anos); ensino superior – graduação e pós-graduação (acima de 15 anos de estudo). A renda familiar mensal tem como referência o Salário Mínimo do ano de 2011, no valor de R\$ 545,00. As frações de valores de renda estão distribuídas em Quartis.

Em relação ao grau de escolaridade, há uma grande concentração de entrevistados alocados em dois grupos: no grupo dos pacientes que possuem educação básica e ensino fundamental (n=30); e outro grupo que possui Graduação (n=22). Tal concentração em dois grupos também pode ser percebida quando analisamos a distribuição da renda familiar mensal: 25 entrevistados possuem renda entre um e três salários mínimos, enquanto que 15 entrevistados possuem renda familiar mensal superior a 15 salários mínimos (aproximadamente R\$ 8.000,00).

Segue a Tabela com a sistematização dos dados citados anteriormente e que permitem visualizar melhor o perfil socioeconômico desses pacientes entrevistados.

Tabela 1: Perfil socioeconômico dos pacientes entrevistados

Variável	Pacientes Entrevistados		
	F	%	
Sexo	Masculino	26	33
	Feminino	54	67
Idade	< 30 anos	3	3,7
	30 a 39 anos	0	0
	40 a 49 anos	8	10
	50 a 59 anos	24	30
	60 a 69 anos	26	32,5
	70 a 79 anos	11	13,7
	80 a 90 anos	5	6,2
	Não informado	3	3,7
Estado Civil	Solteiro	5	6,2
	Casado	55	68,7
	Divorciado	5	6,2
	União estável	4	5
	Viúvo	9	11,2
	Não informado	2	2,5
Etnia (por auto definição)	Branca	60	75
	Negra	11	13,7
	Morena	2	2,5
	Parda	1	1,2
	Não informado	6	7,5
Religião	Católica	46	57,5
	Evangélica	13	16,2
	Espírita	7	8,7
	Outras	4	5
	Ateia	2	2,5
	Não informado	8	10
Anos de estudo	Não estudou	2	2,5
	1 a 4 anos	16	20
	5 a 8 anos	14	17,5
	9 a 14 anos	12	15
	12 a 15 anos	19	23,7
	Mais de 15 anos	6	7,5
	Não informado	11	13,7
Renda familiar mensal (em reais)	Não sabe/Não quis responder	15	18,7
	< que 1 SM	0	0

Entre 1 e 3 SM	25	31,2
Entre 3 e 5 SM	9	11,2
Entre 5 e 7 SM	2	2,5
Entre 7 e 9 SM	2	2,5
Entre 9 e 11SM	7	8,7
Entre 11 e 13 SM	5	6,2
Entre 13 e 15 SM	0	0
Mais de 15 SM	15	18,7

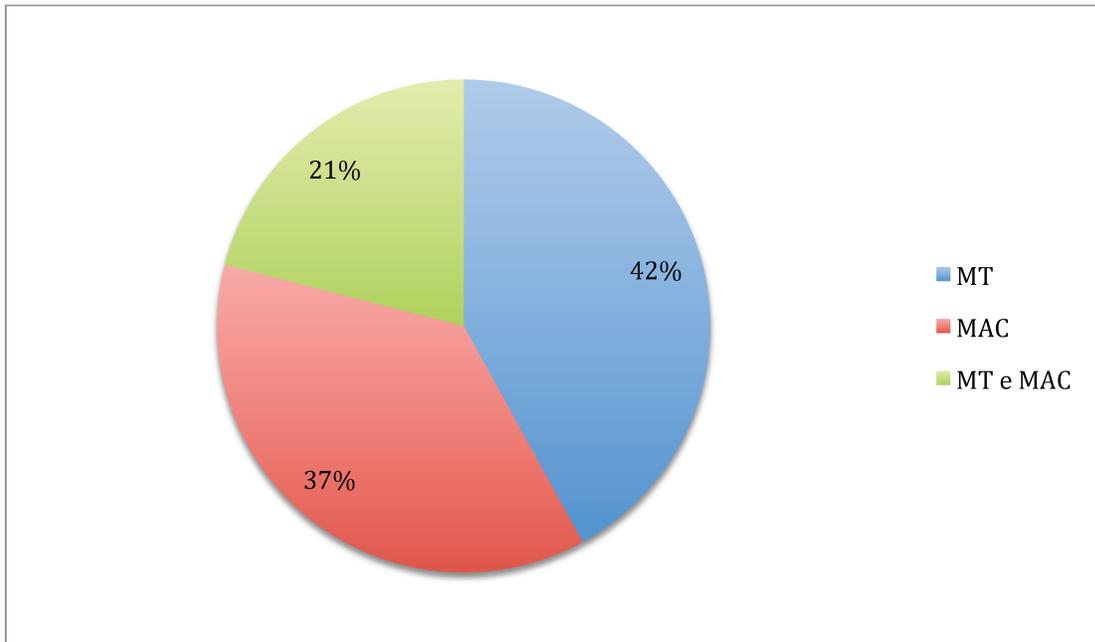
Fonte: Pesquisa própria

Acredito que essa polarização em dois grupos, evidenciado nos dados e representados pelo baixo grau de escolaridade, por um lado, e alto grau de escolaridade, por outro, no caso dos anos de estudo; e os com baixa renda e alta renda mensal familiar só reforça as inúmeras teses e estudos que comprovam as desigualdades sociais no Brasil. Tais disparidades também são determinantes para a escolha do tipo de tratamento não convencional por parte dos sujeitos, como veremos mais adiante.

Quanto ao tipo de tratamento não convencional utilizado, as diversas terapêuticas foram agrupadas da seguinte maneira: pacientes que utilizam somente MT (predominância na utilização de chás); os que utilizam somente MAC (as terapias mais recorrentes são acupuntura e homeopatia); pacientes que utilizam concomitantemente MT e MAC. Assim, da amostra de 80 pacientes, 34 entrevistados relatam utilizar somente MT; 29 utilizam somente MAC; e, 17 entrevistados alegam utilizar MT e MAC ao mesmo tempo.

Segue o gráfico ilustrativo:

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes por tratamentos não convencionais utilizados



Tendo em mente o perfil geral da amostra apresentada anteriormente, o grupo dos pacientes que utilizam *somente MT* é caracterizado por pessoas que, em sua maioria, são atendidos pela rede pública de saúde e não possuem planos de saúde. São predominantemente mulheres (aqui a diferença de sexo apresenta-se extremamente significativa), com idades entre 50 a 80 anos. Professam a religião católica, seguida da evangélica. Relatam cor/etnia branca em sua maioria, aparecendo uma minoria negra, o que não acontece nos outros segmentos. Os entrevistados são em sua maioria casados, com ensino fundamental e médio e renda familiar mensal mais concentrada na faixa entre um e cinco salários mínimos.

Pessoas que utilizam *somente MAC* estão, em sua maioria, nos serviços privados de saúde e possuem plano de saúde. São predominantemente brancos, com mais de 50 anos, são casados e professam a religião católica. O grau de escolaridade é

predominantemente composto por ensino superior e pós-graduação, além de possuírem em sua maioria alta renda familiar mensal, acima de 13 salários mínimos.

Embora diverso dos dois perfis apresentados anteriormente, o perfil do paciente que *utiliza MT e MAC* concomitantemente aproxima-se mais dos pacientes que somente utilizam MAC. São em sua maioria mulheres, entre 50 a 60 anos, brancos, católicos e casados. Em relação ao grau de escolaridade, não há uma predominância por faixa específica, estando bem distribuídos nos diferentes grupos. As semelhanças com os pacientes que somente utilizam MAC deve-se ao fato de possuírem em sua maioria, renda mensal familiar acima de 15 salários mínimos, serem usuários dos serviços privados de saúde e possuírem plano de saúde.

Assim, quando pensamos na questão das desigualdades sociais no consumo de serviços de saúde, devemos levar em conta a diferença no padrão de uso das medicações não convencionais, além da importância das características socioeconômicas neste consumo. Ressalta-se, portanto, a necessidade de melhor especificação dos modelos de utilização das MT e MAC com relação às dimensões sociais destes sujeitos.

Com este trabalho pretendemos contribuir para a melhor compreensão das desigualdades sociais no contexto da saúde no Brasil, atentando para os processos simbólicos de diferenciação social entre grupos de pacientes que utilizam terapias não convencionais junto com o tratamento biomédico.

➤ *Organização da tese*

A tese está estruturada em duas partes principais e uma conclusão. A Parte I – *Contextualização e apresentação de conceitos* é composta por três capítulos: o Capítulo

I – *Relações e dissensões entre as Medicinas Tradicionais, Alternativas e Complementares e o modelo biomédico: o cenário brasileiro*; o Capítulo II – *Terapêuticas não biomédicas no sistema público de saúde brasileiro e práticas de consumo em saúde*; e o Capítulo III – *Referencial Teórico: Pierre Bourdieu*. Com esses três capítulos pretende-se iniciar a discussão teórica e desenvolver os principais conceitos que serão utilizados ao longo do trabalho, situando a perspectiva teórico-analítica que guiará a Tese.

A Parte II – *Evidenciando processos empíricos de diferenciação social* refere-se ao desenvolvimento empírico do estudo, composta por quatro capítulos: o Capítulo IV – *As Medicinas Tradicionais*; o Capítulo V – *Medicinas Alternativas e Complementares*; o Capítulo VI – *O uso concomitante de MT e MAC*; e o Capítulo VII – *O campo das MT/MAC e os diversos capitais*. Esses quatro capítulos empíricos fazem parte do constructo dessa tese que visa dividir os entrevistados em três grupos para análise, além de uma síntese que sistematiza todos os elementos trazidos pela pesquisa de campo.

A Conclusão encerra esse trabalho, com vistas a realizar tanto uma articulação sucinta de tudo o que foi discutido ao longo da tese, quanto para propor outras questões e potencialidades de novos estudos a partir das questões apresentadas no presente trabalho.

Nos anexos, além do Roteiro de Entrevistas utilizado na pesquisa de campo com os pacientes e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, insiro os dois artigos e um capítulo de livro que foram produzidos durante o processo de trabalho de doutorado. É preciso ressaltar que os dois capítulos publicados foram elaborados pelos pesquisadores que desenvolveram o projeto *Indigenous and international non biomedical treatments for*

diabetes in Brazil: an exploratory study in social context, do qual tomei parte durante o processo de trabalho do doutorado.

O primeiro artigo, publicado em 2010 na Revista Cadernos de Saúde Pública intitulado ***Medicinas Alternativas e Complementares: Uma Metassíntese*** (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(1): 7-13, jan 2010), teve como objetivo a experimentação de uma metodologia de análise da literatura de estudos qualitativos, a metassíntese, a fim de situar o objeto de pesquisa e dar subsídios para a escolha dos conceitos e da perspectiva teórica que seria utilizada no trabalho.

O segundo artigo, o qual sou terceira autora, foi publicado em 2011 em parceria com outros pesquisadores, a nos auxiliou a aprofundar as discussões acerca do adoecimento crônico, especialmente o DM tipo 2 – ***Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura*** (Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 15(33): 257-73, jan/mar. 2011).

O capítulo intitulado ***Ricos tratam-se com medicina alternativa e complementar e pobres com medicina tradicional: o uso de práticas não convencionais por mulheres em tratamento do câncer de mama*** foi publicado em 2011 no livro organizado por Silva et.al. “Saúde da mulher na diversidade do cuidado na atenção básica”, pela Editora Hucitec, São Paulo.

Por fim, será apresentado um simples compêndio de receitas de chás tradicionais do Brasil que foram ensinadas pelos pacientes durante as entrevistas. Uma pequena homenagem!

PARTE I

Contextualização e Apresentação de Conceitos



Fotos tiradas no British Museum e no Science Museum em Londres, Inglaterra
(Agosto 2011)

– CAPÍTULO I –

Relações e dissensões entre as Medicinas Tradicionais, as Medicinas Alternativas e Complementares e o Modelo Biomédico



Honolulu, 1870. Nyuk Tsin, a criada chinesa do dr. Whipple – um médico americano que chegara ao Havái em 1820 com a primeira missão protestante enviada às ilhas – estava preocupada. A pequena ferida que aparecera na perna direita de Mun Ki, seu marido e cozinheiro da casa, não cedia aos tratamentos com ervas que ela vinha aplicando há algumas semanas. À noite, quando o médico voltou pra casa, ela disse: Mun Ki machucou perna, senhora ajuda – e pediu-lhe um remédio. O dr. Whipple conhecia bem essa estranha irritação que às vezes aparecia na perna dos que trabalhavam no lado das plantações de taro – uma raiz tropical muito apreciada pelos chineses como alimento depois de fervida. Deu à mulher um pequeno pote de unguento, mas no mesmo instante pensou: “Estou ficando descuidado depois de velho. Eu devia ter ido examinar a perna desse homem”. Meses depois ele iria lamentar sua negligência.

Nyuk Tsin aplicou o unguento na perna do marido e, como havia previsto, a irritação desapareceu em alguns dias, e ele continuou seu trabalho como cozinheiro. Mas, pouco tempo depois, voltou a sentir uma estranha sensação, agora também na perna esquerda. Mais uma vez pareceu evidente a Mun Ki que médicos americanos entendiam muito pouco do corpo humano. À noite, quando ninguém podia observá-lo, a não ser a mulher, tomou uma infusão feita com ervas chinesas. O remédio deu resultado e a irritação desapareceu. Mun Ki ficou feliz e prometeu a si mesmo não voltar a consultar o dr. Whipple.

Mas em julho apareceu uma nova ferida no dedão do pé direito que não respondia à medicação chinesa tradicional. Quando mostrou à sua mulher, ela ponderou: Experimente a pomada do doutor. – Embora achasse que aquilo era tolice, permitiu que a mulher lhe aplicasse o unguento no dedo. Para confusão de Mun Ki, a ferida cicatrizou completamente. Ele estava perplexo. – Veja bem! – disse para a esposa. – Esta medicina dos brancos não cura nada. Na semana que vem a ferida vai voltar outra vez.

E, para sua satisfação, ele estava certo. A ferida reapareceu, pior do que antes. Tomou mais chá de ervas chinesas e a ferida melhorou um pouco, mas agora aparecera uma terrível irritação que logo em seguida passou para o pé esquerdo. Então, apavorado, viu uma pequena lesão abrir no dedão esquerdo. Não disse nada para o dr. Whipple, mas não pôde esconder de sua mulher o que estava acontecendo.

Nyuk Tsin nunca conseguiu lembrar, anos depois, a terrível e impronunciável palavra que passou pela cabeça dela e do marido, mas recordava-se do pavor que ambos experimentavam naqueles dias. Até que, numa manhã, ao ver o marido arranhar as pernas, segurou suas mãos e disse: - Pai Wu Chow, tenho que ir ao médico chinês. – Ele afastou seus olhos do dela e, olhando para o forro, finalmente concordou: - É melhor procurá-lo.

Este trecho é parte de uma narrativa retirada do famoso romance épico *Havaí*⁵, de James Michener, escrito em 1959 e adaptado por Tronca (2000) em seu livro *As Máscaras do Medo - LEPR/AIDS*. Nesse extrato evidenciam-se as possíveis relações entre diversos saberes e práticas utilizadas para cura e alívio da dor física. É

⁵ Do original *Hawaii*, este é um romance de James Michener publicado em 1959. Escrito em formato épico, o livro narra a história dos havaianos nativos que navegaram para as ilhas de Bora Bora, dos primeiros missionários americanos e comerciantes, além dos imigrantes chineses e japoneses que viajavam para trabalhar e encontrar fortunas no Havaí. A novela conta a história das ilhas havaianas desde a sua criação até o momento em que se torna um estado dos Estados Unidos. Essa história, contudo, é contada a partir do ponto de vista de pessoas selecionadas para representar seus grupos étnicos e culturais no romance. Cada sessão explora as experiências destes diferentes grupos de recém-chegados. Os pontos de vista mudam em cada capítulo, porém, quando o romance se aproxima do fim, a mudança desses pontos de vista se fundem rapidamente culminando com o “Homem de Ouro”, que Michener descreve como o resultado cultural e racial de milênios de imigração para as ilhas.

perceptível, por um lado, o saber tradicional, que faz parte de um conhecimento cultural específico; e de outro, o saber médico ocidental, que foi se legitimando durante séculos juntamente com o saber científico.

Dizer das variadas práticas terapêuticas utilizadas pelas pessoas e da maneira como elas lidam com o binômio saúde-doença é dizer tanto de seu lugar social, de suas origens culturais e *habitus*, quanto da relação que foi se estabelecendo historicamente entre sociedades distintas, como no caso exemplar do Brasil, cuja configuração social se deu por meio do contato entre povos tradicionais indígenas, imigrantes (europeus e asiáticos) e africanos trazidos para o país como escravos.

Dentre as várias possibilidades terapêuticas, Helman (2003) sistematiza três setores assistenciais à saúde que conformam essas redes terapêuticas. São os setores: informal, popular e profissional. Esses três setores estão sobrepostos e interligados na assistência à saúde. Segundo o autor: *“Em geral, as pessoas em saúde movimentam-se livremente entre o setor informal e os outros setores, indo e vindo, muitas vezes utilizando todos os três setores de uma só vez, especialmente quando o tratamento em um setor não tem sucesso em aliviar o desconforto físico ou emocional”* (Helman, 2003: 75). Segue uma breve caracterização dos três setores:

- 1) Setor informal – corresponde ao domínio leigo, não especializado da sociedade, incluindo todas as opções terapêuticas as quais as pessoas recorrem sem um tipo de remuneração e sem consultas a provedores tradicionais ou praticantes da medicina. As principais arenas desse setor são a família e as redes de sociabilidade articuladas;

- 2) Setor popular (folk) – encontra-se em uma posição intermediária entre os setores informal e profissional, no qual determinados indivíduos se especializam em formas de cura sagradas ou seculares ou em uma mistura de ambas. Esse setor é representado pelos curandeiros tradicionais;
- 3) Setor profissional – refere-se a profissões da saúde que são organizadas e sancionadas legalmente, tendo sua base no setor profissional, como é o caso da medicina científica ocidental.

Embora cada setor de assistência à saúde, o informal, o popular e o profissional possua suas particularidades e posições sociais definidas socialmente no cuidado em saúde é importante reconhecermos que o “processo de cura” que perpassa esses segmentos possuem uma mesma lógica simbólica que legitima sua existência, como demonstrado por Lévi-Strauss (1967) no texto: *“O feiticeiro e sua Magia”*.

Fazer parte de um sistema simbólico de interpretação, como no caso das práticas mágicas e, podemos inferir também as práticas médicas, implica apresentar, segundo o autor, três aspectos que se complementam e que fazem sentido socialmente: a crença do feiticeiro (médico ou outro curador) na eficácia de suas técnicas – plausibilidade do sistema; crença do doente que ele cura, graças ao poder do próprio feiticeiro/médico; confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam a cada instante um campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre os capazes de curar (feiticeiros, médicos e curadores) e aqueles que ele enfeitiça.

No caso dos sistemas médicos, suas práticas também fazem parte de significados do ponto de vista social. O médico é aquele que é socialmente legitimado para fazer a ‘tradução’ sócio-cultural coletiva da realidade subjetiva e biofísica da doença

(Gallois, 1991). Existe, assim, uma linguagem específica que serve para dar tradução, socialmente autorizada, de fenômenos cuja natureza profunda ter-se-ia tornado igualmente impenetrável para o grupo, para doente e para o médico.

Essa experiência de construção da realidade feita de procedimentos e de representações, apoiado no tripé esboçado acima – xamã (médico)/ doente/ público – é o que o Lévi-Strauss chama de complexo xamanístico, sendo tais elementos indissociáveis. É importante ressaltar que esses elementos se organizam, por um lado, pela experiência íntima do xamã, e por outro, pelo consenso coletivo. Tais representações estão pautadas, dessa forma, na relação entre um indivíduo e um grupo, ou melhor, entre um tipo de indivíduo (que é reconhecido socialmente) e certas exigências específicas do grupo. Essa relação, segundo o autor, pode ser colocada tomando-se um outro ponto de vista: o da relação entre os pensamentos normal e patológico.

Assim, as construções de categorias de saúde e doença são previamente pautadas. Neste sentido, seguindo Mary Douglas (1976), o grau de organização e de estabilidade de uma sociedade reflete o nível de consenso e legitimidade alcançado pela ordenação e hierarquização de experiências, puras (saúde) ou impuras (doença), em si mesmas não unitárias, inerentemente desordenadas. Tais classificações simbólicas são atribuídas a práticas sociais e situações que fazem sentido para o sistema social estabelecido e legitimam uma determinada ordem hierárquica.

Para Lévi-Strauss, em toda perspectiva não científica (e nenhuma sociedade pode se vangloriar de não participar dela de nenhum modo), pensamento patológico (dispõem de uma pletora de significantes) e pensamento normal (carência de

significados) não se opõem, eles se complementam: pensamento normal requer sentido às coisas, o pensamento patológico extravasa de representações e ressonâncias afetivas.

Assim, a desordem deve ser ligeiramente padronizada, pois a sociedade necessita reorganizar rapidamente as suas classificações (estabelecendo novos padrões) a fim de não causar desconfiâncias internas (Douglas, 1976). Esse argumento também é perceptível na perspectiva de Laplatine:

(...) em uma sociedade que considera a doença como uma aberração que deve ser destruída, o escritor frequentemente se questiona – por caminhos que nada ficam a dever à crítica social ou psicanalítica – quanto ao sentido da doença e procura captar, decifrar e exprimir esse sentido por meio de uma estética que lhe é própria (Laplatine, 1991:28).

No trabalho clássico “O Normal e o Patológico”, de Georges Canguilhem, publicado primeiramente em 1943 em formato de tese, o autor explora essa questão dicotômica entre o que é socialmente considerado “normal” e “patológico” e a contextualiza historicamente, analisando o processo social ocidental de como a medicina estabelece o seu conceito de normalidade.

A identidade real dos fenômenos vitais normais e patológicos, aparentemente tão diferentes e aos quais a experiência humana atribui valores opostos, tornou-se, durante o século XIX, uma espécie de dogma, cientificamente garantido, cuja extensão no campo da filosofia e da psicologia parecia determinada pela autoridade que os biólogos e os médicos lhe reconheciam (Canguilhem, 2008:13).

Enfim, a relação entre o sistema etiológico e os demais aspectos sócio-culturais depende do conjunto de crenças sobre as causas da doença, que perpetuamente se atualizam através de novas experiências patológicas. Este sistema de representações constitui, enfim, o quadro de referência básico no qual deve ser compreendido o sistema etiológico que vigora no presente de cada sociedade.

Assim, as doenças e suas curas podem ser interpretadas, dentro de um contexto sócio-cultural específico, pois fazem parte de sistemas de representações. Seguindo Ianni (2004): “*A história de cada doença é dependente da história de todas as doenças, da história natural e dos homens*”. (Ianni, 2004: 34)

No caso das sociedades ocidentais, por aproximadamente 200 anos, as ideias dominantes e legitimadas sobre medicina têm se expressado por meio do modelo biomédico de saúde. Barros (2003) apresenta a história da medicina como uma grande narrativa, na qual a prática médica tem seu início com o empirismo, cujas noções de cuidado e prevenção são originárias das observações cotidianas.

Posterior a esse momento no qual impera o empirismo, emerge a medicina mágico-religiosa, que tem na figura do xamã um expoente. Nesse modelo explicativo mágico-religioso configura-se o primeiro modelo racional de explicação. A ruptura com essa perspectiva se dá com a medicina hipocrática, “*com a introdução de técnicas observacionais e o estudo dos sintomas (uma semiologia)*” (Barros, 2003: 53), iniciando um modelo científico para a medicina, que persistira por mais de 15 séculos.

Assim o projeto teocêntrico, pertencente ao período da Idade Média, cede espaço para o projeto antropocêntrico, que culmina com paradigma da Modernidade, passando pelo Iluminismo e o Renascimento, e que surge entre o século XVI e os finais do século XVIII:

O fundamental aqui é registrar que esse processo aproxima a medicina do campo das ciências, que se vem constituindo desde a Renascença no Ocidente como uma ruptura com a Episteme teocêntrica da alta Idade Média, e representa um passo fundamental para a estruturação deste mesmo campo ao tomar o homem como

objeto das disciplinas científica, não um homem transcendente, um homem-corpo, um homem sede de doenças. (Camargo, 2003: 50).

* * *

Tomando como ponto de partida as ideias esboçadas acima, que nos permitem compreender os esquemas sociais de práticas de cura, o presente capítulo tem como objetivo discutir as aproximações e divergências entre os modelos tradicionais, alternativos e complementares e biomédico levando em conta uma perspectiva histórica e epistemológica em um recorte apropriado para o presente trabalho.

A hipótese que sustenta a construção desse capítulo é a de que a maneira como essas terapêuticas se relacionam historicamente nos diz muito da forma como são apropriadas pelas pessoas em suas realidades sociais específicas. É preciso ressaltar, contudo, que não cabe neste trabalho o que Canguilhem chama de “*juízo normativo sobre a atividade médica*” (Canguilhem, 2008: 07), mas sim uma tentativa de compreender sua relação com outros conhecimentos humanos.

A primeira parte do capítulo refere-se a uma discussão sobre como a medicina moderna ocidental foi construída historicamente culminando com o modelo biomédico de cuidado. Evidentemente que este não é um estudo histórico, a perspectiva histórica aqui adotada é para que o processo se torne mais inteligível e passível de comparação com os modelos não biomédicos de cuidado que são o foco central desse trabalho.

A segunda parte traz a tona discussões sobre as terapêuticas não biomédicas, com foco principal para o que vamos chamar de Medicina Tradicional brasileira, mas que

muitos autores denominam de Medicina Popular, além de analisar a lógica das racionalidades das Medicinas Alternativas e Complementares e finalizando com o atual conceito de Medicina Integrativa que, embora não seja um conceito adotado na Tese, é um tópico que merece atenção nas construções conceituais das terapêuticas não biomédicas para o campo da Saúde Coletiva.

➤ *A construção da medicina moderna ocidental no contexto científico*

“Pedir à arte o que não é da arte e à natureza o que não é da natureza é ser ignorante, e de uma ignorância que resulta mais da loucura do que da falta de instrução” (Da Arte).

Não é de hoje o desafio de entender as relações da ciência com a cultura, da ciência com a sociedade, da ciência com os problemas éticos e filosóficos; enfim, da ciência com “a realidade”. É fato que a ciência adquire, no cenário moderno, uma evidente posição de saber dominante (Japiassu, 1991), em detrimento de outros saberes, de outras racionalidades que existem e são efetivos enquanto práticas sociais.

Tal notoriedade da Ciência é fruto de um processo histórico, uma vez que, segundo Japiassu, “(...) a superioridade teórica e prática dos conhecimentos científicos passa a construir um fato adquirido” (Japiassu, 1991:08). Dessa maneira, configura-se a primazia dos fatos pelos fatos, da objetividade pela objetividade, sempre calcados no ‘método experimental’ que desprezam, a grosso modo, a opinião e a subjetividade⁶.

⁶ É interessante assinar que para Foucault, um notório estudioso das questões sociais e em especial da saúde, essa não é uma discussão crucial em seu trabalho: “Eu não pergunto o que é conhecer. Meu problema não é saber se os discursos científicos são verdadeiros ou não, se é preciso considerá-los como correntes ou somente cómodos, se eles são a expressão de uma realidade terrível. Isso tudo não é uma questão minha. Eu diria que é preciso fazer uma história das problematizações, quer dizer, a história da

De acordo com Foucault (2010), é evidente que a história não se restringe a compreender os acontecimentos por um simples *“jogo de causas e efeitos na unidade uniforme de um grande devir, vagamente homogêneo ou rigidamente hierarquizado; mas não é para reencontrar estruturas anteriores, estranhas, hostis ao acontecimento”* (Foucault, 2010: 56). Mas sim para estabelecer séries diversas, superpostas e entrecruzadas, a fim de circunscrever o que o autor chama de “lugar do acontecimento”, enfim, as condições de aparição de um determinado fenômeno ou acontecimento.

Dessa forma, a história não é percebida aqui como um conjunto de eventos estanques que se sucedem em uma linha de tempo linear, mas sim, como sugerem Braga et.al. (2003) a partir de *“problemas cruciais que geraram discussões de peso para a consolidação de uma nova forma de construção de conhecimentos”* (Braga, 2003: 14). Não se trata, contudo, de olhar o passado e o processo histórico somente pela ótica das teorias vitoriosas, o que nos faz perceber o passado como se só existisse um único caminho possível a ser seguido, desconsiderando as “teorias não vitoriosas” ou pior, anulando-as da História.

Não é possível, dessa maneira, compreender o processo de constituição da medicina ocidental que culmina com o modelo biomédico sem perceber o importante movimento de construção do pensamento ocidental e da própria ciência moderna. Assim, dos processos sociais anteriores à Idade Média até os dias de hoje percebe-se uma efervescência de diversos saberes que disputavam e ainda disputam posição hegemônica no campo social.

maneira pela qual as coisas produzem problemas”. Essa é uma postura que se busca neste trabalho, dispensando o julgamento de valor entre o que é verdadeiro ou falso para problematizar como algumas práticas sociais passam a ser legitimadas e adquirem um status de ‘verdade’.

Segundo Camargo (2003), há várias maneiras de se traçar a trajetória histórica e social da Medicina no Ocidente. Este autor, em seu trabalho *“Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica”* adota a perspectiva de Michel Foucault, *“situando as origens da medicina contemporânea na operação lógica que, a partir da morte, dá uma essência à doença, a partir da perspectiva lesional”* (Camargo, 2003: 49). Isso ocorre, pois, segundo Foucault, até a metade do século XV, ou mesmo um pouco depois, o tema da morte impera praticamente sozinho em nossa sociedade ocidental. O fim do homem, o fim dos tempos assume o rosto das pestes e das guerras. Sendo assim, o que domina a existência humana nesse momento histórico é este fim a esta ordem à qual nenhum homem escapa. Essa percepção começa a se modificar com o advento da loucura, cujo desatino substituí a morte e a seriedade que a acompanha.

Desde o século XVIII, de acordo Foucault, a vida biológica e a saúde tornaram-se alvos de um poder sobre a vida que enfatizava principalmente as noções de sexualidade, raça e degeneração, cujo objetivo era a otimização da qualidade biológica das populações, num processo de “estatização do biológico” (Ortega, 2004):

Ela (a biopolítica) estava historicamente vinculada à constituição e ao fortalecimento do Estado nacional, à afirmação da burguesia, assim como à formação de um dispositivo médico-jurídico visando à medicalização e à normalização da sociedade (Foucault apud Ortega, 2004: 10).

Juntamente a este contexto, no século XVIII a medicina ainda era sintomatológica e com uma nosologia explicitamente dedicadas às classificações dos naturalistas. Segundo Canguilhem:

A etiologia médica dispersou-se na constituição de sistemas, rejuvenescendo as velhas doutrinas do humorismo e do solidismo, quer por referência às novas experiências ou novos conceitos da física

(atração, galvanismo), ou pelo contrário, por oposição metafísica às assimilações mecanicistas. A terapêutica oscilou entre o ecletismo céptico e o dogmatismo obstinado, mas sem qualquer fundamento além do empirismo. (Canguilhem, 1977: 52/53)

Assim, para Canguilhem, o século XIX foi revolucionário, tanto na sua perspectiva teórica quanto terapêuticas, principalmente no que se refere à descoberta do fenômeno da imunidade pelos agressores das investigações microbiológica iniciadas por Pasteur e Kock e, posteriormente, em 1870, pelo advento da quimioterapia concedida por P. Erlich. (Ferreria, 1993)

O pensamento científico, de maneira geral, é um dos elementos constitutivos da biopolítica, na medida em que substitui a opinião pela verdade:

No discurso biopolítico os grupos auto definidos determinam também as condições às contribuições dos outros. Um discurso que ‘desmascara’ os outros discursos, que trata com desconfiança o diferente, não é em realidade público. Todas as raças e ambos os sexos encontram aqui sua própria verdade; e quanto mais poderosos são seus *lobbies* mais enfaticamente tentam proclamar sua verdade como incontestável e absoluta. As opiniões divergentes não são aceitas, e as opiniões contrárias não são ouvidas (Heller, 1995 apud Ortega, 2004: 13).

Assim, segundo Barros (2003), a medicina que se desenvolve no interior desse paradigma da modernidade tem características fundamentais que impulsionam o que vem a ser o modelo biomédico. Nesse sentido, o contexto moderno atual afirma o campo da ciência como o local social de atribuição de fidedignidade e de veracidade (Giddens, 1991). O paradigma biomédico foi, assim, historicamente construído na premissa de que toda doença tem uma origem patogênica específica, cujo tratamento pode ser acompanhado pelo controle ou remoção da causa, utilizando-se somente de procedimentos científicos médicos protocolares legitimados.

Enfim, contextualmente, a medicina moderna nasceu em um período de significativa mudança social associado ao processo de industrialização, migração da população das áreas rurais para as cidades e, principalmente com a ascensão do capitalismo. A aplicação da ciência ao diagnóstico médico e à cura é a principal característica do desenvolvimento dos sistemas médicos modernos. A doença passa a ser definida objetivamente em termos de identificar sinais objetivos localizados no corpo, em oposição aos sintomas experimentados pelo paciente.

O modelo biomédico pode ser genericamente caracterizado por: um modelo reducionista, assumindo que a saúde e a doença são fenômenos naturais; a doença é vista como uma falha do corpo humano, perspectiva que diverge do “estado normal” de ser; o corpo e a mente são tratados como entes separados; e, os especialistas médicos treinados são considerados os únicos *experts* no tratamento das doenças (Annandale, 1998). A eficácia do tratamento está baseada na remoção ou controle dessas causas, utilizando-se de procedimentos médicos previamente normatizados. A doença e o tratamento passam a ser um simples evento físico, ocasionado geralmente por consequência de um germe, vírus, câncer ou aflições genéticas que causam má-formação no organismo. Segundo análises de Cockerham (2007), pela lógica biomédica, o adoecer é praticamente um processo natural que nada tem a ver com a vida social.

Atualmente, a medicina moderna ocidental vive a era da Medicina Baseada em Evidências (MBE), que se refere à busca por uma ênfase maior nos processos pelos quais o médico⁷ adquire conhecimento de pesquisas científicas mais relevantes e atualizadas. Os processos fundamentais da MBE se resume a quatro fases principais, a saber: 1)

⁷ E acrescento aqui também outros profissionais de saúde que se apoderaram desse instrumento de apoio ao diagnóstico.

enunciação das questões de assistência a serem respondidas; 2) pesquisa na literatura e nos bancos de dados online dos dados de pesquisas aplicáveis; 3) avaliação das evidências reunidas a respeito da sua validade e da sua relevância; 4) integração dessa avaliação com o conhecimento dos aspectos singulares do paciente (incluindo suas preferências). (Harrison Medicina Interna, 17^a. Edição, 2008)

Há uma variedade de correntes teóricas da Sociologia e da Filosofia que criticam o modelo biomédico. Um dos exemplos é o famoso trabalho de Ivan Illich (1976), que em seu livro: *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, no qual o autor discute o processo iatrogênico pandêmico na moderna medicina e discute que existem três tipos de iatrogenia na medicina ocidental moderna – a clínica, a social e a iatrogenia cultural.

