

SILVANA CAPPELETTI NAGAI

**TERAPIAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS
NO PROCESSO DE CUIDAR: ANÁLISE DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS
PROFISSIONAIS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **SILVANA CAPPELETTI NAGAI**


PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ
Orientador

CAMPINAS-SP
2005

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

SILVANA CAPPELETTI NAGAI

**TERAPIAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS
NO PROCESSO DE CUIDAR: ANÁLISE DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS
PROFISSIONAIS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Nível Mestrado, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz

CAMPINAS-SP
2005

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

RADE	BC
AMADA	UNICAMP
	N131t
EX	
BO BCI	66324
C.	16-P-00086-05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
CO	1100
TA	09/11/05
CPD	

ibid 373258

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

N131t

Nagai, Silvana Cappelletti

Terapias complementares e alternativas no processo de cuidar:
análise das representações sociais dos profissionais da rede pública de
saúde do Município de Campinas / Silvana Cappelletti Nagai.
Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Marcos de Souza Queiroz

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Medicina alternativa. 2. Saúde pública. 3. Ciências sociais.
I. Marcos de Souza Queiroz. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

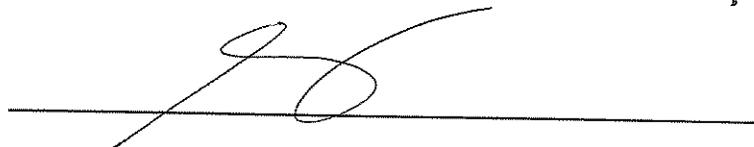
Orientador(a) PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

Membros:

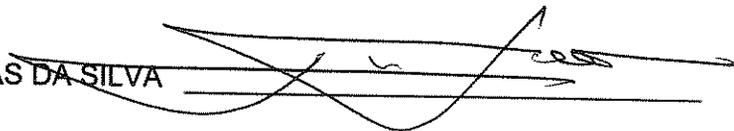
1. PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ



2. PROFA. DRA. VERA ENGLER CURY



3. PROF. DR. MAURO ANTONIO PIRES DIAS DA SILVA



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

Data: 24 de fevereiro de 2005

191525009

Dedicatória

*Dedico este trabalho aos meus amorosos pais,
Iracilda e Dirceu[†], pela graça da
vida.*

[†] *in memoriam*

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Marcos de Souza Queiroz, pela orientação segura e sensível mostrando os caminhos com sabedoria e com o coração. Meu respeito e gratidão sempre.

A todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que participaram desta pesquisa compartilhando comigo as suas verdades.

À Profa. Dra. Vera Engler Cury, Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva pelas valiosas contribuições e sugestões na organização dessa pesquisa.

Aos prezados professores, funcionários de pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Aos membros do Grupo de Estudos em Toque Terapêutico, por construirmos juntos.

À Ângela Cristina Puzzi Fernandes, querida amiga, pela sintonia e apoio incondicional.

Ao Carlos Alberto Fidelis de Araújo pelo apoio e trabalho de digitação.

À Janice Kairalla Silva Delgado pela atenção e apoio em todas as horas.

Aos meus amigos, por apoiarem sempre.

A CAPES pelo auxílio financeiro para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço ao Sergio, Bruno e Lucas, os homens lindos da minha vida, por serem exatamente como são. Vocês me dão a certeza de que tudo vale a pena.

Entre todos os bens, o sublime é o mais elevado. O sucesso é a convergência de todo o belo. O favorável é a concordância de tudo o que é correto. A perseverança é o fundamento de todas as ações.

I Ching

Lista de Tabelas	xvii
Lista de Quadro	xix
Lista de Abreviaturas	xxi
Resumo	xxiii
Abstract	xxv
Considerações Preliminares	xxvii
1. INTRODUÇÃO	33
2. METODOLOGIA	41
2.1 As Representações Sociais e a Pesquisa Qualitativa	43
2.2 Caracterização da População Estudada	50
3. O SENTIDO DA MEDICINA TRADICIONAL, COMPLEMENTAR E ALTERNATIVA	59
3.1 Os Fundamentos da Racionalidade Médica na História Científica Moderna: Uma Perspectiva Histórica	61
3.2 Pressupostos Teóricos da Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa	66
4. O NOVO PARADIGMA CIENTÍFICO	71
5. A MEDICINA TRADICIONAL, COMPLEMENTAR E ALTERNATIVA	79
5.1 Perspectivas da Organização Mundial da Saúde	81
5.2 Perspectivas e Estratégias sobre Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa	84
6. A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	91
6.1. O Programa Saúde da Família	100
7. A AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPINAS	107
7.1 Representações Sociais dos profissionais de saúde e as Tentativas de Implantação de Terapias Complementares e Alternativas na Rede Pública de Campinas nas Décadas de 80 e 90	114
7.1.1 Fitoterapia	115
7.1.2 Homeopatia	117
7.1.3 Os Florais de Bach na Rede de Saúde Pública: Uma Tentativa de Implantação	119
7.2. O Projeto Paidéia de Saúde da Família	121