Não se pretende dizer com este estudo que a biomedicina dominou completamente o cuidado em saúde no Ocidente, mesmo no período em que ganhou força entre meados do século XIX a meados do século XX no interior da profissão médica. Até o final do século XIX, embora a medicina possuísse bastante autoridade, era grande a concorrência com outras práticas de cura que não eram reconhecidas pela ciência. No final deste século, o positivismo influenciava sobremaneira a prática médica, transformando-a em verdade incontestável.

Por trás da imagem, do lado de fora daquele ambiente, é possível imaginar que médiuns, espíritas, bruxas, curandeiros, herbanários e todos os praticantes de outras formas de cura aguardam o momento da convocação. A luta pela conquista e preservação do mercado de serviços de cura era uma constante. O monopólio médico, neste campo, não era um fato dado. (Neto, 2009: 29/30)

De acordo com Saks (2000) há evidências no Reino Unido, por exemplo, de que a homeopatia continua a atrair considerável suporte popular ao longo de anos até a

virada do século – inclusive sendo praticada por muitos médicos apesar da oposição feita por líderes dessa nova profissão.

Tal processo é similar ao caso brasileiro, onde existe uma grande variedade de nomes e técnicas que compõem as MT e MAC ao longo de séculos. Este “pluralismo”, de acordo com Montero (1985) refere-se a um processo social e histórico típicos deste país. Entretanto, é importante salientar que a relação entre a medicina convencional, representada pela biomedicina e as MT e MAC tem se desenvolvido de maneira mais acentuada, tanto no Brasil quanto em outras sociedades ocidentais, como a britânica, desde a década de 1960.

➤ *As terapêuticas não biomédicas*

“Um medicina não hipocrática não é uma medicina anti-hipocrática, tanto quanto uma geometria não euclidiana não é uma geometria aniteuclidiana”. (Canguilhem, 2005: 16)

A história da medicina ortodoxa também tem sido marcada por períodos de evidência das terapêuticas não convencionais que tendem, de maneira geral, criticar o modelo médico estabelecido. A crítica ao modelo científico da saúde ganha corpo e se acentua no contexto da contracultura⁸, na esteira da crítica à modernidade. De acordo com Harvey (1989 apud Saks, 2000):

⁸ Embora seja notório reconhecer a importância desse movimento social que se iniciou na década de 1960, Wagner (2012) nos convida a problematizar seus frutos e a ponderar suas consequências. Não tomaremos aqui o contexto da contracultura como uma ruptura imediata ao modelo biomédico, mas sim, um elemento que o coloca em evidência a fim de contestá-lo. Partilhamos com Wagner: *“Muito dos tropos poderosos e inovadores criados pela contracultura da década de 1970 foram assimilados pela propaganda e coisas do tipo, de modo que os protestos hippies acabaram, mais tarde, sendo usados em comerciais para produtos*

The context of counter-cultural movement, against modernist conceptions of technocratic rationality, that was to be launched in the 1960s, provided the critique of modernity that is often felt to have signalled the emergence of postmodernity in Western societies, leaving behind mass production, macro-politics and progressive ideologies of modernism and embracing scepticism about the notion of an overarching rationality based on a single meta-language (Saks, 2000: 201).

Para Saks (2000), a desconstrução do modelo biomédico pode ser particularmente sentida na crítica ferrenha às crenças monolíticas da ciência que é a base central da modernidade. Pesquisas sociológicas têm sugerido que os tratamentos não convencionais como as MT e as MAC buscam adquirir legitimidade no interior dos serviços de saúde e tendem a induzir mudanças na prática biomédica, particularmente no que diz respeito ao consumo em saúde (Lopes, 2010).

Deste ponto de vista, contudo, o aumento nas terapias não convencionais podem ser vistas como um indicativo de mudanças na epistemologia médica ortodoxa, em um contexto de crescentes reivindicações acerca da pluralidade de conhecimentos no campo da saúde. Em paralelo a esse debate, podemos vislumbrar a questão da falta de acesso aos serviços de saúde por parte de muitos cidadãos, inclusive no Brasil, fazendo com que as terapias não convencionais não sejam uma escolha, mas sim a única possibilidade de tratamento⁹.

Também atualmente é possível observar o crescimento do uso de práticas terapêuticas não biomédicas, em um contexto em que existe uma multiplicidade de noções

(...) A contracultura operou por algum tempo, mas depois foi, de certa maneira, sugada para dentro, totalmente dissolvida” (Wagner, 2012: 976).

⁹ Não entraremos em detalhe na discussão de falta de acesso a serviços institucionalizados de saúde, mas vale a pena salientar que essa é uma realidade em muitos países, inclusive no Brasil.

causais para o adocimento e de ampliação de práticas, valores e representação de saúde (Barros & Nunes, 2006). Segundo Luz (2008), o movimento da pós-modernidade possui algumas características que estão presentes no grande mercado social da saúde contemporânea marcado pelo consumo, como por exemplo, a diversidade, a fragmentação, o hibridismo e o sincronismo. Nesse contexto, as tradições são reinventadas e as diversas práticas de saúde, sejam elas “tradicionalis” ou “modernas” passam a existir em concomitância, na sociedade contemporânea, definida por Giddens como “modernidade tardia” (Giddens, 2003; Santos, 2002).

A globalização e o crescimento do movimento pós-moderno também acompanhou o alargamento do movimento de contracultura na segunda metade do século XX. O sentido de modernidade trazido por Giddens se refere às instituições e modos de comportamento estabelecidos, a priori, na Europa, após o sistema feudal e que se espalharam, no século XX, para todo o mundo¹⁰. Esse sistema é marcado em seu início pela industrialização e pelo capitalismo, que trazem consigo relações sociais implicadas no uso generalizado da força material e do maquinário nos processos de produção (mercantilização da força de trabalho). Assim, a modernidade configura-se como um momento de manutenção contínua de uma espécie de senso de segurança ontológica constituída a partir dos agentes, para a explicação do caráter padronizado e rotinizado da conduta e das interações sociais cotidianas.

As instituições modernas, segundo o autor, diferem de todas as formas anteriores de organização social, principalmente no que diz respeito ao seu dinamismo e ao grau em que interferem na vida das pessoas, uma vez que, “(...) a modernidade altera

¹⁰ Não serão discutidas as configurações sociais, econômicas e políticas da modernidade e nem faremos um inventário de suas formas de desenvolvimento. Focaremos o contexto da “modernidade tardia” assinalada por Giddens em seu livro “Modernidade e Identidade” (2003).

radicalmente a natureza da vida social cotidiana e afeta os aspectos mais pessoais da nossa existência” (Giddens, 2003: 09).

Nesse contexto, surgem novos mecanismos de auto-identidade que são construídos pelas instituições da modernidade, mas que também as constituem. Segundo Giddens, a modernidade tardia se caracteriza por uma era em que a produção de referências culturais, bem como a circularidade da informação ocupam um papel de destaque na formulação ética, identitária e cognitiva do homem. Assim, as tradições passam a ser reinventadas, rompendo com os valores radicalmente presos ao passado que o autor chama de pré-moderno. Sendo assim, o mundo passa a ser normalmente concebido como sendo caracterizado pela pluralidade de culturas e grupos sociais, com uma tolerância em relação aos grupos de minorias e pela capacidade de combinar múltiplos discursos. Este padrão é sublinhado pela ênfase na cultura popular e do consumismo que sustenta diferentes subculturas, baseadas em movimentos identitários de minorias sociais.

De maneira geral, quando nos referimos ao pós-modernismo para além do senso-comum, estamos falando de um período histórico determinado, marcado por algumas transformações que ocorrem na sociedade em suas múltiplas faces: política, arte, economia, ciência, técnica, educação, relações humanas, etc. Contudo, não significa que a humanidade abandonou a modernidade, uma vez que são tênues divisórias imaginárias que marcam o que é o moderno e o que é o pós-moderno; o pós-modernismo, em vários aspectos que o distingue da era moderna, carrega também a modernidade. É nesse sentido que Giddens caracteriza a sociedade atual como “modernidade tardia”.

Embora no contexto atual delimitado por Guiddens o tradicional e o moderno convivam em um mesmo espaço social, de acordo com a literatura específica da

Sociologia das Medicinas Alternativas e Complementares, tem havido uma tensão dialética permanente entre a biomedicina e as terapêuticas não convencionais (Tovey et al. 2007).

Pois, enquanto o modelo biomédico de tratamento é guiado por um modelos biomecânico, positivista e representacionista que tende a normatizar o processo de cura em uma lógica protocolar, os tratamentos não ortodoxos, como as MT e MAC permitem a autonomia do paciente na gestão do seu cuidado em saúde e contribui para: a) a reposição do sujeito no centro do processo de cura; b) o reestabelecimento da relação médico-paciente para além da autoridade biomédica hierarquizante; c) a promoção dos conceitos de *saúde e bem-estar* ao invés do conceito de *doença* (Barros & Nunes, 2006; Spadacio, 2008, 2009). De acordo com Goldstein (2000) há cinco pontos significativos que distinguem a medicina convencional dos tratamentos não convencionais, são eles: *holismo; inter-relação entre mente, corpo e espírito; a possibilidade de uma grande sensação de bem-estar; vitalismo; e, processo de cura.*

Os termos “complementar”, “alternativo” e “tradicional” fazem referência a uma extraordinária diversidade de modalidades terapêuticas. Embora muitas dessas práticas tenham sido desenvolvidas e utilizadas ao longo de séculos e outras por até milênios, o uso generalizado nas sociedades contemporâneas e industrializadas vem sendo reconhecido apenas recentemente.

A popularidade das terapias não biomédicas nas últimas três décadas tem sido acompanhada pela proliferação de trabalhos sociológicos que se propõem a investigar diferentes aspectos deste fenômeno, tal como, o uso de MAC na perspectiva dos pacientes e de grupos de pacientes; terapêuticas de MAC e eficácia científica; a profissionalização

das MAC; as estratégias das MAC em relação ao sistema de cuidado dominante; e, a relação entre pacientes e profissionais das saúde no que se refere ao uso de MAC (Tovey, 2007).

De maneira geral, os tratamentos não convencionais podem ser definidos como um grupo de sistemas médicos não legitimados pelo campo da Biomedicina. Como já dito anteriormente, a categoria MAC é amplamente utilizada e diz respeito a um largo espectro de práticas terapêuticas. Levando em conta tal diversidade, o *National Centre for Complmenetary and Alternative Medicine* (Centro Nacional para Medicinas Alternativas e Complementares) nos Estados Unidos oferecem um esquema para diferenciação dos conceitos sobre MAC.

- (i) Sistemas Médicos Alternativos – os sistemas médicos alternativos são construídos sobre sistemas de teorias e práticas, tais como: Homeopatia, Ayuverda e Medicina Tradicional Chinesa (MTC);
- (ii) Intervenções Mente-Corpo – refere-se a uma variedade de técnicas que buscam realçar a capacidade da mente de afetar as funções corporais e sintomas, aqui são incluídas técnicas meditativas e orações;
- (iii) Terapias Biológicas - baseia-se na utilização de substâncias encontradas na natureza, tais como ervas, alimentos e vitaminas. São baseadas em produtos naturais que não possuem reconhecimento científico;
- (iv) Práticas Manipulativas e Baseadas no Corpo – estão baseadas em manipulações e/ou movimento de uma ou mais partes do corpo, como massagem e manipulação da espinha;

(v) Terapias Energéticas – terapias que envolvem o uso do campo energético, são as terapias de *biofield* (Reiki, Qi Gong) e terapias baseadas em bioeletromagnetismo;

(vi) Medicinas Tradicionais

Em termos conceituais há diferenças entre a Medicina Alternativa, a Medicina Complementar e a Medicina Tradicional. Todos esses termos foram sendo construídos historicamente em relação à medicina convencional.

Tal fato também é evidenciado no campo da saúde brasileiro, com sua grande variedade de nomes e técnicas compondo as chamadas MT/MAC, as quais convivem, nem sempre de maneira harmoniosa, com as práticas terapêuticas da medicina ortodoxa. De maneira geral, entre as MT e MAC mais conhecidas e utilizadas no contexto brasileiro, destacam-se: ervas e chás; vitaminas; dietas especiais; aromaterapia; arte terapia; massagem terapia; meditação e técnicas de relaxamento; musicoterapia; práticas espirituais e orações; tai chi; yoga; homeopatia; hipnose; acupuntura; biofeedback e outras (Spadacio, 2008).

No Brasil esse conceito ganha força principalmente a partir dos anos de 1980, cujo significado busca a produção do conhecimento entre os pólos oficial e alternativo (Barros & Nunes, 2006). Sendo assim, a *medicina complementar* é aquela utilizada junto com a medicina ortodoxa. Um exemplo é a aromaterapia, utilizada para ajudar a diminuir o desconforto de pacientes em fase de pós-operatório. Já a *medicina alternativa* é utilizada no lugar da medicina ortodoxa. Esse conceito identifica um modelo de prática médica pautado na lógica da oposição (ao modelo biomédico hegemônico). Contudo, medicina

alternativa, como definição polar, não foi feita simplesmente para contradizer a biomedicina. Ela apresenta-se como fator adjunto, constituído em um contexto específico da contracultura, o qual permite a totalização e a possibilidade de uma noção mais ampla de saúde, atingida a partir de um universo de diferentes práticas de cura nos âmbitos psicológico, biológico, social e espiritual. Esse movimento, delineado fora da oficialidade, amplia as margens do pensamento no campo da saúde, deixando de ver além da perspectiva restritiva da biomedicina.

E a *Medicina Tradicional* que se constitui como a soma de conhecimento técnico e procedimentos baseado nas teorias, crenças e nas experiências tradicionais de diferentes culturas, sejam elas explicáveis ou não pela ciência, utilizados para a manutenção da saúde, como também para a prevenção, diagnose, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais.

Embora na literatura das ciências sociais em saúde, o termo Medicina Popular¹¹ seja mais utilizado e debatido, optamos nesta tese pelo termo Medicina Tradicional, tanto por manter uma denominação da OMS, quanto por seguir o conceito inserido no referencial teórico que adoto, da antropóloga Manuela Carneiro da Cunha.

No que se refere especificamente ao Conhecimento Tradicional, para Cunha (2007), os saberes tradicionais não são semelhantes entre si e também não se assemelham ao conhecimento científico, embora haja certas aproximações entre o conhecimento tradicional e o científico. Essa incomensurabilidade pode se expressar segundo analogia elaborada pela autora que considera que os conhecimentos tradicionais estão para o

¹¹ O debate com a literatura brasileira sobre Medicina Popular será realizado de maneira mais detalhada no capítulo III, o primeiro capítulo empírico da tese que irá analisar as entrevistas dos pacientes que utilizam somente medicina tradicional.

conhecimento científico como as religiões locais estão para as universais. E mais, essa universalidade do conhecimento científico não se aplica aos saberes tradicionais.

De maneira geral, a autora afirma que há um certo grau de semelhança entre saberes tradicionais e científicos, no sentido de que ambas são formas de procurar entender e agir sobre o mundo. Para o senso comum, o conhecimento tradicional é um tesouro no sentido literal da palavra, ou seja, um conjunto acabado que se deve preservar, um acervo fechado transmitido por antepassados e ao qual não se deve acrescentar nada. Entretanto esta é uma assertiva equivocada na opinião da autora, já que o conhecimento tradicional reside tanto ou mais nos seus processos de investigação quanto nos acervos já prontos transmitidos pelas gerações anteriores. Este é um regime plural de conhecimentos, no caso dos saberes tradicionais. Sobre a relação entre conhecimento científico e tradicional a autora firma que:

Não há dúvida, no entanto, de que o conhecimento [científico] é hegemônico. Essa hegemonia manifesta-se até na linguagem comum em que o termo ‘ciência’ é não marcado, como dizem os linguistas. Isto é, quando se diz simplesmente ‘ciência’, ciência *tout court*, está se falando de ciência ocidental; para falar de ciência tradicional, é necessário acrescentar o adjetivo (Cunha, 2007: 83).

Trata-se, pois, da dominação que perpassa diversos binômios na relação das medicinas tradicionais, alternativas e complementares com a biomedicina. Se, por um lado, Cunha (2007) já assinala a hegemonia do conhecimento ***científico*** sobre o conhecimento ***popular***, como visto anteriormente; por outro lado, há outras relações possíveis quando inserimos as medicinas alternativas e complementares nesta discussão.

Teoricamente, Gramsci e Bourdieu nos ajudam a pensar como se dão essas relações de poder na busca pela dominação de um certo tipo de conhecimento, no caso

deste trabalho, de uma prática terapêutica considerada hegemônica sobre outras, representadas pelas MT e MAC. Ambos autores estavam preocupados em compreender a ação social dentro da lógica de coações e de restrições. Se, por um lado, temos Gramsci e sua hegemonia fundada no consentimento, por outro, temos Bourdieu e seu conceito de violência simbólica fundada justamente no recalque da dominação. São duas posturas que, embora tenham a dominação como pressuposto para manutenção de um *status quo*, diferenciam-se na medida em que a primeira é explícita e desabrida, enquanto que a violência simbólica é sorrateira e inconsciente.

Tal processo de hegemonia e normatização conferido ao modelo biomédico permite que as práticas terapêuticas que fazem parte das MT e MAC possibilitem ao sujeito atuar em um espaço social não formalizado por protocolos, que ele seja agente de suas escolhas terapêuticas e se diferencie socialmente¹². Contudo, é preciso reconhecer que essa escolha terapêutica por MT/MAC enquanto uma prática social possível no campo da saúde não se dá de forma homogênea em toda a sociedade.

* * *

Um outro conceito que gostaria de destacar para encerrar essa parte do primeiro capítulo conceitual surge para supostamente desfazer as distorções induzidas pelos termos “alternativo”, “complementar” e “natural/tradicional”, que é o conceito de Medicina Integrativa (MI). Esse conceito emerge no final da década de 1990, na tentativa de

¹² Essa discussão acerca dos processos sociais de convenção/ normatização *versus* diferenciação será melhor explorada no capítulo IV da tese, acerca das evidências empíricas sobre MAC.

descrever um outro modelo de saúde, num contexto em que impera a insatisfação com o modelo biomédico, o descontentamento em relação à forma como os sistemas de saúde estão organizados atualmente e a fragmentação do cuidado.

A proposta desta Medicina integra o ser humano no seu pensar e agir, e também integra várias técnicas terapêuticas da medicina convencional e as que não fazem parte deste escopo. Assim, a integração entre a biomedicina e as medicinas não biomédicas; a combinação de sistemas antigos de cura com as propostas de biomedicina moderna; a valorização da comunicação com o paciente e da relação médico-paciente; a consideração da pessoa em sua integridade corpo, mente e espírito; o enfoque na saúde, na prevenção e não mais na doença são elementos constitutivos desse modelo.

Segundo Luz, Rosenbaum e Barros (2005), o conceito de medicina integrativa estabelece-se:

Muito mais porque ao se preocupar com o que a tecnociência deixou de lado, tais medicinas inseriram um importantíssimo contexto benévolo na relação médico-paciente. Ofereceram acolhimento e cuidados de maior amplitude à multiplicidade de queixas clínicas, que antes eram apenas relegados como resíduos do ‘mal-estar’ contemporâneo. Enfatizaram o valor da cura e no cuidar, encorajando expectativas positivas e solidariedade nos pacientes. Tornaram-se assim autênticas medicinas baseadas em narrativas, resgatando o sujeito, sua singularidade e integralidade para a prática clínica (Luz et. al., 2005).

Evidentemente que a construção deste conceito não está à parte de discussões acirradas sobre o que é o MT, MAC e MI em relação ao modelo biomédico de cuidado. Assim, ao apresentar tais relações históricas e construções sociais destes conceitos procuramos esclarecer minimamente como tais terapêuticas não biomédicas são integradas no cotidiano de cuidado em saúde das pessoas, no caso específico deste trabalho, de pacientes com diabetes mellitus tipo 2: pacientes que ocupam lugares sociais

diferentes e se relacionam de formas heterogêneas tanto com o modelo biomédico quanto com as terapêuticas não biomédicas.

No próximo capítulo, analisaremos a introdução das práticas não convencionais no Sistema Único de Saúde brasileiro, além de analisar os conceitos de MT e MAC enquanto práticas de consumo, explicitando como tais terapêuticas, ao serem utilizadas por grupos sociais diversos possuem estreita relação com os padrões de consumo modernos.

– CAPÍTULO II –

Terapêuticas não biomédicas no sistema público de saúde brasileiro e práticas de consumo em saúde



No atual cenário do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, as práticas não convencionais de cuidados vêm passando por um processo de implementação e de discussão políticas bastante significativas. Por meio da Portaria 971, de 03 de maio de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) a ser implementada pelo SUS. A denominação de Práticas Integrativas pretende-se uma continuidade dos debates sobre MT e MAC, principalmente no que diz respeito à integração das técnicas de cuidado e cura no campo da saúde (De Simoni, 2007). Esse debate, por sua vez, é forjado no momento em que o foco na perspectiva do paciente é utilizado para a promoção de novos direitos civis, já que, sem o aumento cotidiano no uso de terapêuticas não ortodoxas, talvez esse debate não fosse tão frutífero.

A PNPIC é transversal em suas ações no SUS e está inserida em todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde brasileiro, principalmente na Atenção Básica, contemplando ações e direcionamentos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura; Homeopatia e Plantas Medicinais e Fitoterapia, além de possuir os observatórios de saúde no caso do Termalismo e da Medicina Antroposófica. De acordo com Norma Técnica de 08 de fevereiro de 2012, entre os objetivos da Política, propõe-se “*contribuir ao aumento*

da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às práticas integrativas e complementares, garantindo qualidade, eficácia e segurança no uso” (Salles, 2012: 04).

A Política de caráter nacional recomenda a implantação e a implementação de ações e serviços no SUS com os objetivos de: garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso das práticas integrativas e complementares. Quanto à relação da política com a Atenção Básica, entende-se que estas práticas:

(...) devem fazer parte do escopo de ações da atenção básica, compreendendo que fazem parte do que deve ser cobrado em termos de acesso e qualidade da atenção básica, compreende-se ainda que se articula com as ações prioritárias de promoção da saúde, de cuidados de crônicos e, ao mesmo tempo que suas ações e seu objeto de trabalho excedem estas dimensões (Salles, 2012: 03).

É fundamental destacar, ainda, as diretrizes doutrinárias da PNPIC – Portaria 71/2006 (Barros, 2006):

1 – A primeira diretriz considera *a estruturação e o fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS*, mediante: inserção em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; desenvolvimento em caráter multiprofissional; estabelecimento de mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação; e articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde;

2 – A segunda propõe o *desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC*, em conformidade com os princípios da Educação Permanente em Saúde;

3 – A terceira incentiva *a divulgação e a informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários*, mediante: apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais da área de informação, comunicação e educação popular; elaboração de materiais de divulgação; inclusão na agenda de atividades de comunicação social no SUS; apoio a informação e divulgação em diferentes linguagens culturais; e apoio a experiências de educação popular;

4 – A quarta *estimula ações intersetoriais, buscando parcerias* que propiciem o desenvolvimento integral;

5 – A quinta *propõe o fortalecimento da participação social*;

6 – A sexta ressalta o *provimento do acesso e ampliação da produção pública de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos*, mediante: elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinas e da Relação Nacional de Fitoterápicos; cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; e cumprimento das boas práticas de manipulação;

7 – A sétima garante o acesso aos demais insumos estratégicos das PIC, com qualidade e segurança das ações;

8 – A oitava *incentiva a pesquisa em PIC* com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando a eficácia, a eficiência, a efetividade e a segurança dos cuidados prestados;

9 – A nona propõe o *desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação* das PIC;

10 – A décima promove a *cooperação nacional e internacional* nos campos da atenção, educação e pesquisa;

11 – Por fim, a décima primeira garante *o monitoramento da qualidade dos fitoterápicos* pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

O impacto da publicação da política alcança, entre outros, os campos econômico, técnico e sociopolítico, uma vez que promove a inclusão de práticas de cuidado subsumidas no discurso e na ação dominante do mercado de produtos e serviços biomédicos. Percebe-se que, ao mesmo tempo em que usuários utilizam-se de várias formas de tratamento, os conselhos e sistemas de saúde criam tensões frente à inserção das Práticas Integrativas.

A elaboração dessa política não pode, contudo, ser deslocada do contexto de construção do próprio Sistema de Saúde brasileiro e do debate que se coloca sobre o papel atual do Estado na modernidade. O movimento de constituição do SUS, com a Reforma Sanitária, ocorre num momento de redemocratização da sociedade brasileira. Foram então formulados os princípios da universalidade, equidade e integralidade da saúde na Constituição de 1988 como direito de qualquer cidadão e dever do Estado. Segundo Benevides e Passos (2005), os anos de 1960, 1970 e 1980 se colocam como: *“Todo um experimentalismo político [que] caracteriza esses movimentos de efervescência que na América Latina se orquestravam na forma geral de resistência ao autoritarismo do Estado”*. Esse movimento, segundo Dagnino (2004), é um processo intrinsecamente relacionado com a implantação, em âmbito global, de um projeto neoliberal. O projeto neoliberal traz consigo novos modos de se pensar o poder, de se viver e, mais especificamente, de lidar com o tema da saúde.

O mundo contemporâneo, para Bourdieu, é altamente invadido e dominado pelas forças do mercado, forças estas que, de certa maneira, ameaçam o mundo social, principalmente no que diz respeito à autonomia dos campos e dos valores que eles afirmam. O Estado, por sua vez, assume a função de apoiar a maciça transformação de todas as coisas em simples mercadoria. Esse movimento também acontece no campo da saúde e das terapêuticas, que acabam se tornando elementos de disputas nas mãos de diferentes grupos de indivíduos.

Dessa forma, esses elementos também estão presentes no amplo mercado da saúde contemporânea. Segundo Rayner & Easthope (2001), o consumo do que eles chamam de “medicina alternativa” pode ser analisado enquanto um paradigma do consumo pós-moderno. Para teóricos da pós-modernidade como Jean Baudrillard, Jean-François Lyotard e Fredric Jameson e de Giddens com o conceito específico de modernidade tardia, o consumo ocupa posição central nas sociedades. Eles inclusive argumentam que uma característica definidora do avanço das sociedades capitalistas é a massiva sobre-produção de ‘commodities’. Cada vez mais a saúde tem sido vista como uma ‘commodity’ e os indivíduos são definidos como consumidores de cuidados em saúde.

Segundo Baudrillard, nas sociedades modernas, o consumo tem se tornado cada vez mais institucionalizado, não como um direito ou como um prazer, mas como um dever do cidadão (Baudrillard, 1998 apud Rayner & Easthope, 2001). Dessa forma, pessoas consomem não somente bens, mas também serviços humanos e, com isso, relações humanas. De fato, virtualmente, tudo passa a se tornar objeto de consumo.

Nesse sentido, o consumo alinha-se amplamente ao consumo de símbolos. E, o consumo simbólico, por sua vez, segundo Baumann (1992) e Giddens (2003), tem se

tornado atividade central na construção da identidade do mundo moderno. De maneira geral, os campos de consumo são caracterizados por serem extremamente difusos: eles não existem somente quando no consumo de um bem em particular ou na prática de uma atividade de lazer em especial, por exemplo; mas também o consumo simbólico extrapola inclusive para a esfera da comunicação sobre tais objetos culturais nos vários ambientes sociais como em casa, em festas, no trabalho, escolas, igrejas e assim por diante (Holt, 1997).

Bourdieu, por sua vez, traz contribuições com seu trabalho elucidando como os padrões de consumo estão estreitamente relacionados com a posição social ocupada pelos indivíduos. Nesse sentido tomamos emprestado o modelo desenvolvido por Rayner & Easthope (2001) sobre consumo das “medicinas alternativas”. Esse modelo é composto por quatro composições gerais que buscam articular os principais conceitos que permeiam essa discussão:

- 01) O mercado não está mais direcionado a uma “massa”, mas sim aos nichos de mercado (Crook et al, 1992);
- 02) Esses nichos estão relacionados com o valor de consumo e com estilo de vida (Bocock, 1993);
- 03) Consumo é primariamente o consumo simbólico e não tanto o que se refere ao valor de uso (Baudrillard, 1988);
- 04) Consumo é agora um conceito chave no processo de construção da auto-identidade (Bauman, 1992; Giddens, 1991).

Enfim, consumo não é simplesmente um processo econômico ligado ao valor de uso ou a grupos economicamente definidos, mas também um processo social e cultural por excelência. Dessa maneira, o processo que envolve a atividade de consumo é uma dessas formas de atividade social, cultural e simbólica e dependem da posição que o sujeito que a consome ocupa na estrutura social. Assim, as práticas culturais, tais como os tratamentos em MT e MAC são marcadores sutis de diferenças de posições sociais e também dependem da distância entre pessoas na estrutura social.

Em pesquisa realizada sobre o consumo de medicinas alternativas por Rayner & Eashope (2001) no Canadá, o local que o indivíduo ocupa, ou seja, a sua posição social é extremamente relevante para o desenvolvimento deste tipo de discussão. Idade e gênero mostram-se extremamente relevantes para a análise no que diz respeito à configuração dos mercados consumidores. A pesquisa, por exemplo, indica que o consumo de tratamentos alternativos é uma prática fortemente marcada pelo gênero (89% da amostra é mulher). Dessa forma, a localização social tem papel crucial na determinação dos gostos e preferências das pessoas.

Isso pode significar que membros de grupos sociais que possuem uma certa proximidade no espaço social tenham maiores chances de compartilharem padrões de consumo semelhantes, do que os membros que se encontrem mais distantes no espaço social. Na teoria de Bourdieu, o espaço social é constituído por recursos econômicos, sociais, culturais e simbólicos e pode ser definido como:

“(...) a multidimensional space that can be constructed empirically by discovering the main factors of differentiation which account for the differences observed in a given social universe, or in other words, by discovering the powers or forms of capital which are or can become

efficient, in this particular universe, that is, in the struggle (or competition) for the appropriation of scarce goods of which this universe is the site. It follows that the structure of this space is given by the distribution of the various forms of capital, that is, by the distribution of the properties which are active within the universe under study – those properties capable of conferring strength, power and consequently profit on their holder” (Bourdieu 1987: 03,04).

Assim, o consumo de bens específicos no campo da saúde, por exemplo, não é simplesmente moldado pela percepção dos benefícios imediatos do serviço/ intervenção em saúde (melhoria da saúde), mas também está relacionado com a associação de imagens particulares, estilos de vida e gostos inscritos no espaço social. Savage et. al. (1992) argumentam que diferentes grupos aproximam-se de vários comportamentos de saúde como parte de um estilo de vida de consumo. Os autores afirmam que a promoção do “self” referente ao que é um ideal de saúde é um investimento no armazenamento de bens culturais muito distinta dos ativos preconizados por muitos serviços de saúde.

Os comportamentos em saúde são, enfim, influenciados por crenças em saúde, estruturas sociais e acesso ao cuidado, assim como pelos sintomas. De acordo com Baer (2001) a maneira com que os grupos sociais constroem seus sistemas médicos diversos coincidem com as suas diversas visões acerca da realidade. Meeker (2000) afirma que a popularidade dos tratamentos não convencionais tem aumentado e esse processo reflete tais valores vigentes. Pessoas, usualmente, procuram tratamentos convencionais e/ou tratamentos não convencionais por várias razões, incluindo a percepção de necessidade de saúde, acesso ao cuidado e capacidade percebida de cuidados para melhorar o status de saúde. Pessoas de diferentes classes, grupos étnicos e categorias de gênero tendem a ter

diferentes ideologias, as quais podem ser refletidas em diferenças culturais e em diferentes escolhas terapêuticas.

* * *

No que se refere ao significado de uma Sociologia das MAC, Tovey (2007) considera que esse ramo recente da sociologia é um campo muito pouco estudado e que apresenta falhas no conhecimento e na maneira como as MAC podem problematizar o conhecimento biomédico, principalmente no que diz respeito à temática da eficácia. As pesquisas, especialmente em relação ao adoecimento crônico tendem meramente descrever os fatores para o uso, deixando de explorar empírica e teoricamente as crenças e os sentidos que perpassam esse uso.

Na América Latina como um todo e também no Brasil há poucos pesquisadores que investigam sistematicamente esta temática. No Brasil, em específico, esse tipo de estudo possui duas influências básicas: os estudos antropológicos sobre práticas e medicinas tradicionais; e os estudos sociológicos com: a sociologia do conhecimento e filosofia da ciência que procuram discutir a racionalidade médico-científica e a racionalidade das MAC; os estudos de sociologia mais recentes, com pesquisas quantitativas; e outra influência, também mais recente, da clínica médica com estudos sobre a evidência para o uso de MT e MAC em tratamentos específicos (Barros & Nunes, 2006).

A Antropologia no Brasil tem sido pioneira nos estudos sobre as modalidades cuidado em MT e MAC. Metcalf et. al. (2004), modificando o esquema proveniente da

“American Medical Anthropology”, dividem esse tipo de cuidado em saúde no Brasil em três setores principais: a chamada medicina popular ou medicina informal, que corresponde ao cuidado relacionado com a família, amigos, vizinhança, igrejas ou a assistência mútua em grupos de apoio; a medicina oficial (biomedicina) e as MT e MAC, composta pela homeopatia, acupuntura e por experts em medicina tradicional. Luz (1996) também formulou um potente esquema analítico de classificação das MAC em geral no Brasil, utilizando a categoria “Racionalidade Médica”. Essa categoria é composta por: morfologia humana (anatomia, no referencial biomédico); dinamismo vital, que diz respeito à fisiologia; sistema diagnóstico; sistema médico terapêutico e doutrina médica, na explicação do processo saúde-doença. Todos esses elementos estão baseados em uma cosmologia específica. Tais dimensões estão baseadas em uma racionalidade médica que nos permite distinguir sistemas médicos complexos, tais como a biomedicina ou a medicina ayurvédica de terapias ou métodos diagnósticos, tais como os florais de Bach, iridologia, reiki, entre outros.

Em relação à existência das MT e MAC no sistema médico oficial brasileiro, alguns sociólogos como Campos (1982), Loyola (1984, 1987) e Queiroz (1980 e 1983) basearam suas análises na relação entre biomedicina e práticas de cura tradicionais (populares) sustentando o argumento de que as terapias heterodoxas são comumente suprimidas pelo modelo biomédico. Outra perspectiva, proveniente de Oliveira (1985) assume que as práticas de cura tradicionais são parte de um movimento de resistência à cultura dominante. Em outra direção aponta o trabalho de Montero (1985) que mostra como a medicina tradicional age junto do sistema médico oficial, mas não em uma relação de exclusão somente.

Há, contudo, poucos estudos que abordam a relação entre o consumo de MT e MAC e as relações entre as posições dos agentes sociais na estrutura de classes no campo da saúde no Brasil. Embora os cientistas sociais no Brasil reconheçam as dimensões étnicas e de gênero no pluralismo médico, eles tendem ignorar ou subestimar a maneira pela qual as relações de classe na sociedade em geral.

A sociologia de Bourdieu permite considerar as terapias heterodoxas como um reflexo das relações de classe social sob certas condições:

- Exige uma definição de classes, que considere tanto as dimensões objetivas quanto subjetivas;
- As trajetórias de classe estão ligadas ao volume e ao consumo de capital nos espaços sociais.

Acredito que este capítulo tenha trazido subsídios introdutórios para estabelecermos a relação entre grupos sociais específicos e o consumo de MT/MAC a partir dos conceitos chave de Pierre Bourdieu. Dessa forma, para a presente discussão, é essencial passar algum tempo explicando os conceitos Bourdieu, tais como *habitus*, campo e capital, a fim de desenvolver uma análise crítica da relação entre escolhas por terapias heterodoxas e diferenças entre grupos sociais no Brasil. Essa é a discussão que irá compor o próximo capítulo.

– CAPÍTULO III –

Referencial Teórico: Pierre Bourdieu



O presente capítulo é fruto de uma revisão crítica e seletiva da literatura no campo das terapias não convencionais e das relações de grupos sociais pertencentes a diferentes classes sociais, especificamente no campo da Saúde¹³. Esta temática é desenvolvida tendo como pano de fundo os conceitos sociológicos de Bourdieu de *habitus* e *Capital*, a partir das reflexões do autor em dois de seus trabalhos, na obra *A Distinção: crítica social do julgamento* e em um artigo publicado em 1987: *What makes a social class? One the theoretical and practical existence of groups*.

Os conceitos de *habitus*, *Campo* e *Capital* serão explorados na primeira parte do capítulo. Na segunda parte buscarei aprofundar a análise dos conceitos apresentados no item anterior com o intuito de discutir a saúde e a busca por distinção. E, por fim, na

¹³ Esta RL é fruto do trabalho realizado durante o estágio de Doutorado (PDEE/ Capes) na Universidade de Londres (Campus Royal Holloway) e conta com uma literatura sociológica de orientação teórica predominantemente inglesa no diálogo com Bourdieu. É sabido que os sociólogos ingleses, dentre eles Richard Jenkins, são críticos ferrenhos à teoria de Pierre Bourdieu. Essas críticas nos ajudaram a compreender melhor o autor, além de relativizar seus conceitos tendo em vista a realidade brasileira. É com essa postura que buscamos olhar para a produção do pensador francês que, embora seja acusado de reproduzir uma postura determinista no interior da sociologia, trouxe aparatos conceituais importantes para pensarmos as práticas sociais no interior de uma estrutura permeada por disputas de grupos por poder, reconhecimento e legitimação.

terceira parte do capítulo, serão exploradas as relações de classe social, ainda a partir da perspectiva teórica de Pierre Bourdieu.

➤ *Perspectiva sociológica de Pierre Bourdieu: discutindo conceitos*

Pierre Bourdieu, nascido em Denguin, França, no ano de 1930 e falecido em 2002, é filósofo de formação e opta por tornar-se sociólogo no contexto de uma pesquisa de campo realizada por ele na Argélia: *“Foi na dura prova da Argélia que a ‘libido philosophica’ de Bourdieu foi inesperadamente desviada e irreversivelmente transformada na ‘libido sociologica’ que iria alimentar sua permanente busca de uma ciência da prática e do poder simbólico”* (Wacquant, 2006: 14).

Seguindo Bourdieu no campo de pesquisa, Luïc Wacquant afirma que sua conversão da filosofia para a sociologia se deu pelas exposições que o pesquisador sofrera no campo de estudo, onde teve contato com as horríveis realidades do domínio imperial e do estado de guerra na Argélia, aos fins da década de 1950. Sua discussão sociológica passa a estar centrada, ao longo de sua obra, na tarefa de desvendar os mecanismos de reprodução social que legitimam as diversas formas de dominação.

Se existe, assim, uma questão que perpassa toda a sua obra, é a temática do desmascaramento da dominação, sobretudo no que se refere ao estudo da dominação simbólica, ou seja, a dominação que não é reconhecida como tal. Essa postura e sua busca teórica tem estreita relação com suas experiências enquanto pesquisador, principalmente no caso da Argélia, onde Bourdieu discute a organização social cabila, e principalmente a influência do sistema colonial nesta sociedade e os mecanismos de dominação implícitas.

A teoria praxiológica de Bourdieu é desenvolvida a partir de três arcabouços intelectuais do construtivismo social: a fenomenologia, a dialética e o estruturalismo.

Segundo Vandenbergue (2006):

Quando Bourdieu tentou integrar as três variantes do construtivismo social em uma teoria neo-kantiana do conhecimento sociológico rompe, em um primeiro momento, com a constituição do mundo ordinário pelo senso comum para, em um segundo momento, reintegrá-lo, dialeticamente, em uma fenomenologia crítica do mundo. (Vandenbergue, 2006: 318)

A teoria praxiológica possibilita um duplo processo de interiorização da exterioridade e da exteriorização da interioridade, o que significa um rompimento com os conhecimentos fenomenológico e objetivista¹⁴, estabelecendo a *práxis* como uma unidade com relações dinâmicas entre a teoria e a prática (Ortiz, 1983). Para Bourdieu, a teoria da *práxis* é uma síntese importante na história do conhecimento, porque não se optou por uma ou outra forma na construção dos fatos e fenômenos, antes, propôs uma construção composta de diferentes aspectos.

Dessa forma, em seu trabalho sociológico, suas inovações teóricas giram em torno do desenvolvimento da teoria dos campos sociais, da noção de capital e de *habitus*. A fim de teorizar acerca dos comportamentos de saúde em diferentes classes sociais, utilizar-nos-emos do trabalho do sociólogo Pierre Bourdieu, com o foco específico em três importantes conceitos: *habitus*, campo e capital.

De acordo com Bourdieu, a vida humana, em geral não pode ser estudada sem se levar em conta de que maneira os indivíduos estão situados na estrutura social, ou então,

¹⁴ Segundo Bourdieu, o conhecimento chamado objetivista “*constrói relações objetivas que estruturam as práticas e as representações das práticas*” (Ortiz, 1983: 46). Já o conceito de fenomenologia refere-se, de maneira geral, a uma investigação que se preocupa fundamentalmente com a essência inerente da aparência, lançando o seu olhar para o fenômeno não na busca de relações objetivas.

como eles são constrangidos por essa estrutura. E é exatamente nessa estrutura que os indivíduos constroem seus entendimentos e impõem sentidos ao mundo ao seu redor. A sociedade, dessa forma, é vista como um espaço hierárquico, onde as relações entre posições na estrutura social são imprescindíveis na definição de cada posição neste espaço.

No mundo social, não somente os sistemas simbólicos, mas também as estruturas objetivas são capazes de conduzir ou constranger as práticas dos indivíduos e suas representações sobre elas. Nesse sentido, as posições sociais dependem não de propriedades intrínsecas aos grupos sociais, mas das configurações de relações nas quais estão ligadas e dão significância. O espaço social é composto por recursos econômicos, sociais, culturais e simbólicos.

Considerando a perspectiva de Bourdieu sobre espaço social, quatro dimensões principais serão analisadas neste Capítulo: a dimensão do Campo, no qual os agentes fazem parte de acordo com *habitus* específicos; o Capital, que refere-se a recursos que são utilizados pelos agentes no mundo social; e, Saúde e a busca por Distinção, estruturadas a partir das relações entre classes sociais. Essas dimensões estão organizadas nas sessões que seguem.

➤ *Habitus*

Uma das questões principais da sociologia de Pierre Bourdieu é sobre como as práticas rotineiras dos indivíduos são influenciadas por estruturas externas do mundo social e como estas práticas contribuem para a manutenção da estrutura (Jenkins, 1992). Essa reflexão da sociologia de Bourdieu é uma estratégia de pesquisa que tem como

objetivo dissolver a dicotomia entre indivíduo e estrutura, entre subjetivismo e objetivismo.

No coração do projeto teórico do autor habita a tentativa de superação dessas falsas oposições de caracterização de uma distinção em particular: aquela estabelecida entre a lógica da teoria e a lógica da prática. O objetivo de Bourdieu é, portanto, superar esse dualismo com o conceito de *habitus*. Para o autor o mundo social não pode ser explicado somente em termos de decisões individuais ou de determinações sociais supra-estruturais.

O conceito de *habitus* é parte de um conceito filosófico antigo, baseado na Lógica Aristotélica e na Escolástica Medieval. A etiologia da palavra *habitus* é proveniente da noção de *hexis* (estado), que significa uma: “(...) moral estabelecida que dirige nossos sentimentos e desejos em uma situação específica, como a nossa conduta social”. No século XIII, Thomas Aquinas traduziu o conceito de *hexis* para o latim *habitus* (Wacquant, 2004).

O termo *habitus* é utilizado na sociologia por Nobert Elias em “O Processo Civilizatório” (1939) e na noção de “técnicas corporais” de Marcel Mauss, que representa o ponto de partida para a elaboração bourdiana do conceito de *habitus*. Este conceito também está presente em estudos de filósofos, sociólogos, antropólogos e linguistas, tais como Émile Durkheim¹⁵, Max Weber, Thostein Veblen, Edmund Husserl, Alfred Schutz, Maurice Merleau-Ponty. Segundo Wacquant (2004), é no trabalho de Pierre Bourdieu que

¹⁵ O termo *habitus* foi utilizado por Durkheim em seu curso publicado com o título “A evolução pedagógica”, em 1904, em que ele afirma: “Há, em cada um de nós, um estado profundo, do qual os outros derivam e no qual encontram sua unidade: é sobre ele que o educador deve exercer uma ação duradoura (...) é uma disposição geral do espírito e da vontade que mostra as coisas de um ponto de vista determinado (...) em que o cristianismo consiste em certa atitude da alma, em um certo *habitus* de nosso ser moral” (Ed. 1968, p.37 Apud Dubar, 1997, p. 77). É dessa forma, contudo, que Durkheim define a educação como a construção de um estado interior e profundo que orienta o indivíduo num sentido definido para toda a vida.

é possível encontrar a mais completa renovação sociológica do conceito, buscando transcender a oposição entre subjetivismo e objetivismo.

Para Vasconcelos (2002), esse conceito, trazido pela teoria de Bourdieu, marcou profundamente a sociologia, tanto para aqueles que a utilizam quanto para aqueles que a criticam. Essa noção, contudo, foi fortemente criticada e motivo de grande controvérsia no meio acadêmico. Bourdieu desenvolve e defende sua perspectiva acerca do conceito de *habitus* em sua obra “Homo Academicus” (Wacquant, 1990). Porém, como o conceito de *habitus* não é original de Bourdieu, apesar de ele o relativizar, sua maior contribuição se dá com a importância de sistematizar gostos e estilos de vida que distinguem classes sociais entre si.

A teoria de *habitus* de Bourdieu permite compreender um duplo processo de *internalização da exterioridade e a exteriorização da interioridade*. Este é um processo dialético que diz respeito a uma ruptura com o conhecimento fenomenológico e objetivista. Como Jenkins (1992) aponta, o *habitus* é constituído por três dimensões:

(...) primeiro, o *habitus* é incorporado em um sentido simples que é localizado no interior da cabeça do ator: ou o que Bourdieu, em uma frase caracteriza como ‘internalização da exterioridade e exteriorização da interioridade’; segundo, o *habitus* somente existe ‘em’ e ‘através de’ práticas concretas dos indivíduos, agentes específicos situados no tempo e no espaço e nas interações entre os agentes e seu meio; e, terceiro, o que Bourdieu refere ser como ‘práticas taxonômicas’, que são estruturas de percepção e classificação do mundo social (por exemplo, homem/mulher, dentro/fora, frente/trás, alto/baixo, quente/frio) e que essas estruturas também estão enraizadas e só fazem sentido do ponto de vista do corpo (Jenkins, 1992: 74, 75).

O conceito de *habitus* é uma síntese entre teoria e prática, representada por uma *Teoria da Práxis* (Ortiz, 1983). Teoricamente, o *habitus* corresponde a um conjunto de

esquemas de disposições, percepções, apreciações e ações resultantes da incorporação de estruturas relacionadas a certo campo social e a certo tempo e espaço. Dessa maneira, o *habitus*, enquanto operador teórico configura-se como:

(...) sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem objetivamente ser ‘reguladas’ e ‘regulares’ sem ser o produto da obediência a regras, objetivamente adequadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingí-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente (Ortiz, 1983: 61).

Em suma, a interação das escolhas de vida com as chances de vida são capazes de produzir disposições para a ação e tais disposições constituem o *habitus*. Dessa forma, o *habitus* é uma ferramenta conceitual para analisar como os agentes sociais possuem diferentes posições no espaço social e como isto serve como disposições diferentes para a ação social. Ademais, esta ferramenta conceitual é determinada historicamente e socialmente, que se refere a uma “estrutura estruturante”, formada no contexto da localização social dos indivíduos e inculcada em sua visão de mundo que é baseada em uma reconciliação com esta posição, servindo para produzir estruturas sociais existentes.

(...) o *habitus* não é apenas uma estrutura estruturante que organiza as práticas e a percepção acerca das práticas, mas também uma estrutura estruturada: o princípio da divisão da lógica de classes que organiza a percepção do mundo social e é ele mesmo o produto da internalização da divisão em classes sociais (Bourdieu, 2003: 179).

Assim, o *habitus* diz respeito a forma de pensar, sentir, agir e se localizar no mundo dos indivíduos dependentes da classe social e de pré-disposições sociais, ainda que

pareçam naturalizadas¹⁶. Segundo Dubar (2010): “*Para conhecer o habitus de um indivíduo, é preciso conhecer o de seus pais e de seus próximos e, em particular, a relação deles com o futuro, e não somente as condições objetivas em que ele foi educado*” (Dubar, 2010, p.82). Enfim, nós podemos imaginar o *habitus* como sendo composto por camadas, com as mais profundas delas sendo adquiridas logo cedo na infância.

O *habitus* é, por sua vez, um produto da história, capaz de produzir práticas individuais e coletivas de acordo com esquemas gerados por contextos específicos. Assim, ao mesmo tempo em que o *habitus* é um recurso para as práticas objetivas, é ele mesmo um local em que são gerados subjetividades, que servirão como padrões objetivos da vida social em um contexto histórico específico.

Tal conceito analítico é uma ferramenta importante para pesquisas que buscam analisar relações com o espaço social, que têm interesse em questões de diferenciação e poder e questões de agenciamento social. Assim, com base na definição de *habitus*, que leva em conta o sistema de disposições ligadas a uma trajetória social, é possível discernir um conjunto de *habitus* específicos associados às classes sociais e que esclarecem seus diferentes modos de socialização. Para este trabalho, a questão de como as agências se transformam, baseadas nos *habitus*, emergem em um contexto em que a saúde e as escolhas por tratamentos não convencionais são particularmente relevantes para este estudo.

¹⁶ Uma das críticas mais contundentes em relação à noção de *habitus* é que este conceito parece excluir qualquer possibilidade de mudança social. Cabe ressaltar que não é isso que o autor quer dizer com o conceito. Para Bourdieu, o *habitus* tende a reproduzir as estruturas de que é produto apenas na medida em que as estruturas nas quais ele funciona sejam idênticas ou homólogas às estruturas objetivas de que é produto (Dubar, 2010).

➤ *Campo e Capital*

A teoria do Campo é, ao mesmo tempo, crítica e relacional. O conceito de campo refere-se a um sistema de posições sociais específicas estruturadas em relação ao poder dado no qual indivíduos gerenciam e lutam por recursos desejáveis. Para Bourdieu, não existe nada de natural no ‘espaço social’. Ao contrário, o espaço social é um local apropriado para as investigações em ciências sociais, para que essas ciências possam descrever e objetivar o que parecem ser categorias objetivas e naturalizadas do social. Assim, cada campo é caracterizado por uma história específica, poderes institucionalizados, cujas lógicas de ação são guiadas por agentes determinados.

De acordo com Wacquant, a partir da perspectiva de Bourdieu, a sociedade é formada por uma rede de campos relativamente autônomos, que operam de acordo com sua própria lógica interna e dinâmica:

Eu defino um campo como uma rede ou como uma configuração, de relações objetivas entre posições objetivamente definidas, em sua existência e em determinações impostas a seus ocupantes, agentes ou instituições, por suas situações presentes e potenciais na estrutura da distribuição de poder (ou capital) na qual certos agentes possuem acesso a lucros específicos que estão no campo, assim como por suas relações objetivas com outras posições (Wacquant, 1989: 39).

Dessa maneira, Campo é uma categoria relacional assim como o *habitus*:

A relação entre Campo e *habitus* se dá de duas maneiras. De um lado está a relação de condicionamento: o campo estrutura o *habitus*, que é o produto da incorporação da necessidade imanente de um campo (ou ativos de intersecção entre campos, a extensão de sua intersecção ou discrepância enraizada). Por outro lado, há uma relação entre o conhecimento ou a construção cognitiva. *Habitus* contribui para a construção do campo como um mundo significativo, um mundo imbuído

com um senso e um valor, no qual é investido uma energia (Bourdieu & Wacquant, 1992: 127).

Esses conceitos referem-se a mediação entre estruturas objetivas e práticas, sendo crucial o contexto de mediação com fatores externos, que são exercidas sobre as práticas individuais e instituições. De acordo com Jenkins (1992) há numerosos campos no espaço social e eles são definidos por várias dimensões sociais, como estilo de vida, educação, política, classe social, prestígio, etc. Segundo Dubar (1997), uma das questões mais delicadas no que se refere à teoria dos campos de Bourdieu é a do grau de autonomia de cada campo em relação ao espaço global das classes sociais, uma vez que cada campo tende a ser estruturado conforme posições de poder que são sistematicamente ocupadas pelas mesmas classes e frações de classe.

Os campos sociais referem-se à primeira e mais importante das questões empíricas sobre a relação entre os agentes sociais e os campos: “*Para existir num campo, é preciso se diferenciar*” (Bourdieu, 2005: 39) ou, simplificando, para existir num campo é preciso jogar o jogo no campo e fazer a diferença enquanto se joga. Em um campo, de acordo com Bourdieu, agentes e instituições constantemente disputam, de acordo com regras constitutivas desse espaço de jogo, com vários níveis de força e também com várias possibilidades de sucesso, a fim de se apropriar de produtos específicos que estão em jogo na arena social¹⁷. Há diversas homologias entre os campos: cada um tem um dominante e um dominado, que lutam por usurpação ou exclusão, com mecanismos de reprodução, etc.

¹⁷ Para Bourdieu a vida social é como um jogo: “Having a feel for the game is having the game under the skin; it is to master in a practical way the future of the game; it is to have a sense of history of the game. The good player is the one who anticipates, who is ahead of the game. Why can she get ahead of the flow of the game? Because she has the immanent tendencies of the game in her body, in a incorporated state: she embodies the game” (Bourdieu, 1998: 81).

Em suma, Bourdieu utiliza a teoria de campo para compreender política, economia, produção científica e para analisar grupos sociais definidos, que buscam diferentes visibilidades em espaços sociais específicos. Este sistema estruturado de posições sociais, ocupadas por instituições e indivíduos, define a situação para seus ocupantes. É também um sistema estruturado de relações de poder na medida em que as posições ocupadas no campo, isso quer dizer, capital.

Para Bourdieu, o Capital determina a posição do agente no campo: o capital é possuído e acumulado pelos agentes durante suas lutas competitivas. Capital, na teoria bourdiana pode ser diferenciada em três dimensões com quatro categorias, que estão distribuídas no espaço social¹⁸:

- A primeira dimensão é o *capital econômico*, que se refere ao volume global de capital que os agentes possuem;
- A segunda dimensão, o *capital cultural*, é o peso relativo do total de capital de várias formas de capital. Esse capital é composto por:
 - (i) experiências individuais e credenciais que facilitam a acumulação de certos gostos culturais;
 - (ii) *background* social, no qual gostos culturais são transmitidos por meio da socialização de experiências educacionais dos próprios pais;

¹⁸ Derivados dos quatro conceitos-chave de capital desenvolvido por Bourdieu, cabe ressaltar outros três tipos de capitais elaborados por outros autores. São eles: o “capital físico”- desenhado por Williams (1995), que é o capital que está relacionado com a determinação de parâmetros biológicos em um determinado campo. Há o “capital cultural de saúde”, que refere-se a um capital específico no campo do relacionamento médico-paciente. E há também o “capital pessoal”, acerca das disposições pessoais em um campo específico. Esses dois últimos tipos de capitais serão discutidos de maneira mais detalhada em outro momento da tese, o capital cultural de saúde será desenvolvido neste mesmo capítulo e o capital pessoal será discutido no terceiro capítulo empírico deste trabalho.

(iii) gostos culturais e disposições

Esse é um capital de caráter relacional e refere-se ao poder de dominação social por parte de certos grupos, não só para moldar arranjos institucionais, mas também para definir tipos de atividades, recursos e comportamentos carregados de valores. Dessa maneira, o capital cultural, de acordo com Bourdieu, em paralelo com as formas econômicas de capital contribuí para a acumulação e exercício de poder para, enfim, contribuir com a manutenção das desigualdades sociais.

• A terceira dimensão é composta por duas formas de capitais, o *capital social* e o *capital simbólico*, de acordo com a evolução do volume e composição do capital, quer dizer, de acordo com a trajetória do agente no espaço social.

- O *capital social* é a vantagem de que trata uma criança em um lar, bem dotada de capital cultural.
- O *capital simbólico* é mais útil aos escritores e artistas que podem simbolizar seu compromisso virtuoso à crítica social, sem necessariamente fazer nada para perturbar o equilíbrio das forças sociais.

Especificamente sobre o capital simbólico¹⁹, este tipo de capital, segundo o autor, é fundado sobre atos de conhecimento e reconhecimento, que consiste no reconhecimento atribuído pelo conjunto de pares no interior de um campo (Bourdieu, 2003):

O capital simbólico – outro nome da distinção – não é outra coisa senão o capital, qualquer que seja a sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção resultantes da incorporação da

¹⁹ Este conceito está relacionado com a noção de “poder simbólico” que, sucintamente, pode ser definido como: “(...) o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo o exercem”. (Bourdieu, 1989: 08)

estrutura da sua distribuição, quer dizer, quando conhecido e reconhecido como algo óbvio. (Bourdieu, 2003: 145)

Assim, em um determinado campo social, os agentes são distribuídos tanto de acordo com o volume global do capital que eles possuem sob diferentes espécies, quanto de acordo com a estrutura de seu capital, ou seja, segundo o peso relativo das diferentes espécies de capital, econômico e cultural no volume total de seu capital.

O conceito de capital é proveniente das ideias de Marx acerca do desenvolvimento do capitalismo. Karl Marx via a propriedade dos meios de produção como a divisão fundamental na sociedade, conferindo vantagem social aos capitalistas que são capazes de dominar os trabalhadores. Para Bourdieu, porém, o capital econômico é apenas uma das muitas formas de capitais nas quais os indivíduos e grupos sociais podem obter vantagens.

Há três maneiras nas quais o capital pode existir na teoria bourdiana, em um estado incorporado – isto é, nossas formas de pensar, falar e movimentar nosso corpo; em um sentido objetificado – que significa propriedades; e, de uma maneira institucionalizada (Giddens, 2006). Um capital não existe e funciona senão em relação a um campo: isto confere poder sobre o campo.

O campo é também um campo de lutas; portanto, as estratégias dos agentes dependem de sua posição no campo, que é, uma distribuição do capital específico. A distribuição de diferentes tipos de capitais define a dimensão em todos os campos, então, os agentes em um setor criam afinidades com pessoas ou práticas na mesma posição relativa em outros campos. E mais, o capital de um determinado grupo não é simplesmente a soma dos capitais de seus membros, mas sim o grupo como um ente autônomo e produtor de capital.

No conceito bourdiano de Capital há duas dimensões que devem ser enfatizadas, a dimensão histórica e a institucional. Capital é, em certa medida, uma questão historicamente estabelecida, com redes institucionais bem definidas e padrões reconhecidos. É sugerido que o conceito de espaço social anteriormente apresentado pode também ser lido como um conjunto rigoroso das categorias historicamente constituídas e adquiridas que organizam a ideia do mundo social na mente de todos os sujeitos que pertencem a esse mundo e que são moldados por essa estrutura.

Desta forma, o *habitus* do agente, somado com suas trajetórias e estratégias que são produzidas ao longo de sua vida, oferece uma estrutura dinâmica que se caracteriza pelas lutas e manobras dos agentes preocupados com a manutenção e / ou melhorar a sua posição com relação a uma forma particular de capital em jogo. Assim, o volume de capital de um agente não depende apenas do número de cargos ocupados em vários campos ou sub-campos, mas depende também da posição destes campos na hierarquia que estrutura o campo do poder.

Com relação ao conceito de capital no campo da saúde, pode-se afirmar que a relação entre capital social e de saúde, na teoria de Bourdieu, fornece uma abordagem de que os indivíduos com baixa quantidade de capital social estão mais propensos a adoecer.

➤ *Saúde e a busca por distinção*

Na teoria de Bourdieu, as práticas sociais são baseadas tanto na estrutura objetiva que define as restrições internas que afetam a interação, quanto na experiência imediata dos agentes, que formam as categorias de percepções internas. Quando Bourdieu explicita esse processo e fala da interiorização das condições de classe e sua transformação em

disposição pessoal para a ação, ele está descrevendo condições semelhantes ao conceito de Weber sobre as oportunidades de vida que determinam materialmente, socialmente e culturalmente o que é provável, possível ou impossível para um membro de uma determinada classe social ou grupo. Indivíduos que internalizam oportunidades de vida semelhantes compartilham o mesmo *habitus*, porque, como Bourdieu (1977) explica, eles são mais propensos a ter experiências semelhantes compartilhadas:

(...) embora seja impossível para todos os membros da mesma classe terem as mesmas experiências, é mais provavelmente possível que os membros da mesma classe sejam confrontados com situações mais frequentes (Bourdieu, 1977: 85).

Como resultado, há um alto grau de afinidade nas escolhas de estilo de vida de saúde entre os membros de um mesmo grupo social. De acordo com Cockerham (2007), Bourdieu aponta que, enquanto agentes podem divergir dos padrões de classe, estilos pessoais nunca são mais do que um desvio de um estilo de uma classe que remete ao estilo comum por sua diferença. Escolhas também tendem a refletir a posição de classe, porque as pessoas em uma ação de classe social semelhante possuem o mesmo *habitus* geral.

A busca por distinção refere-se a uma necessidade constante de status renovado por determinados grupos sociais. Este processo ocorre quando o status tradicional torna-se amplamente acessível e emerge um sentimento de diferença. Como vimos anteriormente, segundo Bourdieu, os agentes estão distribuídos no espaço social em duas dimensões principais, a) em primeiro lugar, de acordo com o volume global de capital que eles possuem e, b) em segundo lugar, de acordo com a estrutura do seu capital, que se refere ao peso relativo dos diferentes tipos de capital em relação ao volume total do seu capital.

Assim, os grupos dominantes tendem a rejeitar alguns tipos de práticas de consumo, que são consideradas comuns (Bourdieu, 1984).

Em estudo realizado por Almeida (2010) no Sistema Judiciário Brasileiro, foi possível identificar, ao analisar a trajetória de vida dos membros dessa elite legal e o processo de estruturação e diferenciação do campo jurídico brasileiro, certas estruturas de capital simbólico, produzido e acumulado em todo esse processo e a maneira como esses sujeitos se apropriam deste tipo de capital para obter altas posições na hierarquia. E mais, a existência de processos de distinção em relação a outros juristas que se movimentam neste campo. (Almeida, 2010).

Dessa forma, torna-se central para o processo envolvido na busca por distinção social a capacidade dos grupos dominantes em definir seus corpos e estilos de vida como superior, ou “digno de respeito”, o que significa, literal e simbolicamente, a personificação de uma determinada classe social (Williams, 1995). De qualquer forma, as classes dominantes controlam a “moeda” de status legítimo, controlando os símbolos, que podem tanto alterar quanto manter o que se define como obsoleto (porque mais acessível) (Berger, 1986). Nesse sentido, de acordo com Bourdieu:

(...) O *habitus* é capaz de produzir práticas e representações que estão disponíveis para a classificação, que são objetivamente diferenciadas; mas ele é imediatamente percebido como tal apenas no caso de agentes que possuam o código, os modelos classificatórios necessários para compreender o seu significado social (Bourdieu, 1990: 131).

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de compreender a origem do poder da elite e as dinâmicas relacionadas à dominação e ao reconhecimento que permite com que esses indivíduos subam na hierarquia desse sistema. Segundo Burawoy (2011), a

dominação subjacente às relações entre classes é transcrita na afirmação da superioridade cultural que os dominados aceitam como sendo o atributo intrínseco dos dominantes. Essa dominação, por sua vez, é legitimada pelo Estado na visão do autor, consagrando tais distinções e definindo quem deve ser considerado um cidadão, quem possui uma credencial educacional e assim por diante. Nesse sentido, o Estado não possui apenas o monopólio legítimo da violência física, mas também o monopólio da violência simbólica.

Conforme Bourdieu, a dominação – seja a de classe, seja a de gênero - é mantida graças à existência de um universo simbólico que redefine categorias de distinção e, por meio delas, mistifica a realidade subjacente (Burawoy, 2011: 67).

Em sua obra “A Distinção. Crítica Social do Julgamento” (1979), Bourdieu desenvolve uma potente ferramenta analítica a fim de analisar a estruturação de classe social, que se encontra cada vez mais caracterizada pela heterogeneidade, fragmentação cultural e da transgressão de fronteira da vida social pós-moderna (Holt, 1997). Nesta obra sociológica clássica de Bourdieu, ele e seu grupo de pesquisa construíram uma etnografia do gosto francês. Este estudo é baseado em dois inquéritos por amostragem e complementados por dados de vários outros levantamentos. Os inquiridos foram questionados sobre seus conhecimentos, gostos, opiniões e práticas sociais, sobre assuntos como pintura, leitura, filmes, músicas, comida, fotografias, roupas, esporte, mobiliário doméstico, e teatro. O autor analisou a concorrência de classes e o papel da cultura na reprodução das classes sociais na França.

A teoria da distinção social desenvolvida por Bourdieu é sociologicamente útil para construir a correspondência entre práticas culturais (aqui podemos incluir as terapias biomédicas convencionais e as não convencionais) e classes sociais.

Os sistemas de classificação cultural, Bourdieu argumenta, estão enraizadas no sistema de classes. Em seu quadro sociológico, que analisa o fim das fronteiras entre a alta cultura e o consumo comum, o autor demonstra que o julgamento não é um dom inato, mas sim uma habilidade social adquirida em lutas de classe por meio de lutas simbólicas no campo da produção cultural (Wacquant, 2002).

De acordo com Jenkins “*O argumento central de Bourdieu em A Distinção é que as lutas sobre o significado no mundo social são um aspecto das lutas de classe*” (Jenkins, 1992: 147). Em “A Distinção”, Bourdieu identifica uma homologia entre o espaço dos estilos de vida e o espaço das posições sociais, o que dá sentido à prática social. De acordo com o autor:

(...) as práticas ou gostos relacionados com as diferentes classes em diferentes áreas de práticas são organizadas de acordo com as estruturas de oposição, que são homólogos entre si porque todos eles são homólogos à estrutura de oposição entre as condições objetivas de classe (Bourdieu, 1984: 175).

Não devemos esquecer, contudo, que Bourdieu escreveu tudo isso a partir da realidade da França e precisamos evitar sermos anacrônicos e transportar diretamente sua perspectiva para o contexto brasileiro atual. Porém, a teoria de Bourdieu nos ajuda a compreender como o gosto depende da ideia que cada classe tem, através de seu *habitus*, do seu próprio corpo. Por exemplo, os efeitos da MT e das MAC no corpo em termos de saúde, e as categorias que os sujeitos utilizam para avaliar esses efeitos, alguns dos quais podem ser importantes para uma classe, mas podem ser ignorados por outra, ou classificado de maneira muito diferente.

O uso de MT e MAC é claramente parte do escopo social de pacientes crônicos. Seu uso tem um importante significado sociocultural na construção da identidade do paciente e na diferenciação entre grupos. O quadro teórico de Bourdieu nos permite analisar os tratamentos não convencionais e seu acesso de acordo com a posição do indivíduo no espaço social.

➤ *Relações entre classes sociais*

Partimos da hipótese de que diferentes posições no espaço social pode implicar em diferentes *habitus*. Tais disposições influenciariam o comportamento prático, escolhas e preferências em geral. Além disso, o conceito de *habitus* é aplicado no sentido de disposições e esquemas de percepções que transformam a prática, baseadas em características relacionais em uma posição de classe específica, que geralmente define o estilo de vida, tal como se dá a escolha por tratamentos de MT e MAC.

Estes são diferentes capitais que, combinados, formam a estrutura social: econômica, cultural, política e simbólica. A relação entre indivíduo e sociedade, segundo a noção de *habitus*, permite-nos pensar as dimensões individual, pessoal e subjetiva como social e coletiva. O conceito de campo, por sua vez, refere-se a estrutura das relações objetivas, para explicar as interações concretas entre grupos sociais.

No modelo de sociedade proposto por Bourdieu, o espaço social, inter-relacionado com o conceito de campo, também é importante para a compreensão das classes sociais. Os conceitos de *habitus*, de campo, e de capital também fazem parte de uma teoria da formação de grupos e de classes: *"O volume de capital social de um agente não depende apenas do número de posições dos campos nas estruturas de hierarquia do campo do*

poder" (Denord, 2011: 90).

Alguns autores argumentam que não devemos avaliar a localização do indivíduo em uma determinada classe social apenas em termos de economia, mas também em relação a fatores culturais. Para Bourdieu, especificamente, a dimensão econômica é importante, mas as classes não são apenas construídas em referência a ela. Experiências de vida das pessoas e as oportunidades dependem muito de como a categoria social é classificada.

Sendo assim, quando Bourdieu se refere à noção de classes sociais, ele é inspirado por Max Weber, que conceitua classe social como um sistema de condições e posições. Como Karl Marx, Weber considerava a sociedade caracterizada por conflitos de poder e luta por recursos.

No entanto, para Weber há um poder simbólico que se sobrepõe ao poder econômico em diversas situações. A forma como esses poderes são distribuídos entre os indivíduos refere-se a noção de Weber de *Ordem Social*. Este autor desenvolveu uma visão multidimensional da sociedade, em que a estratificação social não é simplesmente uma questão de classe. De acordo com Giddens (2006), em sua teoria social da estratificação, Weber formula três componentes principais para explicar a estratificação:

- (i) classe social, determinada economicamente e com relação ao mercado;
- (ii) status social, refere-se a diferenças entre grupos sociais no que diz respeito à honra e ao prestígio. Além do mais, o status é expressado por meio do estilo de vida da pessoa;

- (iii) formação partidária, como um aspecto importante do poder e que pode influenciar a estratificação social, independentemente da classe e do status. Partido define um grupo de indivíduos que trabalham juntos por motivações, objetivos e interesses comuns.

Entretanto, na perspectiva de Bourdieu, a teoria da estratificação de Weber opõe, de certa forma, o reino da classe (chances de vida em mercados econômicos) ao reino do status (quanto de honra contida no estilo de vida). O conceito de classe social de Bourdieu sugere ser muito mais amplo. No quadro referencial de Bourdieu, as classes sociais podem ser caracterizadas como conjuntos de agentes que, em virtude de ocuparem posições semelhantes no espaço social e compartilharem valores, são dotados de disposições semelhantes que os levam a desenvolver práticas semelhantes.