8. AS TERAPIAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS E A SUA OFICIALIZAÇÃO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	135
8.1 O GTRIS – Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.	138
8.1.1 A Área Corpo e Mente.....	144
8.1.2 A Área da Medicina Tradicional Chinesa.	155
8.1.3 A Área da Fitoterapia.	159
8.1.4 A Área da Homeopatia.	165
9. AS TERAPIAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	175
9.1 Relação das Terapias Complementares e Alternativas com a Racionalidade Médica Hegemônica: Convivência Possível?.....	178
9.2 A Mudança de Paradigma _ Um Enfoque para a Saúde.	185
9.3 Profissionais de Saúde e suas Representações Sociais sobre o Projeto Paidéia da Saúde da Família e a Implantação das Terapias Complementares e Alternativas.	191
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	211
ANEXO	225

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição por Gênero dos Profissionais de Saúde de Campinas, 2004.	54
Tabela 2. Distribuição dos Profissionais por Formação Profissional.	54
Tabela 3. Distribuição dos Profissionais de Saúde por Especialização.....	54
Tabela 4. Distribuição dos Profissionais por Formação em Terapias Complementares/Alternativas.	55
Tabela 5. Distribuição por tempo de Serviço Público (em anos).	55
Tabela 6. Distribuição por Ocupação de Cargos na Secretaria de Saúde.	55
Tabela 7. Distribuição por Dedicção Trabalho Integral ao Serviço.	56
Tabela 8. Distribuição por Grupo Etário.	56
Tabela 9. Distribuição por Tempo de Formação Universitária.....	56
Tabela 10. Distribuição de Unidades de Saúde por Distritos	125

Lista de Quadro

Quadro 1. Distritos e Unidades Básicas de Saúde.....	124
------------------------------------------------------	-----

Lista de Abreviaturas

AIS	- Ações Integradas de Saúde
CIPLAN	- Comissão Interministerial de Planejamento
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONASP	- Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
MT/MCA	- Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa
MTC	- Medicina Tradicional Chinesa
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PSF	- Programa da Saúde da Família
PUCAMP	- Pontifícia Universidade Católica de Campinas
TT	- Toque Terapêutico
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
USP	- Universidade de São Paulo

Estudamos a experiência da implantação de métodos terapêuticos tradicionais, complementares e alternativos na rede básica de serviços de saúde de Campinas. A preocupação com essas práticas terapêuticas voltou-se em direção da dimensão institucional, dirigida aos profissionais da saúde da rede básica de serviços de saúde de Campinas. Tivemos como objetivo focalizar as representações sociais dos profissionais de saúde que trabalham com a abordagem integral no processo de cuidar procurando avaliar o comprometimento com o desenvolvimento dessa nova visão, as condições que essas práticas complementares e alternativas foram introduzidas e sistematizadas no âmbito dos serviços. Sem excluir uma dimensão quantitativa, que procurou dimensionar alguns aspectos da rede básica de serviços de saúde a partir de uma perspectiva numérica, o projeto adotou uma postura metodológica essencialmente qualitativa, envolvendo basicamente as representações sociais de coordenadores de unidades básicas de saúde, assim como de profissionais assistenciais, médicos e enfermeiros, que adotam uma prática complementar e alternativa. Para delineação do presente estudo focalizamos os conceitos e práticas de trinta e sete profissionais na rede básica de serviços de saúde de Campinas no sentido de analisar as representações desses profissionais, tendo como referência à abordagem integral em saúde. Os métodos de investigação utilizados foram aqueles produzidos pela investigação etnográfica através do método da observação participante e das técnicas de entrevistas semi-estruturadas. A atualização dos trabalhos de pesquisa realizados em diferentes países e no Brasil, vêm comprovando a importância de refletir sobre as mudanças que ocorrem no processo de cuidar e de ser cuidado frente a uma nova conceituação, que adota uma postura integral e naturalística diante da saúde e da doença verificada na área de saúde.

The goal of this research project has been that of studying the experiment of implementation of traditional therapeutical methods, complementary and alternative, of the basic network of the Campinas health services. The concern over these therapeutical practices has been oriented towards the institutional dimension, addressed to health professionals of the Campinas basic network of health services. Our goal has been that of focusing on the social representations of the health professionals who work with overall approach in the process of taking care, aiming at an evaluation of the commitment to the development of this new vision, the conditions under which the complementary and alternative practices have been introduced and systemized in the health service scope, and its positive or negative interference in the range of action of these professionals, regarding a wider autonomy. Without waiving any quantitative dimension, which aimed at dimensioning some aspects of the basic network of health services from a numerical perspective, the project has adopted a methodological posture, essentially qualitative, basically involving the social representations of health basic units' coordinators, as well as of assistance professionals, doctors and nurses, who adopt a complementary and alternative practice. To delineate the present study, we have focused on the concepts and practices of thirty seven professionals in the Campinas basic network of health services, aiming at the analysis of representations of these professionals, having as a reference an overall health approach. The investigation methods used have been those produced by the ethnographic investigation, through the method of participant observation and the semi-structured techniques of interview. The updating of the research works, carried out in different countries and in Brazil, have been corroborating the importance of a reflection upon the changes that take place during the process of taking care and being cared of in view of a new conception, which adopts an overall and naturalistic posture towards health and sickness, as observed in the health field.

Considerações Preliminares

O estudo focaliza o desenvolvimento da implantação de práticas tradicionais, complementares e alternativas na rede de serviços de saúde do município de Campinas. Procuramos identificar através de elementos históricos, sociológicos, políticos e epistemológicos o desenvolvimento desse novo paradigma em saúde, que apesar de inúmeras evidências que comprovam suas virtudes, ainda encontra obstáculos frente à racionalidade científica hegemônica e oficial em nosso país.

Este trabalho é fruto de nossa vivência pessoal e profissional, voltada para o estudo dessas práticas alternativas, considerando nossa profissão a enfermagem.

O interesse pelas terapias naturais, hoje denominadas tradicionais, complementares e alternativas aconteceu no início da década de oitenta, quando recém formada nos defrontávamos com os limites e as inadequações da medicina alopática. Percorremos um longo caminho marginalizado dentro da própria profissão e muitas vezes incompreendido pelos próprios colegas que não viam à época formas de introduzirmos essas práticas no processo de cuidar em enfermagem.

Apesar das dificuldades os estudos continuaram paralelos à vida profissional de educadora numa instituição de formação profissional em enfermagem. E foi ainda nesta instituição que tivemos o apoio para realizar, em 1983, um primeiro encontro com profissionais naturalistas da área da saúde, com o intuito de levarmos esclarecimento aos profissionais da saúde e à população em geral sobre esse movimento que estava nascendo em nosso país.

No final da década de oitenta, com atenção constantemente dirigida para essas terapias, iniciamos um trabalho assistencial voluntário numa comunidade carente onde prestávamos assistência ambulatorial, com consultas realizadas por médicos homeopatas. Cabia a nós a educação em saúde realizada junto à população com palestras sobre a utilização de plantas medicinais e uso adequado dos medicamentos homeopáticos, bem como os princípios desses tratamentos.

Com as oportunidades profissionais direcionadas às pesquisas, implantações de programa na área da educação e formação pessoal relacionados à área de terapias complementares e alternativas, ao longo dessas décadas, pudemos verificar o quão importantes são essas terapêuticas para a melhora na qualidade de vida das pessoas permitindo que elas retomem o caminho do autocuidado e da autonomia em relação a sua própria saúde e como essas práticas podem auxiliar na complementação das terapêuticas já existentes.

Atualmente nossas atividades profissionais se relacionam a prática e ensino do Toque Terapêutico e a indicação de plantas medicinais desenvolvidas através da consulta de enfermagem em consultório próprio denominado Tabebuia – Programas de Educação, Assistência e Pesquisa em Saúde Integral, onde finalmente pudemos colocar toda a vivência na área das terapias complementares e alternativas em saúde.

Como nunca nos distanciamos do compromisso profissional com a área da educação e da pesquisa, durante esses anos sempre mantivemos contato com a comunidade científica das universidades de Campinas, PUC-CAMPINAS e UNICAMP, ministrando aulas nos cursos de graduação e como aluna especial nos curso de pós-graduação. Em 2002, ingressamos como aluna regular no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com o intuito de desenvolver um trabalho de pesquisa voltado para as terapias complementares e alternativas.