Dessa forma, dependendo de sua posição no espaço social, os diversos agentes não possuem oportunidades iguais para aderir às diferentes formas de existência coletiva. A posição de um indivíduo ou grupo na estrutura social não pode ser definido apenas em uma perspectiva estática, ou seja, como uma posição relativa (superior, médio ou inferior) em uma estrutura em um contexto específico. É atribuído aos agentes e a um conjunto de agentes uma dada posição, um local ou uma classe em relação a posições vizinhas. Tais posições, por sua vez, são definidas de maneira relativa a um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes. De acordo com Bourdieu (1987):

Os agentes que ocupam posições vizinhas no espaço são colocados em condicionantes semelhantes: conseqüentemente, eles têm todas as chances de ter disposições semelhantes e interesses, e, portanto, de

produzir práticas e representações de um tipo similar. Assim, aqueles que ocupam a mesma posição tem todas as chances de ter o mesmo *habitus*, pelo menos na medida em que as trajetórias que os trouxe a essas posições são semelhantes (Bourdieu, 1987: 04).

Em sua obra, o autor, em vários momentos, opõe as classes sociais, ora por sua posição em um determinado espaço de poder (dominantes/ dominados), ora por sua trajetória global em uma temporalidade (ascendentes/ descendentes), ora por uma combinação dos dois critérios (alta burguesia/ pequena burguesia ascendente; burguesia em declínio/ classes populares).

Cada classe ou fração de classe é definida simultaneamente por um estilo de vida (bens consumidos/ práticas culturais) e por uma relação específica com o futuro, que inclui os recursos em capital econômico e cultural, ou seja, o volume e estrutura do patrimônio.

Uma classe social se torna, como dito anteriormente “*a classe dos indivíduos dotados do mesmo habitus*” (1987), ou seja, munidos das mesmas disposições para com o futuro, por partilharem as mesmas trajetórias típicas. Para manter sua posição dominante sobre o conjunto da sociedade, a classe dominante deve converter uma parte de seu capital econômico em capital cultural com tanto vigor a ponto de mudar as regras do próprio jogo econômico.

Ainda em sua obra “A Distinção”, Bourdieu assinala que a dominação subjacente às relações entre classes é transcrita na afirmação da superioridade cultural que os dominados aceitam como sendo atributo intrínseco dos dominantes. E mais, dentro desse processo de dominação que é, ao mesmo tempo velado e tido como inato, o Estado é o grande consagrador das distinções produzidas.

Enfim, o quadro teórico proposto por Bourdieu sugere que as escolhas culturais e as práticas sociais podem refletir e influenciar relações de poder, além de promover a consciência de identidade e o interesse comum de grupos. A classificação individual ou coletiva são fruto de lutas que visam transformar as categorias de percepção e de apreciação do mundo social e, com isso, o mundo social em si, é de fato, na maioria das vezes, uma dimensão esquecida da luta de classes.

Desta forma, a posição na luta por classificação depende inteiramente da posição do agente na estrutura de classe. E mais, antes mesmo que possa haver lutas de classe para a conquista da hegemonia, deverá haver lutas pela afirmação da existência e do significado das classes sociais. Assim, classifica-se antes mesmo de se dominar.

Como resultado, a estrutura implica que o gosto cultural pode ser utilizado para localizar e identificar as classes, assim como as próprias classes podem ser usadas para classificar os gostos e as práticas culturais. No que se refere ao processo ativo de estruturação de classe, a construção e posições consolidadas ou *habitus*, o mapeamento de padrões culturais e de consumo passa a ser elemento de extrema importância para a análise.

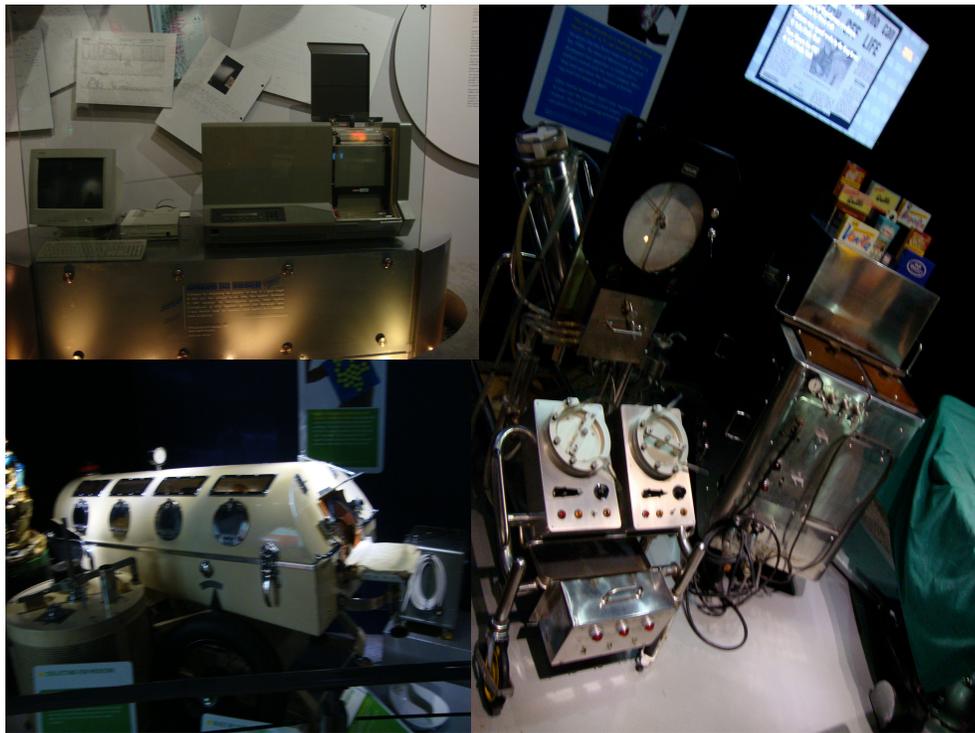
A Saúde se torna uma expressão da interpretação do mundo, e também de uma classe específica que interage com outras classes por meio de "performances culturais" (Blaxter, 2004). Segundo a equação clássica: "o gosto classifica, e classifica o classificador", os agentes sociais a quem o sociólogo classifica são os produtores não só de atos classificáveis, mas também de atos de classificação, que são classificáveis.

Embora a teoria de Bourdieu baseie-se na sociedade francesa, podemos utilizar criticamente seus conceitos e teorias sociológicas a fim de pensar o caso específico do

Brasil. Este país que é caracterizado por desigualdades e diferenças profundamente fortes de classe.

Segue a segunda parte da Tese, a da análise empírica acerca da realidade brasileira a partir dos três grupos de terapias utilizadas pelos pacientes entrevistados: as Medicinas Tradicionais, as Medicinas Alternativas e Complementares e as Medicinas Tradicionais, Alternativas e Complementares utilizadas ao mesmo tempo.

*Evidenciando Processos Empíricos de
Diferenciação Social*



Fotos tiradas no *Science Museum* em Londres, Inglaterra (Agosto de 2011).

– CAPÍTULO IV –

As Medicinas Tradicionais do Brasil



“Carlito é Kaxinawá. Vende picolé nas ruas de Rio Branco, capital do Acre, e por outra trabalha como assistente de antropólogos e de uma ONG. Mas é xamã também, misturando técnicas emprestadas dos Yawanaua e Katrikina do Gregório e do Tarauacá, combinadas com rituais tomados da Umbanda, aprendidos em Belém e Manaus. Sua clientela é formada por sua própria e grande família e por antigos seringueiros dos bairros mais pobres de Rio Branco. Nada disso nos surpreende mais. Tampouco nos surpreendem seu conhecimento das crenças xamânicas Ashaninka e seu relativismo” (Cunha, 1998: 15).

Começaremos o capítulo com esse trecho do artigo de Manuela Carneiro da Cunha (1998) “Sobre a floresta amazônica: xamanismo e tradução”. Nesse extrato, a autora nos apresenta a história de Carlito, um representante, ao meu ver, das dimensões sociais que se articulam a partir do chamado conhecimento tradicional brasileiro: práticas terapêuticas de cura milenares, redes de sociabilidade dispensadas, classes sociais fortemente demarcadas. Espero desenvolver essas questões ao longo deste primeiro capítulo empírico, fazendo um paralelo com as entrevistas de um grupo bem particular da população brasileira, pacientes com DM tipo 2 que se tratam em um serviço público de saúde na cidade de Campinas, São Paulo.

Chás, remédios caseiros e tradicionais que os brasileiros usualmente utilizam em sua prática cotidiana fazem parte do conhecimento tradicional de nosso país. Legalmente,

o reconhecimento do saber tradicional no Brasil foi firmado durante a Convenção da Diversidade Biológica, assinada em 1992, cujo artigo 8j reza o seguinte em relação ao conhecimento tradicional:

j) Em conformidade com sua legislação nacional, respeitar, preservar e manter o conhecimento, inovações e práticas das comunidades locais e populações indígenas com estilo de vida tradicionais relevantes à conservação e à utilização sustentável da diversidade biológica e incentivar sua mais ampla aplicação com a aprovação e a participação dos detentores desse conhecimento, inovações e práticas; e encorajar a repartição equitativa dos benefícios oriundos da utilização desse conhecimento, inovações e práticas.

Historicamente, no que se refere em específico às questões de saúde, essas práticas culturais configuram-se a partir da transmissão de métodos leigos de cura, integrando, principalmente, o cotidiano das classes menos favorecidas no Brasil. As origens destas práticas remontam à mescla de elementos presentes na medicina portuguesa, na arte curativa africana e na dos índios do Brasil, conformando a formação cultural da sociedade brasileira. Dessa forma, ao longo do tempo, benzeção, pajelança, reza, bruxaria, raízes e plantas curadoras moldaram a medicina tradicional em nosso país.

A relação com as terapêuticas e a constituição da sociedade brasileira é trazida por Freyre em *Sobrados e Mucambos – Decadência do Patriarcado Rural e Desenvolvimento do Urbano* quando o autor argumenta: “São vários os remédios de negro e mesmo de caboclo, de matuto, de caipira, de sertanejo que têm sido desprezados pelos civilizados como indignos de gente fina ou delicada” (Freyre, 1968: 380). Assim, os remédios para os “civilizados” eram importados da Europa, com base nos conhecimentos científicos e legais da medicina da época e tomados como ostentação da

classe superior em detrimento das classes pobres que se utilizavam das medicinas populares, tradicionais²⁰.

Segundo Queiroz & Canesqui (1986), os autores chamados “folcloristas” foram os primeiros a sistematizar teoricamente as então “medicinas populares”²¹: “(...) *como ocorre, por exemplo, com Cabral (1958) e Maynard Araújo (1959), considera a medicina popular como um conjunto de crenças e práticas rústicas e imitativas, resultado da difusão de medicinas eruditas passadas e das diferentes etnias que compuseram a população brasileira*” (Queiroz & Canesqui, 1986: 141). Essa característica tem sua origem associada à formação da cultura brasileira e perpetua até hoje, como pode ser percebido por meio dos resquícios dessa conformação no perfil socioeconômico dos pacientes que foram entrevistados neste estudo e que são o foco de análise neste primeiro capítulo empírico.

Para este estudo optamos por denominar as práticas de cura genuínas do Brasil como Medicina Tradicional, conforme elaboração conceitual proposta pela OMS (2000). É importante, contudo, apenas ressaltar a respeito da denominação “tradicional” que, seguindo Manuela Carneiro da Cunha (2009) “*Há pelo menos tantos regimes de conhecimento tradicional quanto existem povos*” (Cunha, 2009: 302).

²⁰ Evidentemente que não eram somente os remédios os marcadores de diferenciação de classes, segundo Freyre, mas também as doenças, uma vez que existiam doenças específicas para as diferentes classes sociais: “(...) *deve-se notar que eram principalmente os senhores que sofriam da ‘doença dos cavaleiros’, isto é, a ‘sciatica’ que afligia os cavaleiros depois de longas caminhadas a cavalo ou a mula, devido à quentura que o corpo do animal – principalmente da mula – se comunicava às pernas do homem. Enquanto eram comuns entre os negros das senzalas, doenças de sedentários como a que se atribuía à ‘friagem’ do chão ou do barro onde muitos dormiam e que, de qualquer modo, quase não acizentava, descorava e matava senão escravo de eito: a então chamada ‘hypoemia inter-tropical’*” (Freyre, 1968: 395).

²¹ A discussão sobre os conceitos de medicinas populares e tradicionais já foi abordada no primeiro capítulo da Parte I desta tese.

Nesse sentido, a homogeneização terminológica é necessária neste caso para simples distinção dos termos usados recorrentemente neste trabalho, tais como, medicina convencional ou conhecimento científico e medicina alternativa e complementar: *“Pois enquanto existe por hipótese um regime único para o conhecimento científico, há uma legião de regimes de saberes tradicionais”* (Cunha, 2009: 302).

* * *

No campo dos serviços públicos de Saúde do SUS no Brasil, as práticas terapêuticas tidas como “naturais” começam, a partir de 2006, a ganhar relevância no cenário nacional. Assim, são enfatizadas tais práticas de cuidado à saúde, por meio do incentivo à criação de farmácias populares, incluindo iniciativas comunitárias, como hortos ecológicos a fim de promover a cidadania e a integração do saber popular ao saber científico (Figueiredo et al, 2005). Em 2006 tem-se a publicação do Decreto no. 5.813, de 22 de junho que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, cujo objetivo principal é: *“(...) garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”* (Documento BRASIL, 2006: 27).

Em Revisão da Literatura sobre a produção científica acerca da utilização de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, Silvello (2010) traz alguns dados importantes que podem contribuir para a presente discussão. Em sua revisão, o expressivo número de artigos apontam como importante argumento para a oferta de fitoterápicos pelo SUS a

redução de custos ou a economia gerada com tal medida, além de estimular o desenvolvimento local, tanto em seus aspectos econômicos quanto sociais. Dentre os desafios apontados na literatura destacam-se: o crescente uso de substâncias sintéticas para o tratamento das enfermidades, a partir do avanço da biomedicina; o uso indiscriminado dos recursos naturais, sem a preocupação com efeitos tóxicos e de cuidados com as plantas; e o desconhecimento que se tem sobre o tema, devido ao debate escasso sobre a temática e ao surgimento recente de discussões nessa área. Há também relatado o pouco apoio científico, de gestão e político, além da falta de políticas públicas com recursos econômicos necessários para uma melhor implementação dessas práticas no SUS.

Evidentemente que, apesar das tentativas de legalização e institucionalização das MT, o uso dessas terapêuticas curativas independe da comprovação científica, como veremos mais adiante, uma vez que está imbuído de valores sociais, culturais e históricos da sociedade brasileira. Araújo (2000) afirma que existem diversas maneiras pelas quais esse conhecimento popular de cura encontra para se perpetuar, utilizando-se de brechas deixadas pelo sistema médico oficial.

Se o espaço social proposto por Bourdieu é um espaço primordialmente de disputas, destaca-se a importância de estruturas simbólicas, como a cultura, como um ponto de exercício de legitimação de um grupo sobre os outros. Quando nos referimos aos direitos intelectuais sobre os conhecimentos de povos tradicionais, a cultura ganha, segundo Cunha, um caráter político, servindo como “arma dos fracos” e daí, o termo cultura ganha aspas: “cultura”.

De acordo com Almeida (2007 apud Cunha 2007) ainda em relação à Bourdieu, o peso das estruturas simbólicas na obra do autor diz respeito ao lugar da cultura nos processos de hierarquização e diferenciação social:

Convém ressaltar que os sistemas simbólicos dominantes ou legítimos numa dada configuração social são aqueles construídos e operados pelos grupos que conseguiram se colocar em posição dominante. A cultura torna-se, então, dominante porque é a cultura dos grupos dominantes, e não porque carrega em si algum elemento que a torne superior. (Cunha, 2007: 505)

Certamente que a cultura dominante não é um reflexo automático da posição dos grupos dominantes, mas sim, a hegemonia de suas práticas culturais é também o resultado de uma luta. Nessa disputa, acredito que Manuela Carneiro da Cunha nos acrescenta a noção “cultura” que apresenta claras disparidades com a cultura (e aqui incluo a noção de Bourdieu com base nos sistemas simbólicos): *“Isso não quer dizer que seus conteúdos necessariamente difiram, mas sim que não pertencem ao mesmo universo de discurso, o que tem consequências consideráveis”*. (Cunha, 2009: 312)

* * *

Neste capítulo analisaremos, num primeiro momento, o perfil dos entrevistados para então olharmos para o discurso acerca das MT, seus diversos saberes envolvidos nas variadas receitas e simpatias utilizadas para o tratamento do DM tipo 2 e suas relações com outros grupos de pacientes que escolhem não utilizar as MT, mas sim as MAC.

O perfil dos 34 pacientes com DM tipo 2 entrevistados que utilizam *somente MT* é caracterizado por pessoas que, em sua maioria, são atendidos pela rede pública de saúde

e não possuem planos privados de saúde. São predominantemente mulheres (aqui a diferença de sexo apresenta-se extremamente significativa), com idades entre 50 e 80 anos. A questão de sexo é significativa para este grupo pois as mulheres são em grande parte as responsáveis pela transmissão do saber tradicional, principalmente os chás e as receitas, constitutivos do universo feminino.

Professam religião católica em sua maioria, seguida da evangélica. Relatam cor/etnia branca, aparecendo uma minoria negra, o que não acontece nos outros segmentos, dos pacientes que utilizam somente MAC ou MT e MAC concomitantemente. Os entrevistados são em sua maioria casados, com ensino fundamental e médio completos. Quanto à renda familiar mensal, apresentam maior concentração na faixa entre um e cinco salários mínimos.

Segue a tabela ilustrativa dos dados apresentados acima:

Tabela 2 – Perfil socioeconômico dos pacientes que utilizam somente MT

		Pacientes Entrevistados	
	Variável	F	%
Sexo	Masculino	10	29,4
	Feminino	24	70,6
Idade	< 30 anos	0	0
	30 a 39 anos	0	0
	40 a 49 anos	4	11,8
	50 a 59 anos	10	29,4
	60 a 69 anos	12	35,3
	70 a 79 anos	6	17,6
	80 a 90 anos	0	0
	Não informado	3	8,8
Estado Civil	Solteiro	1	2,9
	Casado	23	66,2

	Divorciado	3	8,8
	União estável	2	5,9
	Viúvo	5	13,3
	Não informado	1	2,9
Etnia (por auto definição)	Branca	22	64,7
	Negra	9	26,5
	Morena	0	0
	Parda	0	0
	Não informado	3	8,8
Religião	Católica	19	55,9
	Evangélica	10	29,4
	Espírita	2	5,9
	Outras	0	0
	Ateia	1	2,9
	Não informado	2	5,9
Anos de estudo	Não estudou	2	5,9
	1 a 4 anos	11	32,3
	5 a 8 anos	8	23,5
	9 a 14 anos	3	8,8
	12 a 15 anos	4	11,8
	Mais de 15 anos	0	0
	Não informado	7	20,6
Renda familiar mensal (em reais)	Não sabe/Não quis responder	1	2,9
	< que 1 SM	0	0
	Entre 1 e 3 SM	18	52,9
	Entre 3 e 5 SM	6	17,6
	Entre 5 e 7 SM	1	2,9
	Entre 7 e 9 SM	0	0
	Entre 9 e 11SM	3	8,8
	Entre 11 e 13 SM	0	0
	Entre 13 e 15 SM	0	0
	Mais de 15 SM	2	5,9
Não informado	4	11,8	

Fonte: Pesquisa própria

A caracterização do perfil destes pacientes encerra-se no que Pochman (2012) afirma ser, historicamente, uma das principais características do capitalismo brasileiro, a passagem de uma sociedade agrária para uma sociedade urbano-industrial assentada, sobretudo, na condição de uma economia de baixos salários aos quais foram submetidos

as classes trabalhadoras. Característica esta aliada ao baixo grau de escolaridade e às poucas oportunidades de mobilidade na estrutura social. Para o autor: “(...) *trata-se de um movimento histórico, constituído, inclusive, como herança desde a fase pertencente à antiga economia colonial, quando havia ainda uma forte utilização do trabalho escravo*” (Pochman, 2012: 23).

Para Florestan Fernandes, segundo Ribeiro (2007), as desigualdades sociais, econômicas e política no Brasil vincula-se a um regime de classes sociais que preservam distâncias e barreiras sociais antigas nas relações entre diferentes estratos sociais ou até mesmo em um processo de produzir novas distâncias. As desigualdades, para Fernandes (1965, 1968, 1974) são estruturais e originárias do regime de classes da emergente sociedade industrial periférica, cujas raízes se assentaram na sociedade agrária e rural, fortemente caracterizada pela agricultura de exportação e regime escravista, que dava lugar às crescentes industrialização e urbanização. Enfim, compartilhamos com Ribeiro (2007) o argumento formulado por Fernandes para compreender as características da sociedade brasileira de que “*as diversas formas de desigualdade social estão ancoradas no regime de classes e de que este regime é profundamente marcado pela sociedade agrária anterior*” (Ribeiro, 2007: 91).

Especificamente sobre o baixo grau de escolaridade desses pacientes entrevistados é tácito que as inúmeras deficiências do sistema educacional, principalmente a falta de um sistema educacional bem organizado, são crônicas na sociedade brasileira desde o período de grandes mudanças sociais e econômicas às quais o Brasil foi submetido ao longo do século XX até os dias atuais.

Evidentemente que a renda *per capita* familiar e o grau de escolaridade não são os únicos elementos capazes de definir a inserção dos indivíduos no mercado consumidor da sociedade (Maia, 2006), há também elementos simbólicos e de poder que, como vimos no capítulo de Revisão da Literatura são estruturantes dos grupos de classes sociais, segundo Bourdieu.

As desigualdades sociais que acabam acarretando em diferenciação no consumo de práticas de saúde podem ser observadas, ainda levando em conta a teoria de Bourdieu, a partir da distância que separa diferentes grupos de classe em termos de condições de vida disponíveis, seus *habitus*, sendo que, quanto maior for essa distância, maior será desigualdade e as diferenças no consumo.

Assim, no que se refere à utilização das práticas terapêuticas tradicionais, as MT mais utilizadas por esse grupo são os chás, muito tradicionais na cultura brasileira, provenientes de diversas receitas e com variadas misturas de ervas. A questão da utilização das plantas com finalidade curativa vem ganhando importante relevância nos cenários acadêmico, institucional e principalmente, popular brasileiros.

➤ *Aspectos místicos e religiosos na utilização dos chás*

Destacam-se, assim, neste mercado de utilização das ervas curadoras, os chás de jambolão, pata de vaca e da folha de insulina. É importante ressaltar que o uso de chá, muitas vezes, é utilizado pelos pacientes em seu sentido mágico-religioso, como uma “simpatia” para a cura ou como um processo de prova religiosa, no qual Deus é aliado incondicional ao tratamento, mudando a vida dos pacientes.

Nesse sentido, mesclam-se medicina popular e religiosidade, elementos frequentemente articulados no espaço-tempo da formação da sociedade brasileira. Segundo Silva (2008), estudos específicos sobre a articulação destas temáticas são extremamente relevantes, uma vez que nos falam sobre as práticas de saúde desenvolvidas em nosso país desde o Brasil colônia. Embora este não seja o foco de análise do presente trabalho, o aspecto mágico-religioso de cura aparece no discurso dos entrevistados, como pode ser notado na citação a seguir:

O Espinho de Carneiro, ele pega mesmo no carneiro; e você vai tirar, ele tem duas pontinhas que furam, sai até sangue. E para colher ele, tem que estar o pé seco; aí você tem que colocar numa peneira e deixar ele secar, não no sol, só no ar, no vento. Vai virando. Aí, depois que está bem sequinho, você coloca um saco plástico na mão, por conta dos espinhos, aí você vai esfarelar a folha com aquele espinhos, coloca num tupperware com tampa e aí você faz. Cada vez que você vai fazer um copo de chá, você põe lá uma medida, uma meia colher daquele pó, deixa ferver por uns cinco minutos e deixa lá; quando esfriar você toma. Côa e toma.

Encontrei forças pra viver. Mas eu imagino hoje se eu não tivesse essa aproximação espiritual, essa aproximação com Deus, entender propósitos, entender que há mistérios, como eu vejo, há mistérios. Porque dizer assim, Deus cura tantas coisas, há tantas passagens bíblicas que Deus curou, hoje nós vemos muitos milagres de Deus acontecer, como pode acontecer na minha vida? (Entr. 18 – Público).

➤ *O natural e o científico*

Os chás, de maneira geral, atuam tanto como controladores glicêmicos na busca pela cura do DM tipo 2 quanto para o gerenciamento de outros males, tais como a obesidade e o colesterol. Justamente por serem naturais e não possuírem efeitos colaterais, os chás são utilizados para o acometimento de diversas doenças.

P: Mas como é que o senhor toma o chá, todo dia?

R: Ah, de vez em quando, dia sim, dia não, uma vez por semana. E controla, viu.

R: Todo dia não.

P: Controla?

R: E é bom pra soltar a urina, viu.

P: E solta a urina?

R: E solta a urina e não mexe com a pressão, nada, né (Entr. 13 – Público).

R: Porque eu acho, em minha opinião, que os chás, as raízes trazem menos conseqüências para gente do que as outras medicações normais, que eu acho...

P: Você diz efeitos colaterais?

R: Efeitos colaterais, exatamente isso. Além de curar e cuidar daquela sua doença, ela ainda te ajudaria... É... Te ajudaria em outros setores (Entr. 16 - Público).

R: Olha, por enquanto não, é que é natural, né, é chá, não faz mal. Na verdade, eu acredito que faz menos mal do que o próprio remédio que intoxica a gente né. E chá a gente aprende, todo mundo usa, não faz mal não (Entr. 01 - Público).

O “ser natural” também incita a construção de um outro argumento bastante recorrente na fala dos entrevistados e que já é amplamente explorado em estudos da relação entre conhecimento tradicional e conhecimento científico (Cunha, 2009). Segue-se o argumento de que muitos dos medicamentos sintetizados e utilizados pela medicina científica são provenientes de substâncias existentes na natureza, como por exemplo, a insulina, cuja planta deu origem ao nome do medicamento.

O AS o que é? É um elemento que foi retirado de uma planta, que um dia funcionou para alguém; então vamos estudar o que essa planta produz e que te faz bem. Então eu acredito, por exemplo, que chá de erva cidreira é calmante, porque ela tem elementos dentro dela que vão funcionar como calmante. Entendeu? Então, eu não vejo pelo lado místico, eu vejo pelo lado científico da coisa. (Entr. 05 – Privado)

Embora existam juízos extremamente arrogantes, segundo Cunha (2009), por parte de cientistas, de que os conhecimentos tradicionais em nada contribuem para o

‘progresso da ciência’, “*porque a atividade que eles apontam, os seus usos tradicionais, não coincidem necessariamente com a atividade que a ciência descobre*” (Cunha, 2009: 305), este não é o sentido dado pelos entrevistados para esta discussão.

R: E o médico disse que tinha que tomar insulina. Ela falou “eu não aceito tomar insulina e não vou tomar!”

P: E o que ela fez?

R: Ela correu para um chazinho... (Entr. 16 – Público)

➤ *Redes de sociabilidade*

Outro aspecto importante que emerge das entrevistas e que também é bastante significativo na literatura são as **redes de sociabilidade** articuladas por esses pacientes e como elas se formam e se articulam durante a experiência da enfermidade. Um primeiro aspecto importante na análise de redes sociais é a família, com sua inegável influência nos processos de decisão terapêutica. Segundo Herzlich (2004), o ato de prestar atenção a estados corporais naquilo que diz respeito à saúde e à doença ocorre principalmente na esfera familiar, pois é a família que está profundamente implicada na preservação da saúde e em seus cuidados.

A chamada “família ampliada” também tem sido objeto de estudo por diversos autores na área da saúde, a fim de compreenderem as diversas formas com as quais os indivíduos lidam com a doença e realizam suas escolhas terapêuticas. Para Wolf (1963), é imprescindível distinguir entre relações interpessoais enquanto tais e os agrupamentos organizados e os arranjos estruturados da vida econômica, social e política no interior das quais elas se desenvolvem (Wolf, 1963 apud Feldman & Ribeiro, 2003: 92). Nesse sentido, a maneira como os pacientes entrevistados acessam uma determinada prática

terapêutica está para além de arranjos sociais organizados e estruturados. Acrescento, com isso, a função da esfera social composta por vizinhos, amigos e conhecidos do serviço de saúde nesse processo de gerenciamento do diabetes, que é bastante evidente nas falas dos entrevistados, como notado anteriormente.

P: Ta certo. E por que a senhora escolheu esse chá pra tomar?

R: Ah, porque me ensinaram pra mim, porque como eu já to tão desacoroçoada com o diabetes e toma insulina, toma remédio e toma, né, e minha barriga é tudo furadinha, eu furo três vezes por dia, né, tanto na barriga quanto na perna. Daí eu resolvi tentar pra ver, né, se dá certo, tem que pagar pra ver... Como eu tenho gordura no fígado, falaram que o chá é muito bom, né. (Entr. 01 - Público).

De fato, é fundamental a importância de compreendermos as relações entre rede saúde e saúde individual. Sluzki (1997) averiguou tal importância a partir de sua experiência clínica, incorporando o conceito de rede social em sua abordagem sistêmica, desenvolvendo o conceito de rede social pessoal definido como:

(...) a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou que define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem. (Sluzki, 1997: 41).

Sobre os efeitos da relação existente entre saúde individual e redes sociais, Castellanos (2007) chama atenção para o que Sluzki (1997) denomina de “círculos virtuosos” e “círculos viciosos” da saúde:

Os círculos virtuosos preveem que uma boa saúde individual facilita o acesso a uma grande gama de interações sociais, favorecendo a constituição de redes sociais mais estáveis e duradouras; ao mesmo tempo, uma rede social estável e duradoura, constituída por interações sociais que produzem fortes vínculos em seus membros, em geral

produz um efeito protetor para a saúde destes, na mediada em que atua com rapidez na identificação de alterações corporais, no encaminhamento à busca de ajuda, no oferecimento de apoio (emocional, operacional, econômico, etc.), dentre outros aspectos. Os círculos viciosos seriam instaurados pela situação oposta (Castellanos, 2007: 403).

O uso de MT para este grupo articula redes de sociabilidade que compartilham um conhecimento tradicional herdado por gerações, passadas de pais para filhos por meio da oralidade e íntegra, historicamente, o cotidiano das classes trabalhadoras no Brasil. Segundo Watts (1999), essas redes sociais são capazes de assumir dimensão política na organização da vida coletiva e distribuição de bens e serviços entre grupos, como percebemos no caso brasileiro.

Para Neto (2009) a concorrência entre racionalidades terapêuticas tem sua origem associada à formação cultural brasileira. Segundo o autor:

Passados pouco mais de cem anos da abertura da primeira faculdade de medicina (*década de 20 no Brasil*), o médico ainda sofria forte concorrência destas práticas não reconhecidas pela ciência, denominadas por ele, por esta razão, de curandeirismo ou charlatanismo (Neto, 2009: 88).

Florestan Fernandes em seu trabalho intitulado: *Folclore e mudança social em São Paulo*, com sua primeira edição publicada em 1942 defende o argumento de que essa medicina popular faz parte do universo rural tradicional do Brasil, em oposição a uma medicina oficial moderna que se configura como própria do mundo urbano. Em suas análises, Fernandes analisa a concorrência dessas racionalidades terapêuticas, a partir da relação entre rural e urbano.

Assim, a sobrevivência das práticas tradicionais se daria pela conservação da tradição por parte dos imigrantes rurais na tentativa de uma manutenção dos traços

culturais de uma época mais antiga. Esse argumento é recorrente na fala de muitos dos entrevistados deste grupo que, como vimos na caracterização socioeconômica dos participantes da pesquisa, possuem idades que variam entre 50 e 80 anos, o que caracteriza uma geração que tinha seus avós e pais ainda vivendo no ambiente rural e essa geração dos entrevistados, provavelmente é fruto do movimento migratório para a cidade que ainda conserva na memória essa tradição²². No que se refere à falta de recursos financeiros da maioria das pessoas de origem rural no Brasil, Ribeiro (2007) explica que tal fato ocorre pelas próprias características da sociedade rural brasileira, historicamente definida.

Segue o trecho de uma das entrevistas analisadas nesta pesquisa que explicita essa relação.

Que aí tem o vizinho, que são até mais velhos, né, aquela coisa assim, meio, da Medicina tradicional mesmo, que a gente aprendeu com nossos avós, com nossos tios mais velhos e que a gente exercita até hoje. Porque ninguém pode tirar a razão das raízes, das folhas, né, das ervas (...) Porque eu acho que o que a minha avó fazia lá no passado é tão importante quanto eu fazer hoje. Só que tem muitas pessoas que não tiveram esse convívio com seus antepassados. Meus avós, hoje, já são falecidos, eu já tenho neta, eu já tenha uma neta. Então a minha filha não teve o convívio que eu tive com a minha avó. Então eu acho que seria muito importante ter dados, divulgações que trouxessem – não cientificamente – dados e informações que trouxessem tranquilidade às pessoas para o uso disso... (Entr. 16 - Público)

Fernandes e Fontenelle (1959) deixam entender em suas análises que haveria, a longo prazo, uma adaptação dessa população rural ao meio urbano e que essa memória tradicionalista seria substituída por um “ethos” modernista, o que de fato aconteceu. Contudo, a utilização de certas terapêuticas tradicionais ainda permanecem inscritas no

²² Segundo Ribeiro (2007), a estrutura de classes brasileira é marcada pela transição da sociedade agrária para a industrial – os dados indicam que pelo menos 50% dos homens entre 25 e 64 anos possuem suas origens familiares em classes de trabalhadores rurais.

cotidiano das pessoas. Segundo Queiroz & Canesqui: “*Esse pressuposto não se mantém, na medida em que apesar da urbanização, persistem e se desenvolvem saberes e práticas de curas populares como têm demonstrado várias pesquisa empíricas*” (Queiroz & Canesqui, 1986: 143). Mesmo tendo em vista que a análise de Queiroz & Canesqui tenha sido elaborada na década de 1980, o presente estudo e os dados empíricos trazidos pelos entrevistados evidenciam que não houve um processo de desaparecimento total das práticas de cura tradicionais, mas sim, elas persistem das mais variadas formas, articulando redes de sociabilidade, principalmente nas classes mais pobres da população brasileira. Seguem alguns extratos que ajudam ilustrar esse argumento:

P: Entendi. E alguém que indicou pra senhora esse chá? Onde que a senhora aprendeu?

R: Não, isso aí já é bem... De quando eu era pequena, (incompreensível)... Foi passado (Entr. 2 – Público).

E tem gente que tem hábito, por exemplo, quando eu era criança, ninguém ia nos médicos, era só chá, não precisava de remédio (Entr. 13 - Público).

Nesse sentido, compartilhamos com Queiroz (1978, 1980, 1982, 1984) a assertiva de que é possível observar que o capitalismo altera paulatinamente os sistemas tradicionais de crenças e práticas de cura, cujos agentes são muitas vezes excluídos e destituídos. Porém, também é possível perceber que novos agentes e novos significados para crenças e costumes são criados, em um movimento dialético, para além de uma simples explicação do processo de dominação unilateral por parte da biomedicina. Para isso, o autor desenvolveu um estudo sobre as representações de doenças e de agentes de cura entre caiçaras paulistas que analisa a transformação cultural do caiçara à medida em

que se intensificam as relações capitalistas de produção na região na década de 80 (Queiroz & Canesqui, 1986).