O renascimento atual das chamadas “medicinas alternativas”, consubstanciado pelo crescimento impressionante de seu consumo no mundo inteiro, pressupõe um tema que, certamente, merece estudo e reflexão. Além de focalizar um fenômeno social dos mais importantes, as questões que esta investigação suscita extrapolam a sua dimensão regional para adquirir um significado de proporções universais, na medida em que lança luz sobre o próprio desenvolvimento da ciência e do seu relacionamento com outros saberes concorrentes.

Introdução

BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP

O enfoque deste trabalho de pesquisa é trazer à luz do campo da saúde, um assunto ainda pouco discutido, procurando focalizar a estrutura conceitual da medicina tradicional, complementar e alternativa em contraposição ao modelo hegemônico da saúde pública, bem como o desenvolvimento e as condições nas quais essas práticas terapêuticas estão sendo introduzidas e sistematizadas na dimensão institucional da rede básica de serviços de saúde do município de Campinas.

O contexto mais amplo e universal dessa pesquisa, a partir de uma perspectiva centrada na Antropologia Social e da Sociologia da Saúde, se referiu à crise do paradigma positivista dominante da área da saúde, que não é um fenômeno exclusivamente brasileiro. Esta crise está sendo controlada de um modo muito mais lento pela gradual incorporação de práticas complementares e alternativas no cuidado e na terapêutica, envolvendo cada vez mais equipes multidisciplinares de trabalho em saúde (O'NEAL, 1983).

O termo medicina tradicional, complementar e alternativa (MT/MCA), será aceito como termo institucional, definido pela Organização Mundial da Saúde, em seu documento denominado "Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005". Segundo o documento (OMS, 2002, p.1):

(...) o termo "medicina tradicional" se aplicará em referência a África, América Latina, Sudeste Asiático e ou Pacífico Ocidental e "medicina complementar e alternativa" em referência a Europa e América do Norte e Austrália. Quando se fizer uma abordagem num sentido geral a todas essas regiões deve-se usar o termo "medicina tradicional" e "medicina complementar e alternativa" (MT/MCA)".

A medicina tradicional complementar e alternativa suscita um amplo leque de reações, desde o entusiasmo não crítico até o ceticismo não informado e o seu uso, segundo a Organização Mundial da Saúde está sendo muito difundido nos países em desenvolvimento, assim como o uso da medicina complementar e alternativa está aumentando rapidamente nos países desenvolvidos (OMS, 2001).

Nas últimas décadas, tem havido crescente atenção para o estudo das práticas terapêuticas relacionadas à medicina tradicional dentro do contexto da atenção sanitária. Contudo ainda que tais práticas tenham se tornado importante no consumo de serviços de saúde da população, elas ainda não foram incorporadas de um modo sistemático pelas instituições oficiais de ensino e assistência na área de saúde (SERAVALLE, BOOG, 1996).

Embora a tecnologia nos tenha dado um conjunto de ferramentas de diagnósticos sofisticados e modernos equipamentos que tornam os cuidados com a saúde mais eficaz, muito freqüentemente nossos esforços para aliviar o sofrimento e a dor humanos não têm obtido sucesso.

Neste contexto observa-se um interesse gradativo dos profissionais da saúde pelas práticas complementares e alternativas por oferecerem uma nova dimensão para a sua prática permitindo uma assistência mais humana, sensível e integral, auxiliando o ser como um todo e disponibilizando a interação corpo e mente (PAULO, 1989; BARBOSA, 1990; SILVA et al, 1991; MARTA, 2000; SÁ; SILVA, 2003).

O campo de estudos voltado tanto para as racionalidades científicas hegemônicas e oficiais como às racionalidades complementares alternativas está sendo desenvolvido no Brasil sob a liderança dos estudos de LUZ (1988; 1996; 2003) e QUEIROZ (1986; 1991; 1997; 2003). Esses autores desenvolveram obras fundamentais ao desenvolvimento dessa área, que desvendam o sentido intrincado entre o relacionamento de uma determinada racionalidade científica e os níveis sócio-culturais e políticos mais amplos.

Tivemos como objetivo geral dessa pesquisa estudar as representações sociais sobre a implantação de práticas tradicionais, complementares e alternativas dos profissionais de saúde da rede pública de saúde de Campinas, como uma ampliação no processo de cuidar. Esperamos poder contribuir, com uma pesquisa empírica que traz à tona o sentido do termo “complementar e alternativo” em saúde e doença.

Mais especificamente esta pesquisa procura analisar o grau de comprometimento dos profissionais da saúde com o desenvolvimento e implantação dessas terapêuticas e detectar algumas expressões quantitativas utilizadas no fenômeno da organização e desenvolvimento das práticas complementares e alternativas no âmbito dos serviços de saúde.

Ainda, nesse trabalho, procuramos avaliar a proposta de implementação de uma terapia complementar, denominada Toque Terapêutico introduzida na rede pública de Campinas, no decorrer do desenvolvimento desta pesquisa, no que se refere às representações sociais sobre a aceitação por parte dos profissionais de saúde.

Este presente estudo trata de dar prosseguimento a uma linha de pesquisa desenvolvida pelo Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz, iniciada em 1995, através de um projeto que focalizou basicamente três tipos de manifestações do fenômeno das práticas complementares e alternativas de saúde, a saber: a) a sua introdução nas principais universidades públicas de Campinas; b) o programa de fitoterapia introduzido pela secretaria de Saúde de Campinas e c) o consumo de serviços de saúde alternativos na rede básica de serviços de saúde (QUEIROZ, 1998, 2000, 2003).

Este autor foi um dos primeiros antropólogos, em nosso país, a se preocupar com a questão da saúde e seus paradigmas, questionando com vigor as relações entre a ciência, a medicina e a ordem social instituída na modernidade.

Em suas obras se desenvolve uma argumentação contrária ao caráter reducionista da perspectiva positivista da modernidade, contraposta a uma perspectiva evolutiva de Habermas, e a repercussão dessas visões na prática terapêutica cotidiana através das políticas de organização dos serviços de atenção médica na saúde da população.

QUEIROZ, 2003, faz uma ampla referência à Teoria Evolutiva de Habermas, onde aponta que uma possível evolução dessa visão modernista está

em curso no campo da saúde contemporânea, em direção a uma postura denominada pós-moderna, onde o princípio se opõe à visão teórica positivista, uma visão terapêutica “holística”, cujo fundo básico é o vitalismo. E é sob esta ótica de pensamento que desenvolveremos o nosso trabalho.

A concentração da pesquisa no município de Campinas justifica-se pelo fato deste município ter se caracterizado como pioneiro no processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde e no desenvolvimento de abordagens alternativas de tratamento permitindo perceber saúde e doença numa dimensão ampliada, em sintonia com a proposta da Organização Mundial da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

Apesar das dificuldades e dos obstáculos a implantação de algumas formas terapêuticas complementares e alternativas em algumas unidades básicas de saúde de Campinas constitui exemplos que não são isolados e a sua experiência pode contribuir de modo significativo para a geração de conhecimentos e tecnologias que permitam o aprimoramento deste processo em escala mais ampla

O contexto e o momento da pesquisa, desenvolvida nos anos de 2003 e 2004, mostraram-se bastante favoráveis por acompanharem a ampliação das ações de saúde coletiva com a implantação do Projeto Paidéia da Saúde da Família permitindo um cenário mais amplo para a pesquisa e a adoção de uma postura eclética do ponto de vista teórico e metodológico.

Os métodos de investigação utilizados foram aqueles produzidos pela tradição etnográfica e pela perspectiva fenomenológica, abordando três correntes da Sociologia e Antropologia modernas representadas por Marx, Durkheim e Weber.

O conceito de representação social como meio de dimensão a realidade estudada permite uma abordagem compreensiva dos atores sociais como agentes que interpretam o mundo à sua volta transmitindo conhecimento e avaliação sobre o universo vivido e experimentado (QUEIROZ, 2003).

Neste trabalho de pesquisa encontramos, além desta introdução e das considerações finais mais oito capítulos.

O capítulo dois focaliza uma dimensão teórica sobre a pesquisa qualitativa própria das ciências humanas com ênfase especial à dimensão das representações sociais, a partir das perspectivas estruturalista, fenomenológica e antropológica. Trataremos ainda neste capítulo da caracterização da população estudada.

O capítulo três pontua a estrutura conceitual das práticas tradicionais, complementares e alternativas sob uma perspectiva histórica do desenvolvimento do conceito saúde-doença da medicina moderna. Ressaltamos os fundamentos da racionalidade médica na história científica moderna e os pressupostos teóricos da medicina tradicional, complementar e alternativa.

O capítulo quatro aponta os aspectos teóricos sobre a racionalidade positivista aplicada ao pensamento científico a partir da perspectiva desenvolvida por Kuhn.

No capítulo cinco apresentamos as perspectivas da OMS e um breve histórico sobre o desenvolvimento do movimento das práticas tradicionais, complementares e alternativas nas últimas décadas e referenciamos o documento denominado “Estratégias da OMS sobre Medicinas Tradicionais 2002-2005” onde a OMS revisa a condição da MT/MCA de forma global e detalha o seu papel em relação a essas terapias.