Configura-se na sociedade brasileira um mercado informal, no qual as pessoas de uma mesma rede social trocam receitas, folhas e informações. Essa permuta só é possível porque os chás são de fácil acesso e muitas vezes as “ervas curadoras” estão plantadas no quintal da casa das pessoas, como a folha da insulina, ou estão em seus caminhos na rua, como as árvores de jambolão.

Alguém foi, eu não sei se foi um japonês, uma pessoa que foi ótimo pra essa pessoa, então essa pessoa foi passando pros outros. Só sei que quem tomou até hoje, todo mundo está se sentindo bem. A turma procura mesmo (incompreensível) João Bolão, sabe. Quem conhece a gente lá, manda ir lá que tem. Tem bastante lugar que tem. Cada região tem o tipo da própria fruta, você sabe disso, né. Lá onde eu moro tem muita João Bolão (Entr. 36 - Público).

P: E onde o senhor tem acesso a essas plantas, perto da sua casa, o senhor falou?

R: Ah, tem uma árvore grande.

P: Na rua?

RI: Tem na rua, no jardim, tem pra todo lado.

R: Lá tem uma área verde, que tem bastante mato.

P: E quem vai lá pro senhor?

R: Nós mesmo.

RI: Nós vai lá e pega (Entr. 13 – Público)

➤ *Classe social e o uso de MT*

Quanto às referências de classe social e o uso de MT, muitos dos pacientes desse grupo afirmam que existe diferença no uso de práticas não convencionais por ricos e pobres. O acesso, principalmente no que diz respeito ao capital econômico e a fé, que se

encerra no campo da crença emergiram como elementos importantes no que diz respeito às relações entre classes sociais.

Porque a coisa que ele não tem é dinheiro, né, então ele tem mais fé. Tanto é que quando tem doenças que o médico já desenganou, eles vão para o lado da crença, da fé – aqui dentro, tem muito aqui – Deus abençoa a criança e a febre pára, ou aquele que está lá morrendo melhora...

P: E a senhora acha que... Então a senhora acha que as pessoas que têm mais dinheiro têm menos fé?

R: Têm menos fé. Elas acreditam que “eu posso”, vão lá ao médico – eu não consigo pagar nem R\$ 50,00 a consulta para mim seria caro – eles vão lá, pagam R\$ 500,00 por que eles podem, né, então eles acreditam, né. Então, aí é muito mais fácil ele morrer do que o pobre, porque, sabe... Ele vai beber tudo o que disserem para ele “olha, isso é bom”, ele vai fazer. Porque aquele santo em que ele acredita, fosse Deus, segundo o seu entendimento... (Entr. 27 – Público).

R: Olha, eu acho que rico busca mais a medicina dos médicos mesmo, porque tem mais dinheiro. Eu não conheço bem esse pessoal muito rico, mas acho que eles não acreditam muito não. Quem é mais pobre, por causa de ser um conhecimento de família mesmo, acho que o pessoal usa mais, né. (Entr. 01 – Público).

P: Vocês acham que o fato de a pessoa ser rica ou ser pobre faz ela usar mais ou menos esses tratamentos alternativos?

RI: Eu acho que rico nem toma chá. Eu acho que não, só toma chá que não é pra doença.

P: E o pobre?

R: Ah, o pobre não pode pagar uma consulta médica, daí ele toma mais. (Entr. 11 – Público).

Assim, a não utilização de práticas terapêuticas tradicionais pelos “ricos” é justificada simbolicamente pelos pacientes do setor público em uma outra esfera social que não à referente ao capital econômico e a falta dele, mas sim, no campo da fé e da crença, individualizando, dessa forma, a decisão para o não uso das MT pelos “ricos”. Essa justificativa também está presente no discurso dos pacientes do setor privado que não utilizam MT.

Então, para que eu vou comentar um negócio que não adiantou nada e não vai adiantar. Eu não tenho fé. Vai que se um dia você precisar, você toma e fica ótima! Agora, eu não tenho fé. Eu tomo para... E tem um remédio que parece que é de insulina, chama e um chá. Eu tomei também, mas não sei nem o nome. (Entr. 07 – Privado).

P: E as Alternativas Complementares a senhora tem uma idéia do que é?

R: Olha, desses... Você falou em chás, aí, esses chás, Chapéu de Couro, não sei que lá, esses negócios para diabetes, Insulina – minha sogra até plantou lá no quintal Insulina, eu fazia chá daquela folha. Tudo o que me falavam! Berinjela em jejum com uma laranja, tomei uns seis meses – não fazia efeito, eu parava. Eu experimentava uns seis meses – eu acho que já um tempo que daria para... – então esses chás e coisas assim populares, eu não achei interessante (Entr. 16 – Privado).

A representação do ser “pobre” também perpassa a fala de alguns dos entrevistados no gerenciamento da doença e a partir de tal representação homogeneizada é que podemos caracterizar esse grupo de pacientes em um segmento social específico.

P: E no caso, por exemplo, de ser rico ou pobre; aí a senhora acha que influencia. Por exemplo, quem é mais rico tem mais acesso...

R: Tem mais acesso! Apesar de que – eu vou falar uma coisa para você – o pobre tem aquela mania de comadre, né. A comadre usou, eu vou usar também. E dá medo, não? E usa! O pior é que usa. (Entr. 05 – Público).

E na relação com outros grupos da estrutura social brasileira, para esses pacientes entrevistados a relação com os “ricos” é praticamente inexistente.

R: Ah, pobres usam, que nem eu te falei, produtos naturais. E os ricos não gostam de chá não. Eu te falo pelo parâmetro que eu tenho, pelo pessoal que eu conheço, classe média alta, porque rico, rico mesmo eu não conheço. (Entr. 16 – Público).

Diversos estudos do social já indicaram que muitas práticas sociais, incluindo as de saúde, constituem-se por hábitos construídos em sua rotina cultural, nas ações do dia-a-dia, integrando o cotidiano das pessoas sem grandes contestações, sem restringir,

obviamente, a vida cotidiana a essas práticas habituais inconscientes (Leite & Vasconcellos, 2006). Os estudos antropológicos nos ajudam a compreender que a visão de mundo que norteia o indivíduo em determinada sociedade, ou seja, suas crenças e costumes, estabelece um “sentido” certamente interfere no processo saúde/doença/tratamento. Seguindo Leite & Vasconcellos: *“A cultura fornece os elementos para que os eventos, as práticas do cotidiano, inclusive às relativas à saúde, sejam compreendidas e aceitas ou, para citar Geertz, ‘sejam inteligíveis’”* (Leite & Vasconcellos, 2006: 121).

Dessa forma, cabe ressaltar alguns trabalhos antropológicos realizados no Brasil na década de 1980 que trazem à tona a temática das representações sobre saúde e doença e práticas de cura e suas relações com as classes sociais. Tomaremos como referencia três autores apontados por Queiroz & Canesqui (1986) que contribuíram para a discussão acerca das até então denominadas “medicinas populares”.

O primeiro trabalho que iremos citar é o de Oliveira (1983) que estudou as benzedeadas na cidade de Campinas, desenvolvendo a tese de que a relação entre medicina oficial e medicina popular estaria calcada nas lutas entre as classes dominantes e as classes trabalhadoras dominadas em uma perspectiva marxista de análise. Assim, a medicina popular seria uma forma de produzir cura historicamente determinada em grupos sociais específicos, grupos estes que, do ponto de vista cultural e político estariam disputando sua sobrevivência na cidade e da luta constante entre dominantes e dominados.

Brandão (1984), por sua vez, argumenta que a cultura popular produz continuamente novos saberes, inclusive em um movimento de reapropriação do chamado

saber oficial erudito. Esse processo de reprodução e reapropriação, segundo o autor, teria o forte sentido de afirmação da identidade cultural e de luta de classes.

E, finalizando este resgate teórico, Loyla (1984) desenvolve suas análises tendo como base Bourdieu (1974). Em suas análises, Loyola coloca em oposição os dois sistemas de cura, oficial (representado neste trabalho pela medicina convencional não biomédica) e o não oficial (chamado aqui de medicina tradicional) de modo que traduzem as oposições de classe, baseadas em “*habitus* letrado” e “*habitus* corporal” na perspectiva do autor.

Em seu estudo clássico, Boltanski²³ (1979) analisa as concepções de classes sociais implicadas na aplicação do conhecimento médico científico. As classes populares, possuem, segundo o autor, uma relação desigual e incoerente com o médico, o que acabaria acarretando um afastamento progressivo do doente que se utiliza da “medicina popular” em relação ao modo legitimado de cura biomédico.

Para Boltanski a prática médica oficial e a prática médica familiar (exercida pelos não médicos, com caráter de senso comum) não se excluem mutuamente. Porém, o autor nos dá algumas pistas para a compreensão das relações desiguais citadas anteriormente: primeiro por uma questão de incompreensão linguística, que faz com que o doente se sinta embaraçado e hierarquicamente inferior ao detentor do conhecimento médico oficial. Um segundo ponto para reflexão é a proximidade social das práticas tradicionais

²³ Em seu livro “As classes sociais e o corpo”, Luc Boltanski analisa o corpo como sendo atrelado a uma base material, a partir de uma perspectiva marxista, em que, para as classes populares, este corpo é utilizado como instrumento de trabalho, motivo de orgulho se nunca tiveram de se afastar do trabalho por motivos de dor ou doenças. Já, para as classes sociais mais privilegiadas, existe a valorização dos instrumentos de beleza e da estrutura física, em detrimento da força física para o trabalho dispendida pelas classes populares.

com as classes populares, que faz com que exista um reconhecimento e uma empatia por fazerem parte do mesmo universo social.

Não podemos desconsiderar a existência, dessa forma, dos grupos populares disputando o que Bourdieu denomina de “cultura legítima”, uma vez que, a posse do capital cultural que é privilégio de poucos na estrutura social acaba revelando, como vimos e como ficará mais explícito nos próximos capítulos, a concorrência dos diferentes grupos sociais para a aquisição de bens, no caso em questão, terapêuticas para cura, não apenas de legitimação, como também de distinção social.

A cultura aparece como um bem que pode sancionar a condição de herdeiros, uma vez que o acesso à cultura e a aquisição desta entre os grupos sociais distintos conferem aos mais privilegiados um poder real e simbólico que os habilita a apresentar não somente os melhores desempenhos escolares, como também uma relação de naturalidade e de intimidade com as práticas sociais e culturais mais valorizadas socialmente. (Setton, 2005; 80-81)

Assim, na relação com os extratos de falas fornecidos pelas entrevistas, as percepções dos pacientes e os tratamentos desenvolvidos por eles no controle do DM tipo 2 não se aplicam somente aos problemas exclusivos de saúde-doença, mas sim, articulam, simbolicamente, explicações sobre o universo sociocultural e a maneira como esses sujeitos se inserem na sociedade e se relacionam com outros grupos sociais.

Para Bourdieu, a utilização de práticas sociais específicas²⁴, no caso do presente trabalho, as práticas sociais relativas ao cuidado em saúde com a utilização do que estamos chamando de medicinas tradicionais, é uma ação direta dos hábitos culturais familiares e das disposições herdadas do meio de origem nos quais os sujeitos estão

²⁴ É importante ressaltar novamente que Bourdieu não trabalha com as questões relativas à saúde, a ideia desenvolvida neste parágrafo é uma reflexão acerca das discussões do autor acerca do universo escolar francês, uma vez que, na teoria Bourdiana, “(...) o sucesso escolar não é uma questão de dom, mas sim de orientação precoce que emana do meio familiar” (Bourdieu & Passeron, 1964, p. 26). A escola seria, então, uma instituição por excelência que trabalha para consagrar os favorecidos pelo sucesso e pela distinção.

inseridos. Essa “ação”, contudo, não é algo natural, dado a priori socialmente, mas sim, segundo o autor, fruto de processos de distinção social, nos quais as classes sociais mais favorecidas teriam facilidade de acesso e familiaridade a práticas sociais legitimadas.

Tal mecanismo fica mais claro quando passarmos para análise do próximo grupo, comparando a maneira como os pacientes que utilizam somente MAC para o gerenciamento da condição crônica se apropriam de práticas de cura diversas das apresentadas neste primeiro capítulo empírico.

- CAPÍTULO V -

Medicinas Alternativas e Complementares



“As histórias da ciência não são menos verdadeiras do que as grandes tradições culturais, mas diferem quanto aos métodos empregados para obter e examinar os dados e quanto ao nível em que se dá a descrição” (Achterberg, 1996: 14).

Os 29 pacientes entrevistados que utilizam *somente MAC* estão, em sua maioria, nos serviços privados de saúde e possuem planos privados de saúde. São pacientes predominantemente brancos, com mais de 50 anos e casados. O grau de escolaridade de grande parte da população estudada é de ensino superior e pós-graduação (n=20) e possuem alta renda familiar mensal, acima de 15 salários mínimos (n=16). Quanto à religião professada, a maioria dos entrevistados neste grupo também é católica, porém, entre os pacientes que utilizam somente MAC há um considerável número de espíritas, o que não ocorre no grupo anterior.

Os dados referentes à categoria de sexo mostram que existe predominância do sexo feminino sobre o masculino, porém, existe um certo equilíbrio no número de homens e mulheres que utilizam somente MAC, bem diferente do que acontece com o grupo de pacientes que utilizam somente MT, que são, em sua grande maioria, mulheres.

Em trabalho Revisão Sistemática da Literatura (RSL) realizado com artigos alocados na base de dados PubMed do Medline, durante o período de 1995 a 2005, cujo objetivo foi o de analisar o perfil dos usuários de MAC e suas motivações para o uso, percebemos que o perfil dessa população é predominantemente adulta, com idades entre 30 a 59 anos, do sexo feminino, com elevado grau de escolaridade e renda familiar alta (Spadacio, 2008). É possível, com isso, traçarmos um paralelo do perfil dos pacientes estudados na RSL, verificando que o mesmo padrão ocorre com os pacientes brasileiros entrevistados neste estudo.

Conforme apresentado no capítulo anterior, segue a tabela que nos possibilitam visualizar as características socioeconômicas dos entrevistados nesse grupo:

Tabela 3: Perfil socioeconômico dos pacientes que utilizam somente MAC

		Pacientes Entrevistados	
	Variável	F	%
Sexo	Masculino	13	44,8
	Feminino	16	55,2
Idade	< 30 anos	0	0
	30 a 39 anos	2	6,9
	40 a 49 anos	2	6,9
	50 a 59 anos	7	24,1
	60 a 69 anos	9	31
	70 a 79 anos	7	24,1
	80 a 90 anos	2	6,9
	Não informado	0	0
Estado Civil	Solteiro	0	0
	Casado	23	79,3
	Divorciado	2	6,9
	União estável	2	6,9
	Viúvo	0	0
	Não informado	2	6,9

Etnia (por auto definição)	Branca	22	75,9
	Negra	0	0
	Morena	4	13,8
	Parda	0	0
	Não informado	3	10,3
Religião	Católica	11	38
	Evangélica	4	13,8
	Espírita	7	24,1
	Outras	0	0
	Ateia	3	10,3
	Não informado	4	13,8
Anos de estudo	Não estudou	0	0
	1 a 4 anos	2	6,9
	5 a 8 anos	7	24,1
	9 a 11 anos	0	0
	12 a 15 anos	11	38
	Mais de 15 anos	9	31
	Não informado	0	0
Renda familiar mensal (em reais)	Não sabe/Não quis responder	0	0
	< que 1 SM	0	0
	Entre 1 e 3 SM	7	24,1
	Entre 3 e 5 SM	2	6,9
	Entre 5 e 7 SM	0	0
	Entre 7 e 9 SM	2	6,9
	Entre 9 e 11SM	0	0
	Entre 11 e 13 SM	7	24,1
	Entre 13 e 15 SM	0	0
	Mais de 15 SM	11	38

Fonte: Pesquisa própria

Gostaria, contudo, de chamar atenção para os dados referentes à opção religiosa deste grupo de pacientes, especificamente no que diz respeito ao número considerável de praticantes do espiritismo²⁵, que se segue ao número de adeptos do catolicismo. Dados do IBGE (2000) mostram que, pela primeira vez, houve um crescimento considerável no

²⁵ Historicamente, o espiritismo configura-se como uma religião elitizada no Brasil, uma vez que chega ao país em meados do século XIX originária da França, auto definida como científica, filosófica e religiosa. Assim, somente os conhecedores da língua francesa e da etiqueta científica tinham a acesso a esse tipo de conhecimento.

número de espíritas no Brasil em relação ao censo anterior, principalmente nos estratos mais ricos da população. Refere-se que a renda dos espíritas é em média 150% superior à média nacional e 52% deles ganham acima de 5 salários mínimos. Entre os espíritas, 77% possuem entre oito e 15 anos de estudo, o que corresponde a 10 anos a mais do que os católicos.

Dentre os tipos de tratamentos adotados pela doutrina espírita, podem-se destacar: a aplicação de passes – técnica que corresponde a uma transmissão de fluidos magnéticos e/ou espirituais de um indivíduo a outro; fluidoterapia ou água fluidificada – a água atua enquanto uma espécie de depósito de fluidos espirituais benéficos; cirurgia espiritual; e, receituário homeopático – essa é uma tradição que remonta aos primórdios do movimento espírita no Brasil. Há um médium (indivíduo capaz de estabelecer uma comunicação entre homens e espíritos) que escreve as receitas após ouvir os problemas dos pacientes que procuram tratamento. Geralmente o tratamento é conduzido por um médico homeopata (Fonte: Wikipédia – acesso em 03/10/2012). Para autores como Warren (1984), o sucesso desta medicina mediúnica se deu principalmente devido ao ambiente sociocultural em que se desenvolveu no Brasil: “(...) é compreensível que a medicina mediúnica obtivesse sucesso em um ambiente tradicionalmente impregnado pela crença em poderes psíquicos ou sobrenaturais de cura” (Neto, 2009: 94).

Essas informações estão de acordo com os dados trazidos na caracterização socioeconômica deste estudo e vão, contribuir, de alguma forma, com a escolha terapêutica desses pacientes no que se referem às MAC. Nesse sentido, Bourdieu afirma que os objetos não são independentes dos interesses e dos gostos dos sujeitos que os apreendem, variando também segundo as classes sociais.

* * *

As terapêuticas mais utilizadas por esses pacientes são acupuntura e homeopatia. Outras práticas, contudo, também foram citadas, tais como, massagem, terapia com cristais, ortomolecular, magnetoterapia e yoga. Essas últimas aparecem em menor número. Por isso, neste capítulo, daremos destaque à acupuntura e homeopatia.

Assim, antes mesmo da análise das entrevistas, proponho uma breve retomada histórica da inserção das duas principais MAC utilizadas pelos pacientes, a acupuntura e a homeopatia, a fim de contextualizar o processo social de constituição dessas terapêuticas no Brasil.

➤ *Homeopatia e Acupuntura no Brasil: uma breve contextualização histórica*

A Homeopatia e a Acupuntura têm sido consideradas duas das mais difundidas terapias no interior dos sistemas nacionais de saúde, considerando o já conhecido contexto de crescimento no interesse em relação às MAC por parte dos países ocidentais nos últimos anos (Almeida, 2012). A incorporação, contudo, dessas práticas nos sistemas de saúde se dá de formas bastante diversas, como afirma Almeida (2012): “*Whilst acupuncture has been strategically incorporated into mainstream health-care (Saks, 1995) and co-opted by biomedicine (Baer, 2001), homeopathy has moved to a position of ‘enhanced legitimacy’ (Cant & Sharma, 1996)*” (Almeida, 2012: 05).

Acreditamos que ao retomar a perspectiva histórica da inserção da homeopatia e da acupuntura no Brasil, seremos capazes de realizar uma reflexão bastante significativa

no intuito de compreender em quais grupos sociais essas práticas médicas continuam ecoando mais facilmente na sociedade brasileira. Analisaremos, primeiramente a história da homeopatia, passando, posteriormente, para a história da inserção da acupuntura no Brasil.

Para analisarmos a história da Homeopatia no Brasil, retomaremos o trabalho já pioneiro de Luz (1996), que faz uma análise correspondente ao período de 1840 a 1990 da inserção da Homeopatia. Evidentemente que esta história não é nem monolítica e nem linear, mas a periodização é importante para contextualizarmos a sociedade brasileira do período e situarmos a homeopatia nesse processo.

Conceitualmente, Luz (1996) considera a homeopatia²⁶ como um sistema médico complexo, o que significa incluir nesse sistema uma semiologia, uma doutrina, diagnose e terapêutica (Neto, 2009). Assim, a homeopatia constitui-se mais do que uma terapêutica alternativa ou especialidade médica, refere-se a uma Medicina, como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), da qual a Acupuntura faz parte.

De maneira geral, a história da homeopatia no Brasil é marcada pela existência de dois grupos de atores concorrentes entre si: por um lado, haviam as correntes internas que buscaram institucionalizar a prática e o saber homeopático na sociedade brasileira; e, por outro, os médicos alopatas em suas instituições corporativas, acadêmicas e científicas que agiam como vetor contrário, buscando impedir a legitimação da homeopatia. Segundo Neto (2009) esses atores opostos à prática homeopática:

²⁶ A Homeopatia refere-se a um sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar* e *Doenças Crônicas* (Fonte: Documento da PNPIC, 2006).

Por um lado, procuraram bloquear as tentativas de oficialização do ensino homeopático, seja impedindo o reconhecimento do Instituto Hahnemanniano, seja negando a inclusão de disciplinas de homeopatia no ensino médico homeopático oficial. Por outro lado, empreenderam todos os esforços para inibir o exercício da prática homeopática, por intermédio da criação e aplicação de leis e de medidas coercitivas concernentes. Com isso, pretendiam garantir o monopólio da prática de cura aos diplomados das Faculdades de Medicina. (Neto, 2009: 98)

Esse é o cenário mais amplo que compõe os 150 anos de história analisados por Luz, sistematizados em períodos, que serão apresentados de forma sintética a seguir:

O primeiro período, de 1840 a 1859 refere-se ao que Luz interpreta como período de “implantação”. Esse período tem início com a vinda de Benoît Mure e culmina com a fundação do Instituto Hahnemanniano do Brasil, no ano de 1959. Essa nova racionalidade médica encontra, nesse período, forte resistência para institucionalizar-se e legalizar-se, porém, paulatinamente, adquire adeptos na sociedade civil e consegue legitimar-se. Embora haja nesse período um indicativo de legitimação, foram intensos os embates com os alopatas.

Entre 1860 e 1882 configura-se o que a autora denomina de “expansão-resistência” e que compõe o segundo período, marcado pela implementação da prática homeopática em enfermarias e consultórios, assim como na Santa Casa de Misericórdia ou em hospitais de ordens religiosas ou militares. Inserindo-se em serviços filantrópicos, os adeptos da homeopatia buscavam captar uma parcela significativa da população desassistida, legitimando, dessa forma, a atenção homeopática. Nesse período existe uma postura mais acadêmica e uma tendência mais conciliatória, com a conversão de alguns médicos alopatas à homeopatia. A estratégia passou a ser, então, a inserção de cadeiras de Homeopatia na Faculdade de Medicina. Em 1822, a Congregação da Faculdade rejeita a

inclusão de disciplinas homeopáticas na formação do médico, encerrando esse período e iniciando o próximo, que a autora denomina de “resistência”.

O terceiro período, que corresponde ao período de 1822 a 1900 caracteriza-se por uma forte ação contrária à homeopatia, culminando com o fechamento do Instituto Hahnemanniano. A prática homeopática, contudo, não deixou de existir, sendo exercida marginalmente nos consultórios, enfermarias e em alguns hospitais.

Já o período posterior, que corresponde de 1900 a 1930 é marcado pela reabertura do Instituto Hahnemanniano, sendo então denominado por Luz como período “áureo”. Esse curto espaço de tempo é marcado por um crescimento na institucionalização que o ensino e a prática homeopáticos obtiveram. Foi criada no Rio de Janeiro em 1912 a primeira Faculdade de medicina homeopática no Brasil e, quatro anos depois, é inaugurado um hospital vinculado à faculdade: *“No parlamento e entre a elite social, os homeopatas conseguiam cada vez mais adeptos. Ao mesmo tempo, a resistência dos alopatas cresciam”* (Neto, 2009: 101).

O Instituto Hahnemanniano, promulga, no mesmo ano da criação da Faculdade de Medicina Homeopática, o estatuto desta faculdade, cujos critérios de acesso e valores cobrados em taxas, matrículas e mensalidades revelam o caráter eminentemente elitista deste estabelecimento de ensino superior. Segundo Neto (2009): *“O objetivo dos médicos homeopatas era tornar o acesso e a permanência do estudante na Faculdade Hahnemanniana tão exigentes, complexos e excludentes quanto na instituição alopática oficial. Com isso, visavam obter o mesmo status e reconhecimento social”* (Neto, 2009: 100).

O período seguinte, de 1930 a 1970 corresponde a um período de “declínio”, com a deterioração do ensino homeopático. Na década de 1940, o Brasil assiste à era Vargas e à ascensão do processo de industrialização, com o surgimento de um novo ator, a indústria farmacêutica, exímia representante da medicina biomédica, tecnológica e calcada no lucro. Assim, no final da década de 1960 encerravam-se também todas as possibilidades de manutenção do ensino de homeopatia nas escolas médicas (Galhardi, 2010).

O período subsequente, que corresponde de 1970 até 1990, é um momento de retomada social da homeopatia. Nesta fase, a homeopatia passa a ser vislumbrada como “terapia alternativa” ao modelo biomédico dominante. Esse processo é fruto de um movimento mais amplo em nível global mas que também teve repercussões no Brasil, que foi o movimento da contracultura na década de 1960, que fez com que a homeopatia fosse oficializada: *“Assim, surgiram os sistemas terapêuticos e práticas de medicação e cuidado que tinham em comum a posição anti-tecnológica em relação à saúde e, nessa perspectiva, com tendência ao naturismo”* (Galhardi, 2010: 83).

Segundo Galhardi (2010) em sua tese: *“A oferta da homeopatia no Sistema Único de Saúde dos Municípios de São Paulo: diferentes atores e distintas institucionalizações”*, o reconhecimento da homeopatia junto à corporação médica deu-se somente em julho de 1980, 140 anos depois de sua inserção no Brasil, com a resolução no. 1000/80 do Conselho Federal de Medicina, juntamente com a instalação de um departamento clínico e farmacêutico de homeopatia.

É interessante ressaltar que essa resolução não se deu de maneira espontânea por parte do CFM, sendo fortemente influenciada por movimentos sociais e estudantis, tais

como sinaliza Galhardi (2010), o XIII Congresso Brasileiro de Homeopatia e o I Encontro Nacional de Estudantes Interessados em Homeopatia ocorrido em 1977, com a solicitação o ensino das terapêuticas alternativas, incluindo a homeopatia, em cursos de graduação, especialização e pós-graduação. Além do sensível aumento da demanda por serviços médicos homeopáticos nos fins da década de 1970.

Assim, apesar dos movimentos estudantis e sociais que se iniciaram a partir da década de 1980 a favor da homeopatia, é possível averiguar que até os dias de hoje o ensino e a difusão da Homeopatia acontecem prioritariamente por meio dos cursos de pós-graduação. Esse é um movimento semelhante ao que aconteceu no Reino Unido, com a Faculdade de Homeopatia – *Faculty of Homeopathy*, na qual um corpo de profissionais médicos e de outras áreas da saúde credenciam cursos de pós-graduação em homeopatia restritos a esses profissionais. Ainda no Reino Unido, quatro hospitais do NHS (*National Health Service*) oferecem tratamentos homeopáticos e, a partir de 2006, remédios homeopáticos passaram a ser disponibilizados na rede pública de saúde (Almeida, 2012).

Em 2002, no Brasil, a homeopatia passa a ser considerada especialidade médica, por meio da Resolução CFM 1634/02. A formação nessa nova especialidade não se dá no interior das faculdades de medicina, mas os cursos são oferecidos por associações regionais, grupos de estudo e institutos distribuídos nos estados brasileiros.

A Homeopatia é implementada no SUS em 2006 por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), como uma tentativa do Ministério da Saúde em ampliar o acesso a serviços de saúde, seguindo as diretrizes da OMS²⁷ em seus documentos que buscaram, desde o início dos anos 2000, difundir a

²⁷ Destacaremos os seguintes documentos, também pontuados por Galhardi (2010): “Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/ Alternative Medicines: A worldwide review” (WHO, 2001);

atenção primária, abrindo debates acerca do cuidado integral, trazendo para a cena as práticas não biomédicas.

* * *

A acupuntura é um dos métodos da MTC que consiste na introdução de agulhas finas e metálicas em pontos específicos do corpo, a fim de proporcionar uma boa circulação energética com o objetivo de acarretar um bom funcionamento fisiológico orgânico. A criação dessa prática se deu especialmente na China, porém, outros países orientais, tais como o Japão, a Coréia e o Vietnã adotam a acupuntura como procedimento terapêutico.

É interessante notar que esta é uma prática milenar, com registros de aproximadamente seis mil anos. O livro mais antigo, chamado de Tratado Interno do Imperador Amarelo, que relata essa técnica é datado de 500 a 300 a.C., de autoria de Nei Jing (Rossetto, 2012). Segundo Nascimento (2012):

Diferentemente do que propõe a microbiologia, a epidemiologia e mesmo a medicina sanitária, as teorias etiológicas da medicina chinesa valorizam a explicação do adoecer, além de fatores externos e ambientais, tudo aquilo que esteja em desacordo com a ‘ordem natural’ da existência humana, com ênfase em fatores internos, em especial os emocionais (Nascimento, 2012: 343).

Para Mike Saks (1994, 1995), dentre todas as terapêuticas de MAC, a acupuntura pode ser tomada como um exemplo de terapia incorporada e cooptada pela biomedicina, no sentido em que ela é passível de ser transformada em uma “técnica biomédica”, isolada de um conhecimento mais amplo da MTC. Essa cooptação, não ocorre, contudo,

“Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005” (WHO, 2002); “National Policy of Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey” (WHO, 2005).

com a homeopatia, pois, segundo o autor, a relação da homeopatia com a biomedicina é eminentemente concorrencial.

Historicamente, segundo Rossetto (2012), a Acupuntura é inserida em território nacional no contexto de entrada dos povos orientais no Brasil, com referencia a dois momentos históricos importantes. O primeiro data de 1812, quando D. João VI autoriza a entrada de imigrantes chineses no Brasil e 1895, com o Tratado de Amizade de navegação entre Brasil e Japão, permitindo que, em 1908, os primeiros japoneses pudessem entrar no país. Segundo Rossetto (2012), são esses orientais que começaram a introduzir a acupuntura e as outras terapêuticas da MTC na cultura Brasileira.

Porém, bastante diferente da Homeopatia, a acupuntura passa a ser maciçamente divulgada somente em 1930, pelo diplomata Soulié de Morant. Em 1958, Federico J. Spaeth, começa o ensino de acupuntura no Brasil, após estudar na Alemanha por três anos. É importante ressaltar que Spaeth, médico, introduziu esse conhecimento a um grupo de brasileiros, majoritariamente de médicos, iniciando seus primeiros cursos em São Paulo e Rio de Janeiro. Proliferam-se, assim, serviços de acupuntura em todo o território nacional, voltados ao ensino e à assistência. Esse movimento histórico da primeira introdução dessa prática em meio médico culminou com uma disputa política e jurídica que se arrasta aos dias atuais pelo direito ao exercício da medicina travada entre médicos e outros profissionais liberais que atuam na área da saúde.

A acupuntura começa a ser legalizada no Brasil mais recentemente, há cerca de 40 anos, movimento um pouco diferente da Homeopatia, que tem uma história de institucionalização que se inicia no século XIX em nosso país. Esse movimento insere-se no processo de institucionalização da medicina chinesa como um todo e não somente da

acupuntura, que pode ser representado pela formação de instituições educacionais, corporações, associações, conselhos e legislações profissionais, a fim de se firmarem e de serem reconhecidas socialmente.

Assim, em 1981 foi criado o Centro de Estudos de Acupuntura e Terapias Alternativas (CEATA), para a formação de profissionais da área da Saúde e para a divulgação da acupuntura no país, funcionando até os dias de hoje (Rossetto, 2012). Já em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) fixou algumas normas para o atendimento da acupuntura nos serviços públicos de saúde, por meio da Resolução no. 5/88.

No ano de 1995, a acupuntura é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina. Em 1999, segundo documento da PNPIC (2006), a acupuntura é inserida na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Ministério da Saúde e como consulta médica (código 0701234). Nesse sentido, de acordo com o MS, é mais fácil acompanhar a evolução das consultas de acupuntura por região e em todo o território nacional, permitindo realizar um quadro mais preciso da situação dessa prática no Brasil, precisão esta que não acontece com a homeopatia.

Assim como a homeopatia, a acupuntura também vem passando por um processo de implementação e discussão políticas bastante significativas no contexto do SUS, sendo essas duas terapêuticas parte da PNPIC 2006.

Atualmente a acupuntura, diferentemente da homeopatia que só pode ser praticada por médicos, vem sendo exercida por profissionais de saúde reconhecidos por seus respectivos Conselhos, tais como: Fisioterapia, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, entre outros. É interessante também traçarmos um paralelo com Portugal

e a incorporação das MAC no campo médico. Em 2003 foi aprovada em Portugal a lei 45/2003 – Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais, cuja regulação ocorre para seis terapias, dentre elas a acupuntura e a homeopatia. Entretanto, apesar da regulação, esta lei ainda não foi implementada, diferentemente das PNPIC no Brasil.

* * *

De volta às entrevistas, seguem os principais aspectos destacados nas falas deste grupo de pacientes que podem ser elencados a partir dos seguintes tópicos:

➤ *Terapêutica enquanto estilo de vida*

O uso dessas terapias não convencionais justifica-se nesse grupo, muitas das vezes, pela busca de um estado mais amplo de bem-estar, de equilíbrio que, conseqüentemente ajuda no gerenciamento da doença, muito mais do que a busca pela cura do DM tipo 2. As MAC, de certa forma, complementam-se ao tratamento biomédico de maneira harmoniosa. Essa relação com os tratamentos não convencionais podemos perceber que a relação é um pouco diferente do que foi assinalado pelos pacientes que utilizam somente MT, os quais encontram na cura uma justificativa latente para o uso das terapêuticas não biomédicas.

P: E para a diabetes, a senhora acha que ela (homeopatia) resolve, ela ajuda?

R: Não, é que nem ele falou, essa medicação é mais um equilíbrio. Porque eu tomo tudo da alopatria, até esse daqui, né. Ele falou que é mais pra um equilíbrio mesmo, né (Entr 23 – Privado).

Mas só que a minha hemoglobina glicosilada, ela não baixava mais do que 9, ele não conseguia baixar. Entende? Daí eu comecei a tratar com Homeopáticos, não pelo diabetes; por causa de outro problema, de alergia. Que eu fiz cirurgia de sinusite, tinha, nossa!, era muito tomada aqui nos seios da face e era um processo por sensibilidade de odores e sazonal. Daí eu comecei a tratar com Homeopatia por esse motivo e acabo ajustando... (Entr. 01 – Privado).

Sobre a utilização da acupuntura, seguem alguns relatos:

P: O senhor sentia grandes diferenças com Acupuntura?

R: Bastante.

P: O que o senhor sentia?

R: Eu me sentia bem melhor; o nível de ansiedade caía bastante; aquela vontade de comer, aquele negócio todo baixava... A ansiedade, principalmente a ansiedade. (Entr.19 - Privado)

O tratamento com homeopatia:

Quando eu comecei o meu tratamento com ele... Para você ter uma idéia, ele cortou tudo. Eu fiquei um ano e meio comendo: de manhã eu levantava, tomava só os homeopáticos, os remédios manipulados na farmácia, tudo homeopático. Eu comia mingau de farinha de aveia, farinha de arroz torrada; de manhã. No almoço era arroz integral, feijão japonês e abóbora japonesa; no jantar, a mesma coisa... (...) Eu fiquei um ano e meio. Tanto é que eu perdi 25 Kg (...) Daí a diabetes ficou super controlada. Daí foi passando o tempo, ele foi liberando alguma coisinha. E aí você sabe, come uma coisinha aqui, outra coisinha ali, eu dei uma engordadinha, mas normal. Depois que entrou o fator emocional no meio. (Entr.19 - Privado)

A busca pelo estado de bem-estar é, em alguns momentos, associada com uma prática lúdica e as MAC acabam fazendo parte de um pacote que inclui um grande leque de modalidades não terapêuticas num primeiro momento, tais como massagens, banhos, dietas, hidromassagem.

Acho que sim. Não sei tudo, não (...) O que eu sei é a Ioga, uma massagem... O que mais? Acupuntura. Eu acredito em Acupuntura. Uma vez até fui num SPA naturista, aqui em Jarinu. Ah, eu gostei demais. (...) eles fazem uma lavagem, todos os dias, de intestino, com chá de Carqueja (...) eles põem a gente naqueles banhos de ofurô (...) Depois eles fazem um banho de barro, aqui no figado; é um barro especial, que vem não sei de onde, então eles fazem um emplastro (...) é

tudo bolado por um médico alemão (...) Acupuntura eu fiz. Eu gosto. Eu fiz com um médico (...) As minhas filhas amam as Alternativas. Então elas “mãe, eu ouvi dizer, que não sei o que, alguém está fazendo... Por que você não vai fazer? (...) O que eu mais gosto, não sei se isso é alternativa, é Massagem. (Entr. 13 - Privado)

➤ *Trajatória social e o uso de MAC*

Verificou-se que escolha pela terapêutica alternativa se dá por alguns motivos específicos tais como: pelas experiências anteriores de vida dos entrevistados que, em um certo momento de suas trajetórias sociais tiveram contato com a homeopatia e a acupuntura, diferentemente dos pacientes que utilizam somente MT, os quais possuem um herança familiar na qual os chás fazem parte da sociabilidade destas pessoas por gerações.

Trinta anos atrás eu era professor do SENAC e eu era responsável pela divulgação dos cursos, dos seminários. E a gente organizou um Seminário de Homeopatia (...) E aí eu fui assistir o curso, eu fiz a divulgação, fiz o cartaz e tal; aí tive que ler alguma coisa dos conteúdos ali. Aí eu fui ver a palestra e cheguei justamente na hora em que o Marcos Paulo estava lá apresentando, com uma varinha na mão, tremendo – era a primeira vez que ele falava numa palestra... E a gente sabe avaliar bem, a gente dá aula, então a gente sabe como é que está... E ele falando do tipo tal, o tipo sulfa. “O tipo sulfa é assim, e papapá. O sulfa gosta de roupa velha”, essas coisas e tal e falou assim o perfil do sulfa. E falei: eu sou sulfa. Tudo o que ele está falando aí... E eu não sou hipocondríaco. Porque tem pessoa que, o que ouve já fala, eu tenho isso! Né? Aí, eu ouvi falar de outros tipos, que não eram o meu, confirmava que eu devia ser sulfa mesmo. Bom, aí fiquei conhecendo ele. Eu disse vai consultar com ele lá (Entr. 03 – Privado).

Outra motivação se dá pela indicação por profissionais de saúde, que acabam imprimindo uma “garantia” para o uso das MAC:

R: O dr Carlos! Sempre foi com o dr Carlos. Que ele é amigo. Eu falei, que quando nós morrermos nós vamos juntos no caixão, eu falei para

ele. A gente se dá muito bem. Passou aquela fase de paciente médico, a gente é amigo. (Entr. 19 – Privado)

Também por meio de livros e palestras:

(...) o melhor que eu vou me sentir é fazer pela Medicina Natural. já li muito sobre isso, sobre Medicina Alternativa, Medicina Chinesa, Acupuntura. (Entr. 19 – Privado)

(...) assisti uma palestra sobre homeopatia com um médico que tem lá, eu me interessei. (Entr. 04 – Privado).

Discurso também divergente do grupo anterior, dos que utilizam somente MT, os pacientes que utilizam somente MAC consideram a questão econômica como um problema ou um fator que efetivamente influencie na escolha e na utilização das terapias não convencionais.

A pessoa que está em condição financeira inferior, está então com mais dificuldade, não tem muita alternativa de pensar, né! Então ele não pode escolher porque não tem, não está acostumado, não tem opção. Então saúde o que é para ele? É no Posto, ir ao posto, pegar remédio lá. (Entr. 03 – Privado)

Há correntes de estudiosos que defendem que as escolhas terapêuticas que os indivíduos fazem são frutos de operações racionais, baseadas, muitas das vezes, em uma lógica econômica, de avaliação custo-benefício (Alves & Rabelo, 1999). Essa é, evidentemente, uma perspectiva funcionalista que deve ser problematizada, principalmente a partir das justificativas dadas pelos próprios entrevistados em relação ao uso de MT, como visto no capítulo anterior.

Não vamos desconsiderar aqui a falta de acesso e de possibilidades de “consumo” das MAC por parte de pessoas com baixa renda, mas é importante não restringirmos a discussão à questão monetária. Segundo Leite & Vasconcellos (2006): “Para Alves, a

experiência da enfermidade, como também as ações relacionadas a ela, têm caráter intersubjetivo, integrando interpretações subjetivas dos indivíduos aos processo de interação social, permeado por certos padrões culturais” (Leite & Vasconcellos, 2006: 124).

➤ ***O problema é a informação...***

Para além da questão puramente econômica que se restringe ao dinheiro, o conhecimento e o nível de escolaridade são fatores determinantes para o uso não das MAC. Assim, os pacientes deste grupo acreditam que o fato de outros grupos social não utilizarem acupuntura ou homeopatia, por exemplo, é mais uma questão de instrução, proporcionada por conhecimento e educação formal do que necessariamente pela falta de capital econômico.

O problema é a informação. Se você tem todo mundo pobre, mas bem informado, o sujeito vai poder optar. Agora, o problema é que os menos favorecidos economicamente, eles são menos favorecidos em um monte de coisa e em informação. Então eu acho que a Medicina Alternativa, ela funciona mais, para as classes que têm mais informação. Que têm mais informação, têm mais dinheiro, podem pagar. (Entr. 03 – Privado)

Eu acho que as pessoas mais pobres têm menos informação. Então, eles vão todos no posto, né. E o posto dá... Tem médico homeopata também no posto, mas elas querem aquele remédio que está como uma dor, toma e daqui a 10 minutos não tem mais a dor. E remédio para diabetes, também... eles querem comer, come o que tem, né... E a diabetes sobe! Aí toma o remédio. Agora, tem aquelas pessoas que têm uma vida mais regrada, né, que também não vão na Acupuntura (Entr 28 – Privado).

Não, eu acho que não é o dinheiro. Não é dinheiro em si, a riqueza ou a pobreza; é parte de conhecimento, mais nível intelectual. Pelo que eu tenho visto (...) Então eu acho que esse nível... Por exemplo, o pessoal de baixa escolaridade, eles procuram mais essas coisas de misticismo, por exemplo, de acender uma vela, de... Olha, a parte mística, vamos

começar por aí, a parte mística, de procurar coisas místicas para a saúde. Então esse é aquele nível intelectual bem mais baixo, que eu vejo que existe isso, que procura essas coisas assim (...) Então tomam chazinhos que ensinam e tal “tome esse chazinho, faz essa coisa, essa fumaça...” Uma isso aí como um esperança de cura (Entr. 06 – Privado).

Não tanto pelo poder econômico, mas pelo poder cultural. As pessoas que têm um pouquinho mais de orientação e um pouquinho mais de cultura têm como discernir uma coisa de outra; e as pessoas com menos cultura já não têm esse tipo de... Não que seja gritante isso, mas é o meu modo de enxergar as coisas, né. (Entr. 19 – Privado)

➤ *Da eficácia à classe construída*

Outro aspecto interessante nas falas desse grupo de entrevistados é o fator de negação da eficácia das práticas alternativas representadas pelas MT e sua falta de legitimidade frente ao saber científico (aqui inserem-se tanto a alopatia quanto a homeopatia e a acupuntura, que muitas vezes são tidas como “cientificamente validadas” por serem exercidas por profissionais de saúde). Seguem trechos de entrevistas que elucidam essa discussão:

Imagine! Nem vou! Eu só fiz a Acupuntura por causa do meu joelho. Mas esse negócio de procurar curandeiro (incompreensível), eu nem vou, pelo amor de Deus! Não! (...) Então, para que eu vou comentar um negócio que não adiantou nada e não vai adiantar. Eu não tenho fé. Vai que se um dia você precisar, você toma e fica ótima! Agora, eu não tenho fé (Entr. 07 – Privado).

Minha vó fazia um chazinho bom (...) Os mais velhos, os mais experientes, independente da classe financeira, você via, se ele tinha ali um problema ele tomava um chá de camomila, um chá de cidreira, um chá disso, um chá daquilo (...) Aquilo lá era um remédio, um paliativo, não era um medicamento, mas aquilo ajudava no conforto, não é, a melhorar o bem estar. Claro que se a pessoa tem ali um problema de algo muito mais grave, não é isso que vai melhorar, mas eu acredito que com isso ele não chegue no pior. Ou seja, se você tem um problema de estômago e tomar um chá verde, sempre após as refeições ele vai lhe ajudar na digestão, no intestino. (Entr. 20 – Privado).

Uma pessoa falou e eu resolvi ver. Eu não tinha vindo aqui, eu ainda estava lá no outro médico. Falei: deixa eu ver. Ave Maria! Desarrumou de tal maneira que para arrumar foi uma guerra! (...) Dias desses atrás uma pessoa me deu uma planta; por delicadeza eu peguei (...) que era para fazer o chá, que a planta chama Insulina (...) Eu até joguei fora depois e tal. Agradei e ela falou “você faz bem forte que dá insulina”. E falei: tá bom. Não faço mesmo (...) Eu não acredito que uma pessoa me dá uma planta, que eu vou tomar um chá, vai baixar e o outro que fica 20 anos estudando não conhece a planta para dar para mim? Você entendeu? Então, não tem nexo. (Entr. 40 - Privado).

Nos dois últimos conjuntos de falas fica evidente a proposta de “classe construída” anunciada por Bourdieu. Para o autor, a classe não é definida por propriedade (mesmo que se tratasse de mais determinante, tal como o volume e a estrutura do capital), ou uma soma de propriedades (sexo, idade, origem social ou étnica – por exemplo, parcela de brancos e negros, de indígenas e de imigrantes, etc. – remuneração, nível de instrução), ou até uma cadeia de propriedades (posição nas relações de produção), mas sim é definida por estrutura de relações entre todas as propriedades pertinentes que confere seu valor próprio a cada uma delas e aos efeitos que ela exerce sobre as práticas (Bourdieu, 2006).

As falas apresentadas são discursos carregados de valores próprios compartilhados por esse grupo específico, cujas abstrações podem ser estendidas a uma discussão mais ampla acerca do sistema público de saúde, no que se refere à representação que este grupo social tem acerca do SUS. Há uma contundente aversão ao SUS, que também é muitas vezes relacionado diretamente ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - Inamps, com pré-julgamentos em relação à má qualidade dos serviços de saúde oferecidos no setor público.

Assim, há uma direta associação por parte desses entrevistados entre um sistema público decadente; a ignorância de seus usuários e falta de acesso do paciente que o utiliza; e as MT, práticas de saúde representativas desse cenário, juntamente com um medicina alopática de péssima qualidade. Seguem alguns trechos ilustrativos:

Ah, tem! Tem sim. Tem muita diferença, sim. Lógico que quem não pode pagar vai nos hospitais e pronto-socorros da vida aí, que é só estagiário, é só gente não bem preparada, né. Entendeu? E o tratamento não é bom. Haja vista minha tia lá em Taubaté; ela deu um derrame e ficou numa sala esperando... (Entr. 19 – Privado)

Eles não são, por exemplo, você vai no dr W., você paga a consulta, ele tem responsabilidade, ele quer te atender bem, ele quer saber como você está. É diferente se você vai num SUS da vida, por exemplo – graças a Deus eu nunca fui, nunca precisei; até não digo que e não vou, mas... – eu tenho, mas eu nunca usei. Como professora a gente paga, né. Então eu acho assim, que para mim é muito deprimente isso. E que no Brasil isso não funciona. (Entr. 16 – Privado)

Evidentemente que as relações público x privado de maneira geral e evidenciadas nas falas dos entrevistados são estabelecidas de acordo com recortes ideológicos específicos. Por exemplo, segundo Aciole (2006): “O recorte liberal coloca, de maneira evidente, que tamanho deve ter o público para que não atrapalhe o privado: o agente público deve atuar perante a ausência do agente privado, ou se ausentar para não atrapalhar a harmonia imanente às relações privadas” (Aciole, 2006: 08, 09).

Nesse sentido, a relação entre o público e privado traduz a relação dicotômica entre Estado e Mercado. A matriz dicotômica gerada a partir desse contexto ideológico tem recebido sustentação na diferença entre ser usuário do sistema público em oposição ao ser consumidor dos planos de saúde. Essa clivagem se estrutura, pois, com base em pares de oposições, definidas a partir: preventivo x curativo; rede básica x hospital; ações coletivas x ação individual; saúde pública x medicina tecnológica; liberdade de escolha x

controle; agilidade e eficiência x burocracia, descaso, filas, regulação. (Acirole, 2006). O que acaba, de certa forma, valorando os sistemas e trazendo uma visão negativa para os serviços públicos.

Em especial sobre as representações acerca do SUS, em 2011 o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) divulgou o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) sobre saúde. A pesquisa revelou que entre os entrevistados que tiveram alguma experiência com os serviços do SUS nos últimos 12 meses, a proporção de opiniões de que os serviços públicos são muito bons ou bons foi maior (30,4%) do que entre o outro grupo (19,2%). Os resultados apontaram também que os serviços do SUS são mais bem avaliados por aqueles que utilizam os serviços públicos, quando comparados com os que não os utilizam.

Estimulados por esse debate iniciado pelo IPEA, o Ministério da Saúde publicou no primeiro semestre de 2012 um Relatório Preliminar da Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde e/ou Urgência e Emergência, mediante inquérito amostral. A pesquisa teve como objetivo “avaliar o grau de satisfação dos usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção básica e urgência/emergência, mediante inquérito amostral”. As entrevistas foram realizadas com 26 mil cidadãos brasileiros via ETAC (entrevistas telefônicas assistidas por computador) com 16 anos ou mais em todo o território nacional que tinham ou não utilizado os serviços do SUS nos últimos 12 meses.

Os resultados da pesquisa foram apresentados em 2 blocos, no que se refere à utilização de serviços de saúde do SUS como busca por consultas, exames, vacinas,

internações ou ainda medicamentos. Assim, os grupos são: 1) entrevistados que utilizaram o SUS nos últimos 12 meses; e, 2) entrevistados que não utilizaram o SUS nos últimos 12 meses.

Dentre os achados que se destacam no discurso dos pacientes que fizeram parte da presente pesquisa, apontamos semelhanças com os resultados do IPEA, pelo fato de o SUS ser mais bem avaliado pelos usuários dos serviços do que pelos não usuários. É importante destacar que dentre os entrevistados que utilizaram o SUS nos últimos 12 meses, 23,26% possuem plano de saúde, enquanto entre aqueles que não utilizam, o SUS esse número é de 49,45%.

O perfil da população estudada também nos ajuda a compreender esse cenário e as representações sobre os serviços do sistema público, uma vez que esses dados evidenciam a histórica desigualdade social de classe, renda e educacional no Brasil. O atendimento na Estratégia de Saúde da Família é maior para os menores níveis de escolaridade, ou seja, os alfabetizados atendidos somaram 60,99%, enquanto que as pessoas com nível superior de ensino representaram a minoria, 39,61%.

Dentre os que não utilizaram o SUS, o nível superior representou quase o dobro daqueles com a mesma escolaridade dentre os que utilizaram. No que se refere especificamente à faixa de rendimentos salariais, as faixas mais altas são representadas pelos entrevistados que não utilizaram o SUS.

Seguimos, então, para a análise do último grupo de entrevistados: os pacientes que utilizam MT e MAC concomitantemente.

– CAPÍTULO VI –

O uso concomitante de MT e MAC



*“A partir de minha experiência com os povos da Nova Guiné, entendi que a **convenção** é o que damos como certo, pois é a base da existência; é o que é dado, é o que existe. Como indivíduos, o que fazemos é nos **diferenciar** contra ela” (Wagner, 2011: 965)*

É com a fala de Roy Wagner (2011) ilustrada na epígrafe que gostaria de iniciar este terceiro e último capítulo empírico. Este trecho é bastante significativo para a proposta de discussão que se segue, uma vez que pretendemos tensionar, a todo momento, a *convenção* e a *diferenciação*. Na perspectiva bourdiana, o componente de classe social aparece quando o autor discute os processos de diferenciação social, na medida em que grupos sociais detentores de determinados capitais buscam a distinção por meio da renovação de seu *status* no interior da estrutura social. Assim, para este trabalho, levaremos em conta a relação *convenção* x *diferenciação* com o componente de classe.

Analisaremos, a partir desses referenciais, esse tensionamento em duas instâncias, no que podemos definir enquanto níveis macro e micro, a saber: 1) o primeiro, de aspecto macro analítico, no qual a *convenção* é representada pelo modelo biomédico de cuidado e a *diferenciação*, expressada pelas estratégias terapêuticas de propriedade do cuidado quando os pacientes entrevistados se utilizam das MT e MAC; 2), o segundo, que nos remete ao nível micro analítico do discurso dos pacientes acerca de suas representações

sobre MT e MAC, enquanto grupos sociais assentados em classes específicas cujo discurso busca a diferenciação.

Wagner, o autor que nos ajuda a iluminar essa análise juntamente com a teoria bourdiana, é antropólogo cultural norte-americano, especialista em antropologia simbólica. Uma de suas obras mais importantes é o livro “A Invenção das Culturas” (1975, revisto em 1981), no qual o autor discute a convenção como um ideal de nossa civilização ocidental, ou seja: *“como fazemos nossos códigos de lei, constituições, organizações governamentais e educacionais”* (Wagner, 2011: 966). E aqui, incluo as organizações de saúde.

O convencionalismo é produzido a partir do que se tem como verdadeiro, sendo que o que é verdadeiro obedece obviamente às regras de uma política discursiva reativada constantemente em nossos discursos (Foucault, 2010). Assim, a diferenciação agiria como uma força criativa, necessária e intrínseca à convenção e à coletivização, caso contrário, a sociedade morreria sem a inovação. Seguimos, então, para os dados empíricos que nos ajudam a pensar esse processo social de diferenciação e os discursos produzidos.

Este capítulo será dividido em quatro partes que compreendem a três momentos analíticos principais. Num primeiro momento apresentaremos o perfil socioeconômico dos pacientes, como ocorreu nos dois capítulos empíricos anteriores, a fim de compreendermos o lugar social destes sujeitos. Em um segundo momento e como desdobramento do item anterior, aprofundaremos a discussão acerca de classe social dos pacientes entrevistados, contextualizando-os a partir do recente movimento da chamada “nova classe média”. Para então, num terceiro momento, trazermos as entrevistas e os

discursos desses pacientes sobre o uso de MT e MAC, levando em conta o contexto social brasileiro apresentado anteriormente.

* * *

Embora diverso dos dois perfis apresentados anteriormente, os pacientes que ***utilizam MT e MAC concomitantemente*** apresentam, em certos aspectos, características tanto do perfil dos pacientes que somente utilizam MT, quanto dos pacientes que utilizam somente MAC.

Este grupo de pacientes é composto por uma amostra de conveniência de 17 entrevistados. São pacientes em sua maioria mulheres, com idades que variam de 50 a 60 anos, majoritariamente católicos, casados e brancos - com apenas um paciente que se auto-refere negro.

Em relação ao grau de escolaridade, não há predominância por uma faixa de escolaridade específica, estando os pacientes bem distribuídos em todas as faixas de anos de estudo, o que, de certa forma os diferencia tanto do perfil dos pacientes que utilizam somente MT, quanto dos pacientes que utilizam somente MAC: no caso dos entrevistados que utilizam somente MT, a grande maioria possui entre um a cinco anos de estudo, enquanto que os componentes do grupo que utilizam somente MAC concentram seus anos de estudos entre 12 a 15 anos, ou seja, a maioria possui ensino superior e/ou pós-graduação.

Segue a tabela com o perfil socioeconômico desse grupo - pacientes que utilizam MT e MAC concomitantemente:

Tabela 4: Perfil socioeconômico dos pacientes que utilizam MT e MAC ao mesmo tempo

		Pacientes Entrevistados	
Variável		F	%
Sexo	Masculino	6	33,3
	Feminino	11	66,7
Idade	< 30 anos	0	0
	30 a 39 anos	0	0
	40 a 49 anos	7	41,1
	50 a 59 anos	9	53
	60 a 69 anos	0	0
	70 a 79 anos	0	0
	80 a 90 anos	1	5,9
	Não informado	0	0
Estado Civil	Solteiro	0	0
	Casado	15	88,2
	Divorciado	1	5,9
	União estável	0	0
	Viúvo	1	5,9
	Não informado	0	0
Etnia (por auto definição)	Branca	16	94,1
	Negra	1	5,9
	Morena	0	0
	Parda	0	0
	Não informado	0	0
Religião	Católica	10	58,3
	Evangélica	0	0
	Espírita	3	29,9
	Outras	1	5,9
	Ateia	0	0
	Não informado	1	5,9
Anos de estudo	Não estudou	0	0
	1 a 4 anos	4	23,6
	5 a 8 anos	0	0
	9 a 11 anos	3	17,6
	12 a 15 anos	4	23,6
	Mais de 15 anos	3	17,6
	Não informado	3	17,6

Renda familiar mensal (em reais)	Não sabe/Não quis responder	5	29,9
	< que 1 SM	0	0
	Entre 1 e 3 SM	1	5,9
	Entre 3 e 5 SM	0	0
	Entre 5 e 7 SM	0	0
	Entre 7 e 9 SM	0	0
	Entre 9 e 11SM	1	5,9
	Entre 11 e 13 SM	1	5,9
	Entre 13 e 15 SM	0	0
	Mais de 15 SM	9	52,4

Fonte: Pesquisa própria

Quanto à renda familiar mensal, esse é um dado que se assemelha aos pacientes que utilizam somente MAC, pelo fato de possuírem alta renda mensal familiar, serem usuários dos serviços privados de saúde e por possuírem planos privados de saúde.

Por suas características particulares e pelos discursos produzidos acerca da utilização de MT/MAC, este é um grupo que não se encaixa no perfil da classe trabalhadora, com baixa escolaridade e baixa renda, que utiliza majoritariamente serviços públicos de saúde, podendo ser representados por pacientes que utilizam somente MT, por meio de chás tradicionalmente utilizados na busca pela cura do diabetes.

É também um grupo que não se encaixa aos padrões da elite brasileira, com características diametralmente contrárias à classe trabalhadora, que possui altíssima renda, com alto grau de escolaridade e que utilizam majoritariamente acupuntura e homeopatia como tratamentos complementares ao biomédico. Nos serviços de saúde, essa elite é usuária de planos de saúde e serviços privados e podem ser representados por pacientes que somente utilizam MAC.

O perfil dos pacientes analisados neste capítulo e os comportamentos em relação à utilização e ao consumo de MT e MAC nos incita a pensar esse grupo de entrevistados

como pertencentes ao recente fenômeno midiático social brasileiro conhecido como a “nova classe média”. Tal premissa pode ser observada principalmente no fato de este grupo reunir semelhanças nos discursos quanto à utilização e consumo de MT/ MAC tanto por parte dos pacientes que utilizam somente MT, quanto dos que utilizam somente MAC, sugerindo certa valorização das práticas de saúde que relacionam tradição com melhores condições de consumo.

Sendo assim, faremos, em um primeiro momento, uma discussão sobre a categoria “classe média” no Brasil para então analisarmos mais profundamente como se dá o gerenciamento do cuidado a partir das MT/MAC por este grupo.

➤ *Classe média e a nova classe média – discutindo conceitos*

Embora o termo “classe média” seja de uso bastante comum, sua definição representa um desafio aos cientistas sociais de maneira geral. Esse é um grupo bastante heterogêneo, resultado de múltiplas mudanças sociais ocorridas recentemente no país. O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)²⁸, conhecido como “Critério Brasil” categoriza a população brasileira nas classes A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Esta categorização operacionalmente norteia políticas públicas, tais como o PRONAF e o Programa Minha Casa Minha Vida nesses critérios.

²⁸ O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) é um instrumento de estratificação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares, como a presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe da família, a fim de diferenciar a população. Esse critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma desses pontos. É feita, com isso, uma correspondência entre faixas da pontuação do critério e os estratos de classificação econômica. (Fonte: <http://www.abep.org>, acesso em 24/10/2012)

A abrangente classe média é representada por uma grande parcela da população com renda intermediária entre as classes A – B e D - E. Segundo relatório da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR):

Não existe uma divisão natural que permita determinar quem pertence e quem não pertence à classe média. Dessa forma, não existe um conjunto de informações que, uma vez disponível, permita classificar de forma única e fidedigna uma família como pertencente ou não à classe média. Na verdade, o conceito de classe média é apenas um instrumento analítico capaz de organizar e hierarquizar a heterogeneidade das famílias brasileiras de tal forma a identificar o grupo no meio da pirâmide social. (SAE/PR, 2009: 13)

Na última década, houve uma mudança no perfil socioeconômico do país, com uma experiência singular em termos de transformação de sua estrutura social. Essa metamorfose, segundo Pochmann (2012) prescinde de interpretações mais profundas e abrangentes e, segundo o autor, de: *“Uma análise mais detalhada sobre o recente movimento geral na estrutura social brasileira ainda está por ser realizada”* (Pochmann, 2012: 07). Isso se dá por existir, segundo ele, uma inconsistência das atuais definições e identificações sobre uma nova classe média no país.

A principal novidade difundida pelos monopólios sociais constituídos pelos meios de comunicação e pela mídia foi o fortalecimento da chamada classe C²⁹, com um sensível crescimento da classe média brasileira, fenômeno social que alguns autores denominam como o surgimento da “nova classe média”. Há indicativos de que ocorreu uma considerável mobilidade social nos últimos anos no Brasil, com aproximadamente

²⁹ A classe C é a classe central, abaixo da A e da B e acima da D e da E. Com fins de quantificação, um estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV – SP) calculou a renda domiciliar per capita do trabalho e depois a expressou em termos equivalentes de renda domiciliar total de todas as fontes. A faixa C central está compreendida entre os R\$ 1604 e os R\$ 4561 (entre quatro a 11 salários mínimos) a preços de 2008 na grande São Paulo. (Neri, 2008)

30 milhões de pessoas ascendendo à categoria de classe média e com 20 milhões saindo da pobreza.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a PNAD divulgada recentemente no ano de 2012 comprova esse dado de crescimento da classe média entre 2003 e 2012. O gráfico abaixo mostra como a classe média aumentou mais do que o crescimento populacional do período, com milhões de pessoas “melhorando de vida”.

Evolução do tamanho da classe média, 2002 a 2012

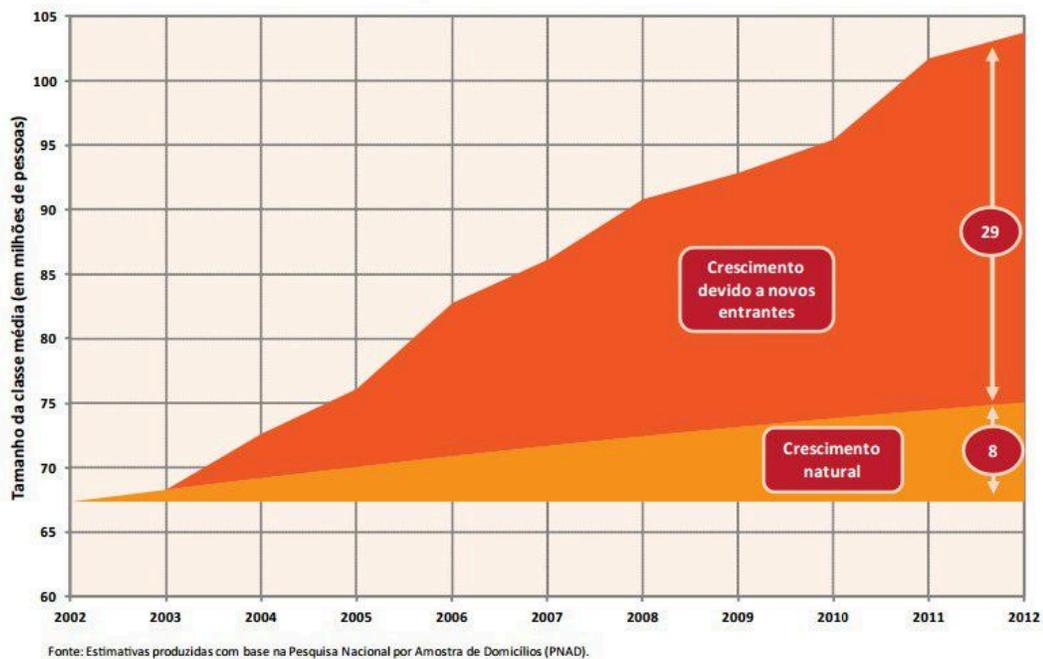


Gráfico 2 – Evolução do tamanho da classe média brasileira

Esse movimento é, segundo análises da PNAD, fruto de uma intensa política de combate à miséria, de valorização do salário mínimo e do aumento da renda e do emprego dos brasileiros. Percebe-se, dessa forma, que a redução das desigualdades no

interior da distribuição de renda tem se mostrado compatível com a elevação da renda *per capita* dos brasileiros. Segundo Pochmann (2012):

Diante da combinação da recuperação do valor real do salário mínimo nacional com a ampliação das políticas de transferências sociais, nota-se que a recente expansão das vagas de salário de base tem permitido absorver enormes parcelas dos trabalhadores na base da pirâmide social, o que favorece a redução sensível da taxa de pobreza em todo o país (Pochmann, 2012: 22).

Em entrevista sobre a nova classe média Bolívar Lamonier (2010), analisa o intenso processo de mobilidade social vertical que vem ocorrendo em praticamente todos os países emergentes no último quarto de século. Não só a mobilidade individual, mas também a mobilidade estrutural, que se refere a toda a uma camada social, o que foi possibilitado por processos econômicos poderosos, como a abertura dessas economias, caracterizando uma fase de vigoroso crescimento econômico. No caso do Brasil, em específico, juntamente a esse movimento, houve o controle da inflação e a subsequente expansão do crédito. Segundo o sociólogo e cientista político:

Em vez de os integrantes da classe média tradicional, que apenas almejavam reproduzir o status dos pais, num universo mais ou menos estático, os da nova classe média têm a ambição de subir na vida, viver melhor, consumir mais e, portanto, aprender e se qualificar a fim de gerar renda condizente com essa forma de viver (Lamonier, 2010).

No que se referem às questões de saúde, com empregos mais estáveis e aumento na renda familiar mensal, os brasileiros, de maneira geral, acabam migrando dos serviços públicos, tanto de educação quanto de saúde para as redes privadas, com o intuito de conseguir melhor atendimento, embora já seja perceptível que o setor privado não

conseguia dar mais conta do aumento na demanda e, segundo representantes deste setor, manter a qualidade.

De acordo com declarações recentes do presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), a concorrência entre as operadoras de convênios é cada vez maior, o que faz com que os planos de saúde sejam mais baratos para essa nova classe média, estratégia que acaba sobrecarregando os hospitais particulares. Para Henrique Salvador (2012): “*O Brasil vive um ciclo de crescimento e uma das conquistas mais desejadas é um plano de saúde*”. De acordo com a Anaph, em 2010 o número de usuários do sistema privado de saúde cresceu 9%, o dobro do crescimento médio anual desde 2000, hoje, 24% dos brasileiros são atendidos pela rede particular.

Segue a fala de um dos entrevistados que retrata bem essa discussão:

Ah, é. Porque, o que depende do SUS, marcar uma consulta aí para quatro, cinco meses, se você está dependendo daquela consulta? Você vai ter que esperar quatro, cinco meses ainda? Está perdido! É isso que eu falo (...) E a classe média eu acho assim... Que nem eu... A gente é pobre, mas eu não considero tão pobre porque, graças a Deus, a gente tem um teto para morar, tem um convênio médico muito bom, que é dos melhores, não é por falar. A gente é muito bem atendida no hospital, quando a gente fica internada; nossa, é uma coisa mesmo que tomo mundo admira quando vai visitar. “Poxa, que hospital! E isso, aquilo tudo”. Só que tem uma coisa: se depender, para mim, de comprar uma roupa cara, um sapato caro, umas coisas caras assim, eu prefiro comprar mais em conta, mas sempre eu ter o meu dinheiro para o meu convênio e para os meus remédios. Porque que acho assim: onde entra aquele rico, com aquela roupa tanto assim, aquelas..., eu entro também. Com a roupa mais simples, mais né... (Entr. 27 – Privado)

Apesar do frenesi midiático com relação a esse segmento populacional, é preciso, contudo, analisarmos com mais atenção esse conceito de nova classe média, pois como visto anteriormente, pertencimento a uma classe social não se define somente pelo nível de renda. Nesse sentido, é bastante complicado generalizar um contingente expressivo de

30 milhões de brasileiros como uma nova classe média apenas seguindo os indicadores de aumento no consumo e na renda. As classes sociais se definem por outros critérios, como a sua forma de ver o mundo, a sua cosmovisão, sua história e por elementos sociais específicos. Esses são fatores qualitativos que ainda não foram profundamente explorados no que diz respeito a essa “nova” classe social.

Para Jorge Cláudio Ribeiro em entrevista concedida para o site uol (www.uol.com.br, acesso em 02/10/2012):

Essa chamada ‘nova classe média’ é nova, mas não é média, pelo menos do jeito como conhecíamos a classe média convencional, que desenvolvia e estimulava o esforço pessoal, que tinha um mundo amplo, tinha escolaridade tradicional na família. A nova classe média parece que está se restringindo, por enquanto, a fatores ainda referentes à situação anterior. Ela tem maior renda, mas continua ‘espiritualmente’ a mesma. Pode fazer mais o que já fazia antes. Não houve ainda uma ruptura pronunciada. São pessoas que fizeram um esforço pessoal gigantesco, e que valorizam as realidades mais próximas de si (Ribeiro, 2012).

A fim de compreender melhor esse fenômeno e incrementar a discussão acerca dessa nova classe social brasileira, recorreremos à Marcio Pochmann em seu livro “*Nova classe média? O trabalho na base da pirâmide social brasileira*” (2012). O autor parte de uma pergunta e não de uma afirmação acerca desse fenômeno social. Segundo Pochmann:

Pode-se até estranhar a inclinação de certas visões teóricas recentes, que buscam estabelecer para determinado estrato da sociedade – agrupado quase exclusivamente pelo nível de rendimento e consumo – o foco das atenções sobre o movimento geral da estrutura social do país (Pochmann, 2012: 07).