No capítulo seis dimensionamos a organização dos serviços de saúde no Brasil, a reforma sanitária contida no SUS e a implantação do Programa Saúde da Família visando à reorientação do modelo de assistência brasileiro que preconiza a implementação de formas alternativas terapêuticas como um meio importante de democratizar a oferta de serviços de saúde à população.

A partir do capítulo sete enfocamos as terapias complementares e alternativas e as representações sociais de profissionais da área da saúde da rede pública de saúde de Campinas.

O capítulo sete dimensiona as representações sociais de atores entrevistados no que se refere às tentativas de implantação de terapias complementares e alternativas na rede de saúde nas décadas de 80 e 90. Apresenta também um breve histórico da implantação do Sistema Único de Saúde no município de Campinas e a implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família como ampliação das ações de saúde coletiva no município como possibilidade de agregar profissionais ligados às práticas alternativas.

O capítulo oito analisa a criação do Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde, GTRIS, e a oficialização de algumas práticas complementares e alternativas na Secretaria Municipal de Saúde a partir da representação social dos agentes intelectuais envolvidos no processo.

Finalmente, o capítulo nove analisa a apresentação dos dados quantitativos em comparação a outros estudos na mesma linha de pesquisa e três temas relacionados à experiência de implantação de medicinas tradicionais, complementares e alternativas e as representações sociais dos profissionais de saúde que se referem à convivência democrática dessas práticas com a medicina hegemônica e o seu risco de fragmentação na adaptação ao modelo hegemônico de saúde, à diversidade de sentidos e de representações relativas à saúde e não à doença por parte dos usuários das práticas complementares e alternativas e por último as representações sociais dos profissionais sobre o Projeto Paidéia da Saúde da Família e a implantação dessas terapias na rede municipal de assistência à saúde.

2.1 Representações Sociais e a Pesquisa Qualitativa

O tema exigiu uma aproximação metodológica essencialmente qualitativa, uma vez que se trata de uma perspectiva que privilegia a profundidade das informações em detrimento da sua extensão e rigor quantitativo. Como sustentava WEBER (1974), a validade da ciência e a opção por um determinado método de pesquisa dependem dos problemas específicos que o trabalho científico formula.

O intuito de nosso trabalho foi focalizar representações sociais, sobre o conceito de práticas tradicionais, complementares e alternativas de profissionais de saúde ligados à rede pública de serviços de saúde de Campinas.

O conceito de representação social tem sido usado nas ciências sociais voltadas à saúde e medicina, principalmente nas áreas de Antropologia e Psicologia Social como forma de resgatar a dimensão subjetiva e simbólica da saúde e da doença.

Segundo QUEIROZ (2003, p.25):

“Por representação social entendemos um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social.”

O termo “representação social ou coletiva” foi empregado pela primeira vez em duas obras de DURKHEIM (1955; 1957). Nessas obras o autor analisa em maior profundidade a partir de várias sociedades primitivas, a relação dependente do pensamento e da lógica diante da base estrutural da sociedade.

Nesse sentido, o termo “representação coletiva” significa um conjunto de idéias, saberes e sentimentos modelados pela estrutura social mais ampla, que os indivíduos incorporam e representam com a função de promover cooperação.

Para DURKHEIM (1957), o ser humano percebe, sente e pensa o mundo em que vive a partir de princípios organizatórios provenientes de uma realidade externa e independente, ou seja, uma realidade social que antecede e se impõe ao indivíduo. Não há nada ao nível da percepção, que avalia e compara as coisas externas, que seja inato e independente da dimensão social, pensamento este que contraria as concepções da Psicologia e da Lógica e não são satisfatórios quando desejamos trabalhar com o dinamismo dos movimentos sociais.

A influência de DURKHEIM (1955) na consolidação da Sociologia, Antropologia e Psicologia Social modernas são das mais importantes. Contudo, seu sistema permite dimensionar uma realidade social rígida, que deixa pouco espaço para os fenômenos psicológicos relacionados com a autonomia decisória do indivíduo. Neste sentido a sociedade é a realidade última que configura e explica o indivíduo.

A partir do legado de Durkheim, o desenvolvimento do conceito de representação social ocorreu na França com um sentido duplo: relativizar a sua determinação social e, ao mesmo tempo, ampliar o espaço subjetivo dedicado ao indivíduo em relação ao seu meio.