A tese central do autor neste livro é que o adicional de ocupados na base da pirâmide social brasileira reforçou o contingente da classe trabalhadora, com aumento na

renda e no consumo, e esta classe foi equivocadamente identificada como uma nova classe média. Assim, apesar do contido nível educacional e da limitada experiência profissional, as novas ocupações de serviços que acabaram resgatando parcela da população da condição de pobreza, permite sim, inegável ascensão social, porém, para o autor, essa é ainda uma configuração de classe trabalhadora. Tem-se, dessa forma, uma classe trabalhadora ampliada e não uma nova categoria de classe social no Brasil:

Seja pelo nível de rendimento, seja pelo tipo de ocupação, seja pelo perfil e atributos pessoais, o grosso da população emergente não se encaixa em critérios sérios e objetivos que possam ser claramente identificados como classe média. Associam-se, sim, às características gerais das classes populares, que, por elevar o rendimento, ampliam imediatamente o padrão de consumo. Não há, nesse sentido, qualquer novidade, pois se trata de um fenômeno comum, uma vez que trabalhador não poupa, e sim gasta tudo o que ganha (Pochmann, 2012: 10).

A hipótese, por sua vez, é a de que não existe um equívoco conceitual, mas sim a expressão de uma disputa acerca da concepção e condução das políticas públicas atuais, nas quais se enquadram as políticas de saúde:

Em síntese: entende-se que não se trata da emergência de uma nova classe – muito menos de uma classe média. O que há, de fato, é uma orientação alienante sem fim, orquestrada para o sequestro do debate sobre a natureza e a dinâmica das mudanças econômicas e sociais, incapaz de permitir a politização classista do fenômeno de transformação da estrutura social e sua comparação com outros períodos dinâmicos do Brasil (Pochmann, 2012: 08).

Nesse sentido, em relação às políticas orientadas, segundo o autor, para uma perspectiva fundamentalmente mercantil, na medida em que se cria a (nova) classe média, fomenta o fortalecimento dos planos privados de saúde, educação, assistência e previdência, entre outros. Junto a isso, percebemos, no caso específico da Saúde no Brasil, um movimento propagandista concomitante de desvalorização do SUS.

Ainda não há estudos que relacionem o consumo de MT e MAC por parte dessa nova classe média, este capítulo pretende-se um indicativo para esse novo movimento social, que será analisado com mais atenção nos tópicos abaixo.

➤ *A propriedade do Cuidado - o uso de MT e MAC*

Dentre as MT e MAC utilizadas, os entrevistados geralmente mesclam terapêuticas que envolvem tratamentos com chás, tais como: jambolão, gengibre, hortelã, carqueja, folha de insulina, pata de vaca, pitanga, folha de feijão guandú; com terapêuticas como acupuntura; homeopatia; tratamentos espirituais; moxabustão; sonoterapia; benzeção; florais. Seguem dois trechos que ilustram a utilização dessas práticas, o primeiro representa a utilização de MT, enquanto que o segundo, a utilização de MAC.

Não, chá, erva, eu faço isso (...) É maçã com canela, hortelã com cidreira... Sabe? O que tiver eu tomo. (Entr. 33 – Privado)

Eu acho que o tratamento homeopático é uma coisa assim fantástica, é muito bom. É lógico que, em certos casos, ele não vai substituir; mas, em certos casos, tipo alergia, por exemplo, eu vou falar para você: para mim deu muito certo. Eu gosto muito. (Entr. 01 – Privado)

Sobre o gerenciamento do cuidado em saúde, é sabido que os tratamentos das doenças são, acima de tudo, construções individuais e sociais que integram a vida cotidiana dos indivíduos. As escolhas terapêuticas no gerenciamento do cuidado, incluindo as não biomédicas, possuem uma configuração bastante peculiar na situação de adoecimento crônico e se concretizam no momento em que passam a “fazer sentido” para os pacientes. Segundo Leite & Vasconcellos (2006): “O fazer sentido é, pois, a

congruência entre a base cultural do sujeito e o processo por ele desenvolvido para uma ação de saúde” (Leite & Vasconcellos, 2006: 122).

Pelo fato de o DM tipo 2 requerer um cuidado contínuo ao longo do tempo, é importante considerarmos a interação da experiência individual do paciente com enfoques macroestruturais, tais como a posição social que este sujeito ocupa, a cultura e a forma como se organiza o próprio cuidado médico, além dos saberes e terapias que representam alternativas de cura (Canesqui, 2007).

É com esse intuito que buscaremos fazer uma análise dos discursos dos pacientes que integram esse grupo a partir dos eixos “gerenciamento do cuidado” e “capital pessoal”, mapeando as justificativas para o uso concomitante de MT e MAC, as aproximações e distanciamentos dos dois grupos anteriores - dos que usam somente MT ou somente MAC e as relações de classes interpostas.

Quanto à justificativa para o uso, nesse grupo específico, a busca por tratamentos não convencionais é, em sua maioria, uma alternativa complementar ao tratamento biomédico e que, muitas vezes, são experimentadas pelos entrevistados antes do diagnóstico do diabetes. Tal articulação de terapêuticas só é possível, segundo Rocha (2000) uma vez que, para os sujeitos, não existe oposição ou inviabilidade entre sistemas terapêuticos diferentes e sim, complementariedade, sem que um enfraqueça a importância do outro.

Acupuntura eu parei de utilizar tem aí mais ou menos uns três meses. Por questão de desencontro de horários e comodidade (...) Minha vó fazia um chazinho bom (...) Os mais velhos, os mais experientes, independente classe financeira, você via, se ele tinha ali um problema ele tomava um chá de camomila, um chá de cidreira, um chá disso, um chá daquilo (...) Aquilo lá era um remédio, um paliativo, não era um medicamento, mas aquilo ajudava no conforto, não é, a melhorar o bem estar. Claro que se a pessoa tem ali um problema de algo muito mais

grave, não é isso que vai melhorar, mas eu acredito que com isso ele não chegue no pior. Ou seja, se você tem um problema de estômago e tomar um chá verde, sempre após as refeições ele vai lhe ajudar na digestão, no intestino. (Entr. 20 – Privado).

Tal complementariedade e articulação de práticas terapêuticas de diferentes origens é tão possível que os entrevistados relatam entrar em contato com essas terapêuticas para tratar outros males e que acabam fazendo parte do estilo de vida. Assim, é evidente a utilização de homeopatia por parte do entrevistado 01 – Privado, quando este é acometido pelo DM tipo 2. No caso do entrevistado 20 – Privado, tanto a utilização de chás quanto a acupuntura fazem parte do espaço social dessa pessoa, com os dois tipos de tratamentos não convencionais convivendo de forma possível a harmoniosa.

Isso se dá, pois, segundo Laplantine (1991):

Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra disposto a eliminar (Laplantine, 1991: 220).

Tomando emprestado o raciocínio de Laplantine, podemos inferir que no caso dos pacientes entrevistados há uma *propriedade do cuidado* por parte por meio das MT/MAC, possibilitando um gerenciamento desse cuidado para além do modelo biomédico protocolar de cuidado.

Essa possibilidade de cuidado que denominamos como propriedade do cuidado pode ser analisada em paralelo com o argumento desenvolvido por Wagner (2011), no qual utilização de tais terapêuticas não biomédicas proporciona um “escape” ao tido como convencional em nossa sociedade, possibilitando que o sujeito se diferencie em

suas ações de saúde. Esse processo de diferenciação, ao meu ver, proporciona ao paciente que ele se aproprie do seu cuidado para além dos convencionalismos.

Na língua portuguesa, a palavra “propriedade” possui vários significados. Chamamos atenção para alguns deles: *1. qualidade do que é próprio, 2. qualidade especial ou característica, 3. virtude particular, 4. qualidade inerente, 5. direito de dispor ou usufruir de algo de acordo com as disposições da lei, 6. tudo o que nos pertence e de que podemos dispor livremente.* Gostaria, pois, de destacar os dois últimos sentidos apresentados que se aproximam do que identificamos nas falas dos pacientes acerca da apropriação das terapêuticas de MT e MAC como um movimento de diferenciação ao modelo biomédico convencional.

O Cuidado, contudo, também é um conceito amplamente utilizado no campo da saúde e bastante explorado teoricamente pelas ciências sociais em saúde. Para Helman (2003), o cuidado e a cura são elementos construídos a partir dos sentidos dados pelos indivíduos tanto para o tratamento quanto para os diagnósticos e recomendações, dentro das opções terapêuticas disponíveis. Evidentemente, não iremos aprofundar a discussão acerca do cuidado em saúde neste capítulo, apenas sinalizaremos argumentos que nos ajudem a desenvolver a noção de propriedade do cuidado proposta aqui.

A noção de cuidado em saúde é muitas vezes relacionada com um conjunto de procedimentos orientados tecnicamente com vistas ao êxito de um determinado tratamento. Para Ayres (2008), é preciso ir além desse sentido tecnicista e levar em conta o cuidado enquanto um constructo filosófico, a fim de compreender e debater as implicações práticas deste conceito para as práticas de saúde. Para isso o autor nos

apresenta a distinção clássica entre dois saberes: um de natureza científica e técnica e outro, um saber cuja racionalidade é voltada para prática. Nas palavras do próprio autor:

Entendemos aqui como Cuidado uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnica das práticas de saúde (...) a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento (Ayres, 2008: 57).

➤ *Da propriedade do cuidado ao capital pessoal*

Aliado à questão do cuidado e de como os sujeitos sociais se apropriam desse cuidado, um outro conceito recentemente utilizado pela sociologia, principalmente nos estudos de adoecimento crônico, é o conceito de *capital pessoal*, proveniente das elaborações teóricas de capital de Bourdieu, que nos permite compreender a produção de sistemas de valores pessoais que perpassam as escolhas por práticas sociais. Este, segundo Scambler & Newton (2011) é o único capital que permite com que a pessoa possa rejeitar, filtrar, incorporar ou rever valores e práticas a partir de outras formas de capitais, a fim de contornar seus interesses próprios em favor das circunstâncias imediatas, bem como as preocupações pessoais e personaliza-las no cotidiano.

O contato dos pacientes entrevistados com as MT e MAC também diverge dos grupos anteriores e nos ajuda a elucidar o processo de propriedade do cuidado, tendo em vista o capital pessoal desses sujeitos. No caso das MT e MAC, esses pacientes buscam informação geralmente na tradição familiar, com receitas tradicionais, utilizando também como fonte de informação a TV ou a internet. Esse dado de utilização do uso de

informações em TV e internet não foi relatado entre os pacientes que utilizam somente MT. Para esses últimos, as receitas de chás são provenientes de tradições orais passadas hereditariamente. Já, especificamente sobre as MAC, essas terapêuticas fazem parte de indicação de médicos, na maioria das vezes ou indicação de conhecidos, geralmente quando se trata do caso da acupuntura e da homeopatia.

P: E essas indicações de chá o senhor recebeu de quem?

R: Eu tenho uma coleção de livros, que se chama Dieta pelo Tipo Sanguíneo. Você conhece, né?

P: Hum, hum.

R: E eu procuro me orientar por lá (Entr 01 - Privado)

Aí, como ela (irmã da entrevistada) vai fazer massagem, acupuntura numa médica, que trata com florais, contou pra médica (sobre o caso da entrevistada). Aí a médica falou pra ela assim: 'fala pra sua irmã escrever tudo o que ela toma de remédio num papel e tudo o que ela sente'. Eu escrevi tudo e mandei. Aí ela falou assim: 'eu vou fazer um floral pra ela'. E fez, mandou a receita do floral. E eu mandei fazer. Aí eu comecei a tomar, aí meu marido achou que eu estava ficando sem educação, que eu estava voltando a ser o que eu era... (risos) (Entr. 33 – Privado)

Do mesmo jeito que eu sou – vamos dizer – um curioso do espiritual, eu vejo a natureza com algumas coisas que deveriam ser melhor estudadas; então eu sou curioso da natureza. Eu procuro ler, procuro conhecer, procuro ver esses programas de televisão Discovery, History, que falam de Medicinas Alternativas e Práticas Alternativas. Antigamente tinha um canal que se chamava Infinito, não sei se você chegou a conhecer, um canal argentino, se não me engano. Hoje esse Infinito é mais asneira do que qualquer coisa! Mas eu procuro conhecer. Eu acho que, se menor estudado, pode ser uma solução. (Entr. 38 - Privado)

O atual fenômeno de multiplicação de informação sobre saúde vem chamando a atenção de cientistas sociais para a compreensão sociológica das práticas de saúde dos indivíduos. É sabido da difusão desse tipo de conhecimento, do amplo acesso dos indivíduos à ele e seu caráter plural e fragmentário. São diversas as fontes e veículos pelos quais as informações em saúde circulam e passam a integrar as experiências

cotidianas dos indivíduos, influenciando na configuração de certos padrões de práticas e concepções de saúde. Segundo Lopes (2010), há poucos estudos sociológicos que analisam em perspectiva micro analítica essa relação:

É indubitável que a crescente circulação de informação contribui potencialmente para dinâmicas de transformação da relação dos indivíduos com a saúde e práticas e recursos correlatos. Tal sucede por uma diversidade de vias e determinantes sociais, não sendo a circulação de informação uma dinâmica de geração espontânea, e essa é uma genealogia social ainda por fazer. (Lopes, 2010: 89)

Pode-se concluir, em certa medida, que a mobilidade social promovida pela educação, principalmente com a utilização de livros e da internet como fonte de informação por parte dos pacientes, promove uma relativa independência³⁰ em relação ao conhecimento médico, fato que se torna ainda mais evidente no uso das MT/MAC, nas quais os pacientes podem ser proprietários de seu próprio cuidado em saúde, para se esquivarem do convencionalismo biomédico.

No que se refere às relações de classe social, para este grupo de pacientes, ressalta-se a importância da necessidade de capital econômico, para que seja possível a escolha tanto por um tratamento biomédico de qualidade, quanto para as MAC, especificamente. Já com relação às MT, a utilização por pessoas mais “pobres” se justifica pelo fato de este tratamento ser uma alternativa mais barata para quem não tem acesso ao que os pacientes afirmam “uma saúde de qualidade e de respeito”.

Ah, com certeza, né, porque eu, por exemplo, eu utilizo do terapeuta que me custa caro, mas eu posso pagar, e se eu não tivesse, teria que procurar alguém que me atendesse nas minhas condições; aí já começa

³⁰ É preciso ressaltar que apesar de o paciente ter mais acesso à informação por meio dos diversos tipos de tecnologias, a tecnologia em si e a superespecialização também são crescentes em nossa sociedade. Assim, não parto do pressuposto de que o acesso à informação isoladamente é promotora de independência.

a ficar mais complicado, não é?. Agora, a fitoterapia e a homeopatia são coisas bem acessíveis, eu acho que não seria tão proibitivo assim, mas, eu tenho a impressão de que entre receber um remédio do SUS e ter que comprar uma homeopatia, a pessoa que não tem o poder aquisitivo, tem que acabar ficando com aquele que vem de graça, né? (...) Então eu acho que o fator econômico vai pesar na escolha com certeza. (Entr. 05 – Privado)

Aliada a essa percepção, há também o argumento bastante recorrente entre os pacientes do grupo já analisado que utilizam somente MAC, de que pessoas de classes mais altas são mais abertas à informação, também por questões educacionais e de conhecimento.

Classe mais alta, classe mais alta. Porque são mais abertos. É muito mais aberto a novas informações. Você vai chegar assim numa favela e falar: vem cá, você está com uma doença qualquer lá, você quer fazer Acupuntura ao invés de ir ao médico. Você pega essa pessoa, você leva para o médico, ele precisa de mesmo tratamento, que ai lhe custar muito caro. Por outro lado, Medicina Alternativa é mais cara ainda. Uma sessão de Acupuntura custa muito caro! Então ela vai ao Pai de Santo, rezar, fazer uma macumbinha, para ver se melhora (Entr 09 - Privado).

É nesse sentido que se delinea a segunda perspectiva analítica apresentada no início do capítulo e que denominamos de análise micro, centrada na percepção dos pacientes sobre a escolha por tratamentos tidos não convencionais. Apesar de os pacientes desse grupo utilizarem ao mesmo tempo MT e MAC, há uma diferenciação marcante no discurso dos entrevistados que perpassa as relações de classes sociais, que envolvem a produção do *habitus* juntamente com os diversos tipos de capitais.

Esse processo, segundo Bourdieu, está associado às questões de pertencimento ou não pertencimento. Se o grupo dos pacientes que utilizam MT e MAC ao mesmo tempo possui características dos outros dois grupos apresentados anteriormente, podemos localizá-los no que o autor chama de “grupos-fronteira”, que são para ele, estratégicos, na

medida em que essas fronteiras são os limites de cada classe, defendidas de maneira ferrenha por meio de sistemas de classificação que “(...) são menos instrumentos de conhecimento do que instrumentos de poder subordinados a funções sociais e orientados, mais ou menos abertamente, para satisfação dos interesses de um grupo” (Bourdieu, 2008: 442).

Dessa forma, a complexa rede de inter-relações entre experiências, escolhas e ações verificadas neste grupo de pacientes requer um arcabouço teórico que encapsula tanto a natureza limitada, e ainda transitória e permeável, do campo em si, bem como as relações de potência e as posições existentes que ocorrem dentro dele.

O próximo capítulo pretende-se uma síntese das informações levantadas nessa série de três capítulos empíricos a partir dos conceitos de capitais trazidos por Pierre Bourdieu.

– CAPÍTULO VII –

O campo das MT/MAC e os diversos Capitais



Este capítulo apresenta uma síntese dos três capítulos empíricos apresentados anteriormente, na medida em que resalta os aspectos mais importantes do campo das medecinas não convencionais e os capitais específicos, a partir dos três grupos de de terapêuticas analisados.

Considerando o que chamei de medecinas não convencionais (englobam as MT e MAC) como um campo, no sentido trazido por Pierre Bourdieu, é preciso considerar que o mesmo, de acordo com os discursos produzidos pelos entrevistados, está em relação direta com um outro campo, o da biomedicina.

O campo da biomedicina tem como parâmetro o biológico, decorrente da utilização e representação do biológico na geração e manutenção de poder, de acordo com as formas de capitais existentes da sociedade mais ampla. Já o campo das medecinas não convencionais trazem elementos concorrenciais à biomedicina e muitas vezes são capazes de inverter a lógica pautada no biológico³¹, mesmo utilizando-se das mesmas formas de capitais operacionalizados no campo da biomedicina.

³¹ Particularmente não acredito que a inversão ao modelo biomédico ocorra em todos os processos sociais que envolvam as medecinas não convencionais. O que acontece, muitas das vezes é uma tentativa de

Tal inversão da lógica pautada no biológico é elucidada no trabalho de Almeida (2012) que recentemente trouxe um conceito inovador para o campo da sociologia da saúde, o conceito “CAMisation”³².

Este conceito é definido como um processo pelo qual os profissionais de MAC buscam promover soluções gerais a partir das MAC para problemas humanos. Assim, o conceito CAMisation é proveniente do conceito de medicalização elaborado por Conrad (2007), que se refere ao processo pelo qual problemas humanos são traduzidos em problemas exclusivamente médicos. Segundo Almeida:

In a similar way, the key to camisation is also a definitional one. CAM language, CAM ideology and CAM interventions and procedures are also main sources for this process. Furthermore, while medicalisation has been encouraged by a faith in science and progress and by the prestige of the medical profession (Conrad, 2007), camisation has been encouraged by opposite tendencies, i.e. a lack of faith in science and progress and the relativisation of the role of the medical doctor in society. In the same way as Conrad (2007) suggested seeing medicalisation as a form of collective action, camisation can also be seen as having a collective nature in that CAM practitioners, some of them CAM activists, have organised and exercised political pressure to propel camisation and to create a market space for it. (Almeida, 2012: 255)

* * *

Como visto ao longo da tese, para Bourdieu, a escolha por uma determinada prática social é fruto de uma relação entre o *habitus* e o capital acumulado, sendo esta relação somada ao campo (Bourdieu, 2008). Tal formulação pode ser traduzida na seguinte fórmula:

biologizar ou até mesmo medicalizar as medicinas não convencionais, justamente por uma disputa por poder no interior do campo da saúde.

³² Em português, traduz-se esse conceito por Macisação

[(habitus). (capital)] + campo = prática

Essa fórmula nos ajuda a pensar como se estruturam as escolhas sociais e o que reflete e condiciona, por exemplo, os discursos dos pacientes acerca das motivações para o uso de práticas terapêuticas pelos grupos estudados. Tais discursos são, contudo, produtores de diferenciação social.

Assim, levando em conta o campo das práticas terapêuticas não biomédicas em suas potencialidades e as quatro formas ou espécies de capitais que são operacionalizados em todos os campos sociais, gostaria de sistematizar como cada um desses capitais se apresentam para os três grupos analisados neste trabalho³³:

➤ *Capital Econômico*

O *capital econômico* no campo das medicinas não convencionais no Brasil refere-se, de maneira geral, à quantidade de dinheiro disponível aos pacientes para a utilização de determinada terapêutica, por meio da saúde pessoal, benefícios e recursos existentes, sejam eles estatais – para pacientes que utilizam o serviço público ou privado – ou no caso dos pacientes que possuem planos de saúde ou utilizam serviços particulares.

No caso dos pacientes que utilizam **somente MT**, esse grupo de pessoas representa as classes menos favorecidas da Brasil, caracterizada por baixos salários, baixa renda e baixo grau de escolaridade. Possuem menos recursos econômicos para custear os tratamentos em saúde. São majoritariamente atendidos pela rede pública de saúde e não

³³ Embora tenha escolhido sistematizar os tipos de capitais separadamente, é importante ressaltar que os capitais, para Bourdieu, são inter-relacionados e não ocorrem separadamente no dia dia-a-dia de produção de práticas sociais. Essa separação é somente para fins didáticos.

possuem planos privados. Nossas evidências empíricas apontam para o fato de que a utilização de chás por esse grupo se dá pelo baixo custo deste tipo de tratamento e fácil acesso à matéria prima, como por exemplo, as ervas que são usadas nas receitas do chás, como também pelo baixo efeito colateral desse tratamento.

Para o grupo de pacientes que utilizam **somente MAC**, notadamente a acupuntura e homeopatia, há um grande acúmulo de capital econômico, uma vez que a grande maioria desses pacientes pagam para ter serviços privados e muitos possuem planos de saúde. Esses pacientes reiteram que a questão econômica é um fator que influencia sobremaneira a escolha e a utilização das terapias não convencionais. Essas pessoas geralmente pagam por tratamentos particulares ou são cobertos pelos planos de saúde para a utilização de MAC, o que não acontece com os pacientes que utilizam somente MT.

Quando recorremos à caracterização do capital econômico para o grupo de pacientes que utilizam **concomitantemente MT e MAC** percebemos que há uma aproximação ao perfil dos pacientes que utilizam somente MAC, ou seja, são pessoas que possuem um acúmulo considerável de capital econômico, não tanto quanto do grupo citado anteriormente, mas que possibilita que esses sujeitos sejam capazes de consumir planos privados de saúde. Eles estariam localizados no segmento da classe média brasileira – ou, segundo Pochaman, na classe trabalhadora que ascendeu economicamente, caracterizada por um processo de aumento de renda e consumo, como analisado no capítulo VI.

➤ *Capital Cultural*

Este tipo de capital refere-se, de maneira sintética, às formas de conhecimentos, habilidades, educação e possíveis vantagens adquiridas pelos agentes em um determinado grupo social. Os pais e a escola são os responsáveis por perpetuar e transmitir as atitudes e conhecimentos necessários aos agentes sociais. Esse capital apresenta-se de três formas: o capital cultural incorporado que se refere ao processo de interiorização nos marcos do processo de ensino e aprendizagem, constituindo parte integrante da pessoa até mesmo no sentido biológico; o capital cultural objetivado, trata-se da transferência de uma propriedade legal e pode ser apropriado tanto materialmente por meio do capital econômico quanto simbolicamente; capital cultural institucionalizado, que é, de certa forma, a objetivação do capital cultural incorporado sob a forma de títulos, podendo ser títulos escolares e acadêmicos (Neves; Pronko & Mendonça)³⁴.

No que concerne ao grupo dos pacientes que utilizam **somente MT**, o capital cultural assenta-se, principalmente na transmissão dos métodos leigos de cura que integram as classes mais pobres do Brasil, com baixa escolaridade, ou seja, pouca titulação e conseqüentemente baixo capital cultural institucionalizado. Contudo, há um peso significativo em relação à transmissão do saber tradicional, principalmente no que se refere ao universo feminino com as receitas de chás trocadas e perpetuadas por redes de sociabilidade bem definidas, como veremos mais especificamente no tópico do capital social.

Neves et.al., chama atenção para o fato de o conceito de capital cultural ter sido ressignificado no início dos anos 2000, principalmente pela Organização das Nações

³⁴ Informações retiradas do “Dicionário da educação - Profissional em Saúde” da Fiocruz. Sítio: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/capcul.html>

Unidas para Educação, Ciência e Cultura da Unesco. Esse conceito adquire importância na redefinição do papel econômico e de legitimação social do Estado contemporâneo nas sociedades ocidentais e na América Latina em específico. Assim, esse conceito passa a ser incorporado como um conjunto de elementos da cultura popular utilizadas como ingredientes da política social para fortalecer os agentes sociais frente às inúmeras desigualdades na estrutura social.

Para o grupo dos pacientes que utilizam **somente MAC**, chama atenção principalmente a alta titulação dos seus membros em termos de escolaridade, o que se refere ao capital cultural institucionalizado. Grande parte dos pacientes que compõem este grupo possuem ensino superior e pós-graduação.

No discurso desses pacientes a escolha por determinada prática não convencional está relacionada, em grande parte, com uma questão de instrução, proporcionada por acúmulo de conhecimento proveniente da educação formal. Dessa maneira, a informação passa a ser um elemento de extrema importância e integrante do capital cultural desse grupo. Evidentemente que essa questão está fortemente relacionada com o capital econômico, o que dá subsídios, segundo os entrevistados para que o sujeito tenha acesso ao conhecimento formal e à informação, possibilitando a utilização das medicinas não convencionais.

No caso do grupo dos que utilizam **MT e MAC concomitantemente**, o capital cultural mobilizado por esses pacientes é bastante diverso dos grupos apresentados anteriormente. Esses sujeitos, especificamente em relação ao grau de escolaridade não se concentram em uma faixa específica, estando bem distribuídos em todas as faixas de anos de estudos.

Esses pacientes experimentam o uso das MT/MAC antes do diagnóstico do diabetes, fazendo parte, muitas vezes, do estilo de vida desses sujeitos. A convivência entre as práticas terapêuticas convencionais e não convencionais se dá de forma harmoniosa, não havendo oposição ou inviabilidade, no caso dos pacientes que utilizam MT e MAC ao mesmo tempo.

E podemos acrescentar que o conhecimento adquirido para o uso de tais práticas se dá por outras fontes de informações, como a TV ou a internet, para além da tradição familiar, como no caso das MT e da indicação de um profissional de saúde, como no caso das MAC. É importante ressaltar, contudo, que esses dois últimos elementos também aparecem relatados nas falas dos entrevistados deste grupo, como será visto no item referente ao capital social. Nesse sentido, chama atenção o fato da mobilidade social proporcionada pela educação e não necessariamente pela titulação, principalmente na utilização de livros e da internet como forma de informação por parte dos pacientes.

➤ *Capital Social*

O capital social depende sobremaneira da extensão da rede de relações por ele mobilizado, significando a vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns, mas que são unidos por relações permanentes e úteis em uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas.

No caso do conhecimento tradicional, expressivo no grupo dos pacientes que utilizam **somente MT**, esse tipo de conhecimento, como visto, está firmado legalmente, ou seja, institucionalizado pela Convenção da Diversidade Biológica (ver Capítulo IV da tese). De certa forma, tal institucionalização dá uma coesão para que esse tipo de

conhecimento possa ser operacionalizado pelos agentes sociais. Essa utilização, no caso das práticas em saúde e do objeto de estudo desta tese, é bastante evidente, tendo em vista as fortes redes de sociabilidades dispensadas para o ensino e o manuseio das práticas de MT, transmissão e troca de informações acerca destas terapêuticas. Outro aspecto bastante relevante para os pacientes que utilizam somente MT são os aspectos místicos e religiosos dispensados na utilização dessas terapêuticas e na confecção das receitas de simpatias e chás.

A trajetória social e o uso das MAC traz à tona elementos do capital social do grupo de pacientes que utilizam **somente MAC**. A utilização destas terapêuticas está fortemente relacionada com experiências anteriores dos entrevistados que, em um certo momento de suas vidas, tiveram contato com as MAC. A indicação do uso das práticas não biomédicas pelos profissionais de saúde também foi um elemento significativo, somado às informações obtidas por meio de livros e palestras. Um outro tópico que chama atenção nesse grupo, é a relação com o espiritismo, religião capaz de articular uma rede de sociabilidade que dá suporte ao uso de medicamentos homeopáticos e outras terapias, como as apresentadas no Capítulo V. Assim, tais aspectos diferem dos pacientes que utilizam somente MT, uma vez que o capital social destes pacientes está vinculado com as redes de sociabilidade articuladas a partir de elementos da tradição e da herança de um grupo social específico.

Em relação ao capital social articulado pelos pacientes que utilizam **MT e MAC concomitantemente**, há uma rede de relações sociais dispensadas por esses sujeitos que mesclam aspectos dos outros dois grupos, tais como, a tradição familiar herdada do uso

de chás (MT) e a indicação por parte de profissionais de saúde das práticas de MAC, como acupuntura e homeopatia.

➤ *Capital Simbólico*

Este capital, diferentemente das outras modalidades de capital não é imediatamente perceptível, estando mais ligado ao “fazer ver” e “fazer crer”, denotando uma medida de prestígio e carisma que determinado agente ou instituição possui em um campo social específico, sendo fundado sobre atos, conhecimento e reconhecimento.

Simbolicamente, a fé aparece contundentemente no discursos dos pacientes que utilizam **somente MT** como um aspecto fundamental para a não utilização das medicinas tradicionais pelos “ricos”. Assim, a crença e a fé na eficácia dos chás são fundantes nas falas dos agentes desse grupo. A questão de ter fé ou não emerge como um elemento fundamental que compõe o capital simbólico para este grupo de pacientes.

Em relação ao capital simbólico no grupo de pacientes que utilizam **somente MAC**, alguns aspectos chamam atenção, principalmente no que se refere ao discurso desses pacientes acerca do uso de práticas tradicionais brasileiras de cura, representadas no grupo anteriormente analisado.

O primeiro aspecto que se destaca é o uso das terapêuticas não convencionais como parte de um estilo de vida representante desta classe social, que se caracteriza pela busca por um estado mais amplo de bem-estar e equilíbrio e não para a cura da doença. Evidentemente que essa capacidade de sustentar um estilo de vida para além da prática terapêutica, enquanto cura, tem estreita relação com o acúmulo de capital econômico dispensado pelos membros deste grupo.

O segundo aspecto que chama atenção é que, simbolicamente, para este grupo, as MT não são eficazes e fazem parte de práticas de pessoas que não possuem informação e que são, muitas vezes, supersticiosas. A não eficácia está relacionada, segundo algumas falas com a não legitimação científica das MT e em outros momentos com a falta de fé dos pacientes que utilizam MAC. O mais interessante é que há um discurso que sustenta a eficácia das MAC em detrimento das MT e isso se dá pela provável validação científica das MAC, pelo simples fato de estas terapêuticas serem operacionalizadas por profissionais de saúde, o que não ocorre com as MT, que são “prescritas” por “curandeiros” e “avós que fazem chazinhos”.

Podemos relacionar também esse discurso mais amplo com a representação deste grupo acerca do sistema público de saúde que associa, simbolicamente, um sistema público de saúde decadente; a falta de conhecimento e informação dos usuários deste sistema e as MT, práticas representativas desse grupo.

No que se refere ao capital simbólico dos pacientes que utilizam **MT e MAC concomitantemente**, foi possível identificar que para este grupo, há uma percepção de que o capital econômico influencia fortemente a escolha pela utilização das MAC, especificamente; ao contrário do que ocorre no caso das MT, que representam uma alternativa mais barata para quem não tem acesso aos tratamentos biomédicos ou até às MAC. Com um argumento bastante parecido com o grupo de pacientes que utilizam somente MAC, os pacientes que utilizam MT/MAC justificam a utilização por tratamentos alternativos (não os tradicionais) pelo acesso à informação e à formação educacional formal.

É interessante, nesse sentido, que no campo da representação simbólica daquilo que esses pacientes acreditam ser as motivações para o uso de uma prática terapêutica não convencional, destacam-se os aspectos econômico e de informação.

* * *

Segue abaixo um quadro síntese das informações descritas acima. Este quadro auxilia tanto na visualização dos elementos mais importantes analisados nos capítulos empíricos quanto nas conclusões que serão apresentadas no próximo capítulo.

➤ *Quadro Síntese*

Quadro 2: Quadro síntese das evidências empíricas

	Capital econômico	Capital cultural	Capital social	Capital simbólico
MT	- poucos recursos econômicos para custear tratamentos em saúde; - utilizam serviços públicos; - chás representam tratamento de baixo custo e fácil acesso; - baixo efeito colateral.	- transmissão de métodos leigos de cura; - baixa titulação representada pela baixa escolaridade; - valorização recente do conhecimento tradicional.	- fortes redes de sociabilidade operadas na transmissão do saber tradicional; - aspectos místicos e religiosos dispensados nas redes de sociabilidade	- crença e fé na eficácia como elemento fundamental para a utilização dos chás.
MAC	- grande acúmulo de capital econômico; - utilizam serviços privados e possuem planos de saúde.	- alta titulação de seus membros em termos de escolaridade; - acesso à	- MAC é utilizada antes do DM na trajetória social desses pacientes; - indicação para	- busca por um estado mais amplo de bem-estar e equilíbrio; - rejeição ao uso de

MT/MAC		informação como elemento fundamental para o uso de MAC.	o uso feita por profissionais de saúde; - práticas terapêuticas fazem parte do estilo de vida.	MT por representarem práticas supersticiosas e sem legitimação científica.
	<ul style="list-style-type: none"> - possuem acúmulo considerável de capital econômico; - intermediário entre os grupos anteriores; - possuem planos de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - há uma distribuição por todas as faixas de escolaridade; - conhecimento adquirido por meio de diversas fontes como: TV, internet, tradição familiar e profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - rede de relações sociais dispensadas por esses pacientes mesclam elementos dos dois grupos anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> - percepção de que capital econômico é o grande direcionador para o uso de práticas não convencionais; - acesso à informação como elemento fundamental para o uso.

– CONSIDERAÇÕES FINAIS –



O gosto é uma disposição adquirida para “diferenciar” e “apreciar”, de acordo com Kant, ou, se preferirmos, para estabelecer ou marcar diferenças por uma operação de “distinção” que não é – ou não necessariamente – um conhecimento distinto, no sentido de Leibniz, já que ela garante o reconhecimento (no sentido comum) do objeto sem implicar o conhecimento dos traços distintivos que propriamente o definem. (Bourdieu, 2008: 434)

Em “A Distinção – Crítica social do julgamento, Bourdieu traz uma de suas grandes contribuições para a sociologia, especialmente para a sociologia da cultura, no sentido de nos ajudar a compreender como as práticas culturais contribuem para a estratificação social e reprodução de sistemas sociais hierárquicos ao longo do tempo.

Os gostos e as preferências sociais não se limitam a serem um simples reflexo da estrutura social ou algo natural, mas sobretudo, um meio de se afirmar ou de se conformar uma determinada vinculação social. Nesse sentido, afirma Vasconcellos (2008):

Pierre Bourdieu elabora, assim, um sistema teórico que afirma que as condições de participação social baseiam-se na herança social. O acúmulo de bens simbólicos e outros estão inscritos nas estruturas do pensamento (mas também no corpo) e são constitutivos do *habitus* através do qual os indivíduos elaboram suas trajetórias e asseguram a reprodução social. Esta não pode se realizar sem a ação sutil dos agentes e das instituições, preservando as funções sociais pela violência

simbólica exercida sobre os indivíduos e com a adesão deles.
(Vasconcellos, 2008)

Acredito que o referencial teórico centrado nos conceitos de *habitus* e *capital* elaborados pelo autor mostrou-se bastante profícuo para compreender as relações de dominação presentes em uma dada estrutura social, apresentando-se como ferramentas importantes para apreender as representações da dimensão simbólica expressa na fala dos indivíduos de diferentes grupos sociais, as quais nos auxiliam a compreender que uma classe social é definida tanto por seu *ser-percebido*, quanto por seu *ser*, efetivamente, por seu consumo e também por sua posição nas relações de produção (mesmo que seja verdade que esta posição comanda aquele consumo) (Bourdieu, 2008).

As contribuições de Bourdieu são úteis pois nos ajudam a conceber o mundo social como espaço multidimensional no qual os agentes sociais ocupam posições relativas em decorrência da posse de distintos capitais e do poder derivado dessa posse. Dessa forma, o processo saúde-doença resulta das possibilidades normativas dos indivíduos em relação ao mundo social e ao biológico (Barata, 2008). As relações entre os diferentes agentes sociais determinam, segundo Barata (2008), os diferentes riscos de adoecer e morrer; e, acrescento aqui, as diferentes escolhas terapêuticas para o cuidado em saúde.

Com este trabalho procurarmos, em certo sentido, evidenciar que os indivíduos não são independente de seus grupos sociais na escolha por práticas de saúde, além de existir uma constante disputa pela legitimação de certas práticas sociais e culturais, como por exemplo as MT e MAC utilizadas por pacientes diabéticos, úteis para definir e distinguir os diferenciais de poder de grupos sociais na sociedade brasileira.

Evidentemente que o contexto no qual a relação e a disputa entre os agentes se dá é bem marcado por alguns pares de oposições. Destaco dois desses pares, trabalhados durante a tese: a relação entre biomedicina e terapêuticas não convencionais e a relação público x privado nos serviços de saúde no Brasil.

Em relação ao primeiro par de oposição: Enquanto o tratamento biomédico pautado no modelo biomecânico, positivista e representacionista tende a naturalizar a doença e normatizar o tratamento por meio de uma lógica protocolar, a utilização das práticas não biomédicas possibilitam, de certa forma, o desenvolvimento de autonomia na gestão do auto-cuidado em saúde.

No que se refere ao segundo par de oposição, ficou evidente a correlação entre o lugar social destes sujeitos, os serviços de saúde utilizados e os discursos produzidos pelos pacientes entrevistados acerca do uso de MT e MAC. Nesse sentido, os entrevistados usuários dos serviços públicos de saúde tendem a utilizar as MT, com uma perspectiva curativa, em princípio; enquanto que os usuários dos serviços privados tendem a utilizar MAC, já com uma perspectiva integrada à qualidade de vida.

A doença crônica, por sua vez, perpassa toda a discussão e também contextualiza os sujeitos sociais estudados por possuir algumas características peculiares, que acabam influenciando no comportamento e na vida das pessoas acometidas por ela.

A doença crônica e a experiência que ela representa vão além da esfera médica e cumprem um determinado papel em todos os lugares da vida social, criando novas sociabilidades. Especificamente sobre os estudos sociológicos acerca do adoecimento crônico e das doenças de longa duração, segundo Scambler & Newton (2011), estes têm historicamente focado predominantemente em pesquisas que buscam tanto mapear a

prevalência e distribuição da doença e, de maneira paralela, estudos que exploram as experiências das pessoas que vivem com longos períodos em condições incapacitantes com base em vivências cotidianas. Esse estudos têm contribuído para questionar o processo de dominação da biomedicina.

Embora Bourdieu tenha sido o eixo teórico central de análise do material empírico, evidentemente que outros referencias das ciências sociais também foram utilizados com o intuito de ampliar a discussão, demonstrando o quanto os conceitos desta ciência são profícuos e necessários para as discussões de temas tão importantes no campo da saúde coletiva brasileira, tal como as questões que se referem aos processos de diferenciação social e à utilização de práticas terapêuticas não biomédicas.

Por meio da articulação de conceitos e metodologias já consagrados pelas Ciências Sociais este estudo buscou contribuir para o avanço nas reflexões sociológicas e empíricas sobre as possíveis conexões entre estruturas de classe e diversas formas de desigualdades e ações sociais no campo específico da Saúde.

➤ *Propostas para pesquisas futuras*

A partir da perspectiva da sociologia da saúde desenvolvida neste trabalho, abre-se um importante campo de debates sobre as racionalidades terapêuticas não biomédicas, sobretudo a partir de problemáticas que devem ser consideradas na área de saúde coletiva, tais como: a relação público x privado nos serviços de saúde; os discursos produzidos acerca da escolha terapêutica dos pacientes; os itinerários pelos serviços de saúde; importância da pesquisa qualitativa em saúde e dos referenciais das ciências sociais.

Acredito, assim, que sejam necessárias pesquisas futuras no campo da sociologia da saúde brasileira que relacionem práticas terapêuticas não convencionais e questões de classe social e diferenciação social a partir dos temas de interesses da saúde coletiva, como exemplificado anteriormente. Destaco, contudo, dois tipos de sugestões:

- 1) Futuras pesquisas sociológicas acerca das MT e MAC no contexto brasileiro e em um contexto comparativo com outros países no que se refere às discussões sobre sistemas nacionais de saúde e classes sociais.
- 2) Pesquisas em terapêuticas não biomédicas que levem em consideração perspectivas teóricas e metodológicas mais inovadoras para o campo da saúde, sobretudo com o referencial das ciências sociais em saúde.

No que se refere à primeira sugestão, tem havido um importante aumento nos estudos específicos sobre práticas terapêuticas não biomédicas tanto no Brasil quanto em países como Portugal e Inglaterra. Estes países possuem em comum tanto sistemas nacionais universais de saúde, quanto um significativo movimento social em MAC, que acabam influenciando em certa medida as políticas nacionais de saúde desses países. Embora haja tais particularidades comuns, uma comparação entre os três países pode ser bastante profícua quando introduzimos as questões sociológicas de classe social e a relação público x privado, evidenciando diferenças culturais marcantes entre esses países, o que nos auxilia a pensar em nosso próprio sistema nacional de saúde, o SUS.

Sobre o segundo item assinalado, no campo da Saúde Coletiva atual, os métodos frequentemente usados para estudos das populações humanas são os quantitativos (utilizados com mais frequência por meio da epidemiologia) e os qualitativos (mais utilizados pelas ciências sociais). Historicamente, contudo, predominam estudos de

ordem quantitativa do social, deixando de lado questões que envolvem significados e intencionalidades. Essa predominância histórica pelos métodos quantitativos se dá por vários motivos, dentre os quais: a legitimação científica tradicional é a quantificação; a mensuração se tornou hegemônica na produção de dados voltados, principalmente, para políticas públicas; a recusa por análises contextualizadas da realidade, consagrando o tecnicismo.

Chamo a atenção para a importância das metodologias qualitativas, uma vez que estas são capazes de evidenciar a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Buscam, nesse sentido, soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado.

– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS –

- Achterberg, J. (1996) *A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna*. São Paulo: Summus.
- Aciole, G.G. (2006) Uma abordagem da antinomia público x privado: descortinando relações para a saúde coletiva. In: *Interface, comunicação, saúde, educação*. Vol. 9(18): 7-24.
- Adam, P. & Herzlich, C. (2001) *Sociologia da Doença e da Medicina*. EDUSC: Bauru, São Paulo.
- Almeida, F (2010) Inherited capital and acquired capital. The socio-political dynamics of producing legal elites. In: *Brazilian Political Science Review*, 4(2): 32-59.
- Almeida, J.R.S. (2012) Towards the Camaisation of health? The countervailing power of CAM in relation to the Portuguese mainstream health care system. [Tese de Doutorado], Royal Holloway, University of London.
- _____ (2012) The differential incorporation of CAM into the medical establishment. The case of acupuncture and homeopathy in Portugal. In: *Health Sociology Review*, 21(1): 5-22.
- Alves, P. & Rabelo, M.C. (1999) *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Série Antropologia e Saúde.
- Annandale, E. (1998) *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. Polity Press: UK & USA.
- Araújo, M.A.M. Bactrins e quebra-pedras (2000). *Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 4, n. 7, pp: 103-110.

Ayres, J.R.C.M. (2008) Cuidado e Humanização das práticas de saúde. In: Deslandes, S.F. (org.) *Humanização dos cuidados em saúde – conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Barata, R.B. (2008) Desigualdades sociais em saúde. In: Campos, G.W.S et.al. *Tratado de Saúde Coletiva*. SP-RJ: Editora Hucitec/ Editora Fiocruz, 2a. edição.

Baudrillard, J. (1988) *Selected Writings*. Standford, CA: Standford Univeristy Press.

Baumann, Z. (1992) *Intimations of postmodernity*. London: Routledge.

Berger, B.M. (1986) Review essay: taste and domination. *The American Journal of Sociology*, 91(6): 1445-1453.

Barros, N.F. (2003) Da medicina biomedica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas
_____ (2006) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, no. 03, pp. 850-850.

Barros, N.F.; Nunes, E.D. (2006) Complementary and alternative medicine in Brazil: one concepts, different meanings. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(10): 2023-2028.

Benevides, R. & Passos, E. (2005) A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10, no. 03, p. 561-571.

Blaxter, M. (2004) *Health. Key concepts*. Polity Press: UK & USA.

Bocock, R. (1993) *Consumption*. London: Routledge.

Boltanski, L. (1984) *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.

- Bourdieu, P.(1977) *Outline a Theory of Practice*. Cambridge University Press.
- _____ (1984) *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge.
- _____ (1987) What makes a social class? On the theoretical and practical existence of groups. *Berkely Journal of Sociology*, 22: 1-18.
- _____ (1989) Sobre o poder simbólico. In: *O poder simbólico*. Lisboa, DIFEL.
- _____ (1990) *In other words. Essays towards a reflexive sociology*. Polity Press: UK.
- _____ (1999) *The Weight of the World. Social Suffering in Contemporary Society*. Polity Press: Cambridge.
- _____ (2003) *A miséria do mundo*. São Paulo: Vozes.
- _____ (2004) *Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia do campo científico*. São Paulo: Editora Unesp.
- _____ (2005) *A economia das trocas simbólicas*. Perspectiva: São Paulo, Brasil.
- _____ (2006) *A Distinção. Crítica Social do Julgamento*. São Paulo: Editora Edusp.
- Bourdieu, P. & Wacquant, LD (1992) *An Invitation to Reflexive Sociology*. Polity Press: Cambridge.
- Braga, M. et.al. (2003) *Breve História da Ciência Moderna*. Volume 1: Convergências de saberes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 3a. edição.
- Bruyne, P. et. al. (1985). *Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Burawoy, M. (2011). *O marxismo encontra Bourdieu*. Editora Unicamp, Campinas, SP.
- Bury, M. (1982) Chronic illness as biographical disruption, *Sociology of Health and Illness* 4: 137-69

_____ (1991) The sociology of chronic illness: a review of research and prospects, *Sociology of Health and Illness* 13: 451-68.

_____ (1997) *Health & Illness in a Changing Society*, Routledge, London.

Camargo, K.R. (2003) *Biomedicina, Saber & Ciência: Uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.

Campos, M.S. (1982) *Poder, saúde e gosto: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo*. São Paulo: Editora Cortez.

Canesqui, A.M. (2007) *Olhares Socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Editora Hucitec.

Canguilhem, G. (2008) *Escritos sobre a medicina*. Editora Forense Universitária.

Castellanos, M.E.P (2007). O adoecimento crônico infantil: processo e narrativa – contribuição para o estudo de pacientes com fibrose cística e asma. [Tese de Doutorado]. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.

Charon, J.M. (2000) *Sociologia*. São Paulo: Saraiva.

Cockerham, W.C. (2007) *Social causes of health and disease*. Polity Press: UK & USA.

Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Crook, S.; Pakulski, J.; Waters, M. (1992) *Postmodernization: Change in Advanced Society*. London: Sage.

Cunha, M.A.A (2007) O conceito de capital cultural em Pierre Bourdieu e a herança etnográfica. In: *Perspectiva*, vol. 25(2): 503-524.

Cunha, M. C. (1998) Pontos de vista sobre a floresta amazônica: xamanismo e tradução. In *Mana*, 4(1): 7-22.

_____ (2007) Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. *Revista USP*, São Paulo, no. 75, pp. 76-84; setembro/novembro.

_____ (2009) *Cultura com aspas*. Cosac Naify, São Paulo.

Dagnino, E. (2004) Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In Daniel Mato (coord.), *Políticas de ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización*. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, p. 95-110.

De Simoni, C.L. & Barros, N.F. (2007) As práticas integrativas como perspectiva e as barreiras corporativas como realidade. Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO, Salvador, BA.

Denord, F., Hjellbrekke, J., Korsnes, O., Lebaron, F., Le Roux, B. (2011) Socio capital in the field of power: the case of Norway. *The Sociological Review*, 59(1): 86-108.

Douglas, M. (1976) *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva.

_____ (1992) *In the active voice*. London, Boston and Henley: Routledge & Kegan Paul.

Dubar, C. (2010). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Editora Martins Fontes, São Paulo, SP.

Feldman-Bianco, B.; Ribeiro, G.L. (orgs) (2003) *Antropologia e Poder – Contribuições de Eric Wolf*. Imprensa Oficial.

Ferreira, L.O. (1993) Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorphoses da medicina no século XIX. In: *Revista da SBHC*, no. 10, pp: 43-52.

Figueiredo, J.A. et.al. (2005) Uma classificação socioeconômica para o Brasil. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 20(58): 27-45.

Foucault, M. (2010) *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Edições Loyola.

Freyre, G. (1968) *Sobrados e mucambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano*. 4a. edição. Rio de Janeiro.

Gabe, J. et al (2002) living with asthma: the experiences of young people at home and at school, *Social Science & Medicine* 55, 575-98.

Gallois, D.T. (1991) A categoria doença de branco: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: Buchillet, D. *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP.

Galhardi, W.P. (2010) A oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde dos municípios de São Paulo: diferentes atores e distintas institucionalizações. [Tese de Doutorado], FCM/Unicamp – Campinas, SP.

Giddens, A. (1991) *As consequências da modernidade*. UNESP, São Paulo.

_____ (2003) *Modernity and self-identity*. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, Brasil.

_____ (2006) *Sociology*. Polity Press: UK & USA, 6th edition.

Godstein, MS. (2000). The Growing Acceptance of Complementary and Alternative Medicine. In Bird, CE; Conrad, P; Fremont, AM (editors) *Handbook of Medical Sociology*. Fifth Edition. Prentice Hall College: New Jersey.

Helman, C.G. (2003) *Cultura, Saúde & Doença*. Artimed Editora, São Paulo: SP.

Herzlich, C. (2004) Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(2): 383-394.

Holt, D.B. (1997) Distinction in America? Recovering Bourdieu's theory of tastes from its critics. *Politics*, 25: 93-120.

Ianni, A.M.Z. (2004) Fronteiras do biológico e do social na saúde (Um estudo sobre a epidemiologia no Brasil – 1990-2002). [Tese Doutorado], Universidade de São Paulo, São Paulo.

Illich, I. (1976) *Medical Nemesis: the expropriation of health*. Calder and Boyars: London.

Japiassu, H. (1991) Introdução. In Japiassu, H. *As paixões da ciência: estudos de história da ciência*. São Paulo: Editora Letras & Letras.

Jenkins, R. (1992) *Key sociologists*. Pierre Bourdieu. Routledge: London, UK.

Laplatine, F. (1991) *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes.

Lamonier, B. (2010) A nova classe média. In: *GVexecutivo*, vol. 9(2): 8-12.

Leite, S.N.; Vasconcellos, M.P.C. (2006) Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 13(1): 113-128.

Lévy-Strauss, C. (1967) O feiticeiro e sua magia. In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1a. edição.

Lopes, N.M. (2010) *Medicamentos e pluralismo terapêutico. Práticas e lógicas sociais em mudança*. Edições Afrontamento: Porto, Portugal.

Loyola, M.A. (1984) *Médicos e Curandeiros*. São Paulo: Difel.

Luz, M.T. (1996) *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Série Estudos em Saúde Coletiva, no. 62).

_____ (2008) As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 9: 8-19.

Luz, M.T.; Rosenbaum, P.; Barros, N.F. (2005) Medicina Integrativa, política pública de saúde conveniente. *Jornal da Unicamp*, edição 334.

Maia, A.G. (2006) *Especialização de classes no Brasil: uma nova dimensão para análise da estrutura social*. [Tese Doutorado], Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, São Paulo.

Meeker, W.C. (2000) Public demand and the integration of complementary and alternative medicine in the US health care system. In: *J Manip Physiol Ther*, 23: 123-126.

Metcalf, E.B. et.al. A medicina tradicional, alternative e complementar. In: Duncan, BB; Schimidt, MI; Giugliani, ERJ (orgs) *Medician ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3a. edição. Porto Alegre: Artmed, pp: 160-165.

Motta, J.C.; Barros, N.F.; Castellanos, M.E.P.; Alegre, S.M.; Tovey, P.; Broom, A. (2009). Medicinas Alternativas e Complementares e diabetes: uma articulação a ser estudada. *Brasília Médica*. Vol. 46, pp. 36-45.

Montero, P. (1985) *Da doença à desordem: a cura mágica na Umbanda*. Graal: Rio de Janeiro, Brasil.

Nascimento, M.C. (2012) Reflexões sobre acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. In: Luz, M. T.; Barros, N. F. (orgs.) Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde – Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS – UERJ. ABRASCO.

Neto, A.F.P. (2009) Ser médico no Brasil: o presente no passado – Editora Fiocruz – Coleção História e Saúde, Rio de Janeiro.

Nunes, E.D. (2005). “A Metodologia Qualitativa em Saúde. Dilemas e Desafios”. In Barros, N.F.; Cecatti, J.G.; Turato, E.R. (orgs.) *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Múltiplos Olhares*. São Paulo: Hucitec.

Oliveira, E.R. (1983) Doença, cura e benzedeira: um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campinas. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP].

_____ (1985) *O que é medicina popular*. São Paulo. Brasiliense.

Oliveira, R.C. (2006). “Da comparação: a propósito de carnavais, malandros e heróis”. In Gomes, L.G.; Barbosa, L.; Drummond, J.A. (orgs.) *O Brasil não é para principiantes. Carnavais Malandros e Heróis 20 anos depois*.

Ortega, F. (2004) Biopolíticas da Saúde: reflexes a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 8(14): 9-20.

Ortiz, R. (1993) *Sociologia. Pierre Bourdieu*. Coleção grandes cientistas sociais, no. 39. Editora Ática, São Paulo, Brasil.

Perosa, G.S. (2005) *Três escolas para meninas*. Tese de Doutorado defendida na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.

Pochmann, M. (2012) Nova classe média? O trabalho na base da pirâmide social brasileira. Boitempo Editorial.

Queiroz, M.S.; Canesqui, A.M. (1986) Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 20: 141-151.

_____ (1986) Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Revista de Saúde Pública*, 20 (2): 152-164.

Rayner, L., Easthope, G. (2001) Postmodern consumption and alternative medications. *Journal of Sociology*, 37(2): 157-176.

Ribeiro, C.A.C. (2007) *Estrutura de classe e mobilidade social no Brasil*. Bauru, SP: Editora Edusc.

Rocha, R.M. (2000) Trajetórias terapêuticas de usuários de serviços psiquiátricos e adeptos de umbanda: um estudo sobre pluralismo terapêutico. In: *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 8, n. 2, pp: 73-77.

Rossetto, S.C. (2012) *Acupuntura multidisciplinar*. Phorte Editora.

Saks, M. (1994) The Alternatives to Medicine. In Gabe, J.; Kelleher, D.; Williams, G. (orgs.) *Challenging Medicine*. London & New York: Routledge.

_____ (1995) The Changing Response of the Medical Profession to Alternative Medicine in Britain: a case of altruism or self-interest? In Johnson, T.; Larkin, G.; Saks, M. (orgs.) *Health professions and the state in Europe*. London: Routledge.

_____ (2000) *Complementary and Alternative Medicine: challenge and change*. The Netherlands, Harwood Academic Publishers.

Salles, S.A.C. (2012) Nota Técnica: Questionamentos referentes à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica.

Santos, B.S. (2002). *Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências*. Revista Crítica de Ciências Sociais, 63, Outubro, pp. 237-280.
http://www.ces.uc.pt/rccs/ficheiros/063/artigos/RCCS63-237-280-Boaventura_S.Santos.pdf

Savage, M., Barlow, J., Dickens, P., Fielding, T. (1992) *Poverty, Bureaucracy and Culture: Middle class formation in contemporary Britain*. London: Routledge.

Scambler, S.; Newton, P. (2011) Capital transactions, disruptions and the emergence of personal capital in a lifeworld under attack. In *Social Theory & Health*, vol. 09(2): 130-146.

Setton, M.G.J (2002) “A teoria de habitus em Bourdieu: uma leitura contemporânea”. In *Revista Brasileira de Educação*, no. 20, pp: 60-70.

Shim, J.K. (2010) Cultural health capital. A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behaviour*, 51(11): 11-15.

Silva, L.L.S. (2008) As misturas do humano com o divino na medicina popular do Brasil colonial. In: *Revista de Humanidades*, vol. 9 (24).

Silvello, C.L.C. (2010) O uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS: uma revisão bibliográfica. [Conclusão de curso], Universidade do Rio Grande do Sul.

Sluzki, C. E. (1997) *A rede social na prática sistêmica*. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, T. A. (2007). *O inato e o apreendido: a noção de habitus na Sociologia de Pierre Bourdieu*. Dissertação – Universidade de Brasília.

Spadacio, C. (2008) *Os sentidos das práticas terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

Spadacio, C., Barros, N.F. (2008) Use of complementary and alternative medicine by cancer patients: systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 42(1): 158-164.

_____ (2009) Conventional therapeutics and non-conventional therapeutics for cancer treatment: the meanings of religious practices. *Interface*, 13(30): 45-52.

Tovey, P., Chatwin, J., Ahmad, S. (2005) Towards on understanding of decision making on complementary and alternative medicine (CAM) use in poor countries: the case of cancer in Pakistan. *Integrative Cancer Therapies*, 4(3): 236-241.

Tovey, P., Chatwin, J., Broom, A. (2007) *Traditional, complementary and alternative medicine and cancer care: an international analysis of grassroots integration*. London: Routledge.

Tronca, I.A. (2000) *As mascaras do medo – Lepraids*. Editora da Unicamp, Campinas, São Paulo.

Vanderbergue, F. (2006) Construção e crítica na nova sociologia francesa. In: *Sociedade e Estado*, vol. 21(2): 315-366.

Vasconcellos, M.D. (2002) Pierre Bourdieu: a herança sociológica. In: *Educação & Sociedade*. Campinas, CEDES, no. 78, pp: 77-87.

Wacquant, L.J.D. (1989) Towards a reflexive sociology: a workshop with Pierre Bourdieu. *Sociological Theory*, 07(1): 26-63.

_____ (2002) Pierre Bourdieu's sociological legacy: two dimensions and a personal note. *Revista Sociologia e Política*, 19: 95-110.

_____ (2004) Esclarecer o *habitus*. Revista da Faculdade de Letras: *Sociologia*, XIV: 35-44.

Wagner, R. (2011) “O apache era o meu reverso” – Entrevista com Roy Wagner. In: *Revista de Antropologia*, USP, vol. 5(2): 955-978.

Warren, D. (1984) A terapia espírita no Rio de Janeiro por volta de 1900. In: *Religião e Sociedade*, vol. 11(3): 56-83.

Watts, D. (1999) *Small Worlds: The dynamics of networks between order and randomness*. New Jersey, Princeton University. In: Marteleto, R., Oliveira e Silva A. B. (2004). *Ci. Inf. Brasília*, v. 33, no. 3, p. 41-49, set/dez, 2004.

Williams, S.J. (1995) Theorizing class, health and lifestyle: can Bourdieu help us? *Sociology of Health and Illness*, 17(5): 577-604.

Williams, S.J., Gabe, J., Calnan, M. (2000) *Health, medicine and society. Key theories, future agendas*. Routledge: London, UK.

– RECEITAS –

Chás Tradicionais do Brasil

Aqui, uma pequena homenagem aos pacientes entrevistados, um glossário, um pequeno compêndio das receitas, dicas e conhecimentos fornecidas por eles durante as entrevistas para o tratamento do DM tipo 2, uma doença silenciosa que altera o cotidiano das pessoas, sua relação com a comida e principalmente o gerenciamento da vida.

Chá de Losla

(Para colesterol e diabetes)

Receita 01:

Um pacotinho assim dá pra bastante. E o chá é assim, uma caneca, por exemplo, a minha caneca deve ter um litro e meio por aí, eu não ponho ela nem muito cheia e ponho assim pouquinho, um punhadinho assim do chá daquele pacotinho dá pra bastante dias.

Receita 02:

Ferver a folha de losla. Depois de um pouco resfriada, colocar o preparado na geladeira e já está pronto para começar a tomar.

Chá de Jambolão

(Para diabetes)

O chá, eu pego umas 20 folhas, lavo direitinho, ponho na panela, ferver, côm e ponho numa garrafa. Aí eu tomo uns dois, três copos, feito água durante o dia. Só que daí no outro dia eu faço de novo, se sobrou eu faço de novo fresquinho porque eu tenho pé, então eu pego fresquinho e faço. E a gente percebe que ele é bom, ele faz bem pra gente, sabe?

Chá de Chapéu de Couro (Para colesterol diabetes)

Um pacotinho assim dá pra bastante. E o chá é assim, uma caneca, por exemplo, a minha caneca deve ter um litro e meio por aí, eu não ponho ela nem muito cheia e ponho assim pouquinho, um punhadinho assim do chá daquele pacotinho dá pra bastante dias.

Chá de Espinho de Carneiro (Para diabetes)

O espinho de carneiro, ele pega mesmo no carneiro; e você vai tirar, ele tem duas pontinhas que furam, sai até sangue. E para colher ele, tem que estar o pé seco; aí você tem que colocar numa peneira e deixar ele secar, não no sol, só no ar, no vento. Vai virando. Aí depois que está bem sequinho, você coloca um saco plástico na mão, por conta dos espinhos, aí você vai esfarelar a folha com aquele espinho, coloca num tupperware com tampa e aí você faz. Cada vez que você vai fazer um copo de chá, você põe lá uma medida, uma meia colher daquele pó, deixa ferver por uns cinco minutos e deixa lá; quando esfriar você toma. Coa e toma.

Chá de Pata de Vaca (Para diabetes)

Coloca uma colher de sopa mais ou menos das folhas de pata de vaca pra uma xícara de água. Daí vai colocando as folhas na água até ferver. Depois tá pronto, é isso assim. Dá pra tomar nas refeições. Tem gente que até substituí a água pelo chá.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questões demográficas

1. Idade
2. Sexo
3. Religião
4. Etnia
5. Profissão/ ocupação
6. Plano de saúde
7. Renda familiar mensal
8. Grau de escolaridade/ anos de frequência escolar
9. Estado civil
10. Número de filhos
11. Onde o Sr(a) mora?
12. Como é o bairro em que Sr(a) mora?

Experiência e representação da doença (diabetes mellitus)

13. Como o Sr(a) descreveria a sua saúde ao longo da sua vida?
14. Quando o Sr(a) começou a sentir os sintomas da diabetes? Como foi? O que fez?
15. Como e quando foi feito o seu diagnóstico do diabetes?
16. Como o Sr(a) se sentiu quando lhe comunicaram o diagnóstico de diabetes?
17. Como é ter diabetes em sua vida?
18. O Sr(a) é tratado de modo diferente pelas pessoas com quem convive em casa, no bairro onde mora, no trabalho, desde que foi diagnosticado com o diabetes? Em caso positivo, como isso acontece?
19. O que é a diabetes para o Sr(a)?
20. Porque o Sr(a) acha que tem diabetes?

21. O que o Sr(a) acha que as outras pessoas entendem por diabetes?
22. O Sr(a) acha que a diabetes é uma doença grave?

Experiência com o tratamento convencional

23. Conte-me suas experiências com os médicos. Experiências positivas ou negativas.
24. Como é o seu tratamento? Fale um pouco a respeito.
25. O Sr(a) está feliz com esse tratamento? Por quê?

Sobre o conceito de MT e MAC

26. Você já ouviu falar em MAC? O que é isso para você?
27. O Sr.(a) acha que MT e MAC são mais eficazes no tratamento de diabetes?

Experiência com o tratamento de MT e MAC

➤ Motivações/influências para o uso:

28. O Sr(a) já usou alguma MT/MAC para tratar a diabetes?
29. Por que o Sr(a) escolheu essa prática?
30. O que o leva a buscar outros tratamentos diferentes daqueles que já realiza no hospital/clínica?
31. Houve alguém que incentivou o Sr(a) a usar MT/MAC no tratamento da diabetes?
32. Existe alguma prática de MT/MAC que o Sr(a) não usou e que acredita que funciona?
33. O Sr(a) acha importante ter evidência científica para o uso de MT e MAC? E o Sr(a) se baseia nessas evidências?
34. O que a família do Sr(a) acha de usar MT/MAC para a diabetes?
35. O Sr(a) resolveu usar alguma MT/MAC por causa de qual fonte de informação?

Percepção sobre MT e MAC

➤ Sobre o tratamento não-convencional

36. Como é o tratamento de MT que o Sr(a) faz? O que acontece? Como é a consulta? O Sr(a) está feliz com o tratamento?
37. Como é o tratamento de MAC que o Sr(a) faz? O que acontece? Como é a consulta? O Sr(a) está feliz com o tratamento?
38. O Sr(a) usa MT e MAC antes ou depois de ir ao seu médico?
39. O Sr(a) pode dar exemplos de experiências positivas que já teve com MT e MAC?
40. O Sr(a) pode dar exemplos de experiências negativas que já teve com MT e MAC?

➤ **Disponibilidade/acesso**

41. Onde o Sr(a) tem acesso a essas práticas?
42. Há algum problema quanto à disponibilidade dessas práticas?
43. O valor cobrado pelos profissionais que oferecem práticas de MT/MAC poderiam influenciar no tipo de tratamento que o Sr(a) escolheria?

➤ **Questões de gênero**

44. Em sua família mulheres e homens têm formas diferentes de cuidar da própria saúde?
45. Em sua família mulheres e homens usam MT/MAC de maneira igual ou é diferente? Em caso negativo, o Sr. acha que o fato de ser mulher ou homem pode influenciar a procura por esse tipo de terapia? Como?
46. Homem usa mais MT/MAC pra tratar o que? E mulher usa mais MT/MAC pra tratar o que?

➤ **Questões de estrato sócio-econômico**

47. O Sr(a) acha que o fato de ser rico ou pobre influencia no uso de MT/MAC? Em caso afirmativo, como isso ocorre?
48. O Sr(a) acha que os pobre usam mais que tipo de prática? E os ricos?

➤ **Experiência com o profissional de saúde**

49. Na sua opinião, o que os médicos acham das práticas da MT e da MAC?

50. Na sua opinião, o que as enfermeiras acham das práticas da MT e da MAC?
51. O Sr(a) conta para o seu médico que usa MT/MAC? Por quê?
52. Com quem o Sr(a) mais conversa sobre o uso de MT/ MAC?

Questões inter-profissionais

53. Para o Sr(a) como os profissionais da MT vêem os médicos?
54. Para o Sr(a) como os profissionais da MAC vêem os médicos?
55. Para o Sr(a) eles trabalham juntos ou completamente separados?
56. O Sr(a) acha que os médicos deveriam indicar profissionais da MT ou MAC? Por quê?
57. Qual tipo de MT e MAC o Sr(a) gostaria que o seu médico fizesse junto com o tratamento convencional já adotado?
58. O Sr.(a) acha que MT e MAC deveriam ser oferecidas pelo sistema público de saúde? Se sim, quais práticas? Por que?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O uso de Medicinas Tradicionais, Alternativas e Complementares por pacientes em tratamento do Diabetes Tipo 2: um estudo exploratório

Eu, _____ responsável pela pesquisa “O uso de Medicinas Tradicionais, Alternativas e Complementares por pacientes em tratamento do Diabetes Tipo 2: um estudo exploratório”, que tem o objetivo principal produzir conhecimentos sobre o assunto para auxiliar nas definições das políticas públicas para diabetes, solicito o seu consentimento para participar voluntariamente nesta pesquisa, concedendo uma entrevista sobre a sua história de adoecimento e cuidados em diabetes tipo 2.

Essa entrevista abordará os seguintes temas: o uso de terapias alternativas e complementares (MAC/MT) e a conjugação com a medicina ortodoxa; a participação da família, dos amigos e dos colegas de trabalho na definição do uso desses tratamentos; tempo de adoecimento; condição sócio-econômica; condições do tratamento em diabetes.

Declaro que não há riscos previsíveis para o entrevistado ao participar da pesquisa. Os dados serão obtidos através de entrevistas gravadas, após o consentimento do entrevistado. Os esclarecimentos que se fizerem necessários antes, durante e depois da pesquisa serão dados pelo pesquisador. Não haverá interferência no tratamento do paciente. Fica assegurado o direito ao entrevistado de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que haja represália de qualquer natureza, ou interferência no tratamento. Os dados e a identidade do entrevistado serão mantidos em sigilo. Não haverá nenhuma forma de reembolso em dinheiro para os participantes, já que com a participação na pesquisa não terá nenhum gasto.

Endereço para contato:

Pesquisador _____

FCM-DMPS-UNICAMP, (LPACIS – fone 19-)

Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (19)
Email

– ANEXO III –

Artigos Publicados

Seguem os artigos publicados durante o processo de desenvolvimento do

Doutorado:

SPADACIO, Cristiane et al . Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, jan. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100002&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100002>.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer et al . Evidence produced by qualitative investigations on type 2 diabetes: a review of the literature. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 36, mar. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100020&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000002>.

BARROS, Nelson Filice; CRUZ, Cintia T.; SPADACIO, C.; FERREIRA JÚNIOR, Antonio R. Ricos tratam-se com medicina alternativa e complementar e pobres com medicina tradicional: o uso das práticas não convencionais por mulheres em tratamento do câncer de mama. In: SILVA, Raimunda M. Et.al. Saúde da mulher na diversidade do cuidado na atenção básica. Hucitec Editora, São Paulo, 2011.