Um dos autores mais importantes dentro desta última perspectiva foi MOSCOVICI (1978), que entende a separação entre indivíduo e coletividade como uma falsa dicotomia que pode ser restaurada se as representações sociais forem focalizadas em uma dimensão empírica cotidiana e com base no senso comum.

A partir desse foco em que as categorias explicativas se situam em uma dimensão entre o social e o psicológico, o conceito de “representação social” torna-se mais maleável e operacional, mais dinâmico e multidisciplinar do que na perspectiva de Durkheim.

O trabalho pioneiro de MALINOWSKY (1979) em sua obra “Os Argonautas do Pacífico Ocidental” inaugura a Antropologia Moderna e amplia o conceito de etnocentrismo, ou seja, princípios e valores comprometidos com a

tendência de avaliar o “outro” a partir de um ponto de vista impregnado com princípios e valores pertencentes ao mundo do observador.

A pretensão de entender o “outro”, em seus próprios termos, coincide com a necessidade de promover metodologias que pudessem controlar os valores como as categorias intelectuais provenientes do mundo do investigador.

Para QUEIROZ (1988, p.2):

“(...) tal postura metodológica essencialmente qualitativa, passou a exigir dos investigadores dois tipos de disciplina: um, de caráter emocional, que pressupõe abertura e tolerância em relação ao “outro”; outro de caráter intelectual, que pressupõe disciplina e controle voltados aos próprios valores morais e categorias de percepção e de entendimento presentes inevitavelmente no mundo do investigador”.

Para contornar tal atitude é necessário explicitar os procedimentos e as circunstâncias da observação do fato pesquisado, onde o pesquisador se torna parte inevitável do experimento, onde não há divisão entre sujeito e objeto. O método nas ciências sociais requer, da mesma maneira que a postura fenomenológica, apreensão da essência das coisas e não o seu controle.

A nova postura metodológica, essencialmente qualitativa, de apreender a realidade, voltando-se tanto para a sociedade estudada como para o próprio mundo do investigador, tornou-se o pilar mestre da Antropologia Moderna.

O desenvolvimento teórico, tanto do estruturalismo durkheimiano, como do funcionalismo de Malinowski, necessitou incluir uma abertura para incluir o indivíduo e a dimensão cotidiana do fato social, cultural e psicológico, permitindo a autores como TURNER (1957) e GLUCKMAN (1973), partir do pressuposto de que a sociedade se estrutura a partir de vários princípios culturais, que podem ser complementares ou conflitantes entre si onde as circunstâncias vividas no cotidiano frequentemente colocam os indivíduos em posições que estimulam o desempenho de papéis sociais compatíveis ou em conflito com tais princípios culturais.

Nesse esquema, portanto, ao invés de uma sociedade constituída de elementos estruturais gerais que programam a ação humana, a ênfase analítica

recai em situações de pequena escala, próximas ao nível do indivíduo, que forjam interações simbólicas capazes de construir e reconstruir a realidade social.

Os níveis da cultura, das representações sociais, das racionalidades ou das ideologias, neste enfoque, deixam de ser meros reflexos da estrutura social mais ampla, e apresentam, em relação a esta, uma autonomia relativa. Trata-se de esferas que se referem inevitavelmente a uma determinada configuração sócio-cultural, mas que, diante dela, podem conter elementos de inversão, de oposição e de conflito. É no interior desse cenário mais amplo que a medicina, o sistema de saúde, as racionalidades, práticas e representações sobre saúde e doença aparecem como temas de interesse antropológico.

Paralelamente à perspectiva positivista Durkheimiana, surge na Alemanha uma tradição que se desenvolveu, desde Kant, grande filósofo do Iluminismo em fins do século XVIII, que estabeleceu os limites do conhecimento humano em três grandes áreas: o conhecimento científico que se limita ao fenômeno, resultando da imposição de categorias subjetivas de percepção e de entendimento ao mundo externo; o conhecimento moral e o conhecimento estético que são tipos de conhecimento que se dirigem ao “noumeno”, ou seja, à coisa em si, que através de uma disciplina pessoal e prática procura superar o particular para alcançar o universal. O fenômeno se qualifica numa perspectiva que pressupõe a totalidade e o universal (QUEIROZ, 2003).

Os princípios da pesquisa qualitativa nas Ciências Sociais contemporâneas tiveram como base fundamental o pensamento de Kant preocupado com a busca do fato social em uma dimensão diretamente relacionada com a subjetividade humana.

A apreensão desse mundo requer métodos próprios totalmente diferentes daqueles utilizados pelas Ciências Naturais. Enquanto essas lidam com fenômenos inanimados, que existem inteiramente à parte da humanidade e obedecem ao método científico estabelecido pelo paradigma mecanicista de Descartes e Newton, as Ciências Humanas lidam com subjetividade impulsionada

por vontade e consciência como construtoras de realidades e de mundos através do intelecto e da emoção.

Segundo DILTHEY (2002), o conhecimento característico das Ciências Humanas só pode ser obtido pela identificação intuitiva das idéias, dos sentimentos e objetivos comuns, seja de um grupo social, seja de um período histórico determinado. As Ciências Humanas devem, portanto, encontrar métodos que possam trazer à tona as essências, categorias espirituais amplas, que tornam cada ato isolado de natureza social, política, cultural ou psicológico subjetivamente significativo. O conhecimento da sociedade, da cultura e da psicologia é, ao mesmo tempo, conhecimento de si mesmo, onde o investigador é ao mesmo tempo sujeito e objeto de conhecimento, sendo este um fator peculiar presente neste tipo de investigação científica, o que não se realiza a partir da lógica do método científico natural.

Segundo, SILVA (1998, p.43):

“(...) quando captamos uma representação social em função dos pensamentos de uma categoria, estes pensamentos não estão cristalizados, concluídos: eles continuam em movimento, sofrendo influências do mundo real e dos próprios personagens que estão veiculando a representação, e estes personagens o fazem também dinamicamente, trocando com o social informações e experiências”.

Outro autor que colaborou para a metodologia de investigação científica no campo das Ciências Sociais foi WEBER (1974), que com seu método pretende alcançar uma compreensão interpretativa do fato social, cujo atributo básico é a relação do seu significado subjetivo com a ação dos outros, dando sentido à realidade. A interpretação dos fatos sociais só é válida quando acompanhada por evidência empírica e submetida a um método objetivo de análise. Os tipos ideais de formação social, econômica e cultural, dão significado a elementos da nossa experiência e constituem referências que o investigador deve se utilizar na construção de sua análise.

Para WEBER (1974), o método é um instrumento determinado pela natureza do objeto sob investigação e não um fim em si mesmo como pretendia,

por razões diferentes, tanto o positivismo, como o materialismo histórico. Sob esse ponto de vista, a sua perspectiva apresenta vários pontos em comuns e complementares à Fenomenologia, como veremos a seguir.

A Fenomenologia é um termo usado no século XX para expressar um movimento filosófico liderado pelo matemático e filósofo Edmund Husserl. Seu objetivo fundamental é o conhecimento daquilo que se manifesta para a nossa consciência sem mediação de proposições conceituais ou metafísicas. Seu objetivo principal é descobrir as estruturas essenciais dos atos de consciência e as entidades objetivas que correspondem a ele. Em contraste com o racionalismo, que enfatiza o raciocínio conceitual, a Fenomenologia se baseia no fundamento intuitivo da verificação experimental de conceitos (QUEIROZ, 1988).

A perspectiva fenomenológica busca a intuição da essência de um determinado fenômeno. Entre a idéia da coisa (a essência) e seus aspectos externos (o que ela aparece) ocorre a percepção do pensamento, que se realiza por perfis, perspectivas ou ângulos. Nesse sentido, a experiência vivida no cotidiano, é a pressuposição de todas as nossas atividades e conhecimentos.

Para a fenomenologia, o fenômeno, que comporta coisas naturais, ideais e culturais, só tem existência garantida enquanto objeto de consciência. Por isso, toda a realidade, inclusive as Ciências Naturais e Matemáticas, é inevitavelmente subjetiva. O conhecimento refere-se necessariamente a ontologias regionais que focaliza, por exemplo, a região da Consciência, da Natureza, da Matemática, da Religião, das Artes, da Política, da História. Em oposição ao Positivismo, que prevê um método científico universal, cada uma dessas regiões requer metodologias específicas, determinadas pela natureza do objeto de conhecimento.

Baseado em Husserl e Weber, um outro autor desenvolve o pensamento da fenomenologia, com base na experiência vivida no cotidiano, Shutz, tenta focalizar a estrutura dos atos da consciência e analisar como a subjetividade se constrói e tipifica a realidade a partir da experiência cotidiana dos indivíduos. Para ele, a consciência é socialmente orientada e não pura e

transcendental, como para Husserl. Nesse sentido a realidade é construída na percepção consciente de cada indivíduo e gerada a partir de estrutura social e de um estoque de conhecimento comum aos indivíduos que os partilham, como produtos da sociedade e da cultura. (SHULTZ APUD QUEIROZ, 2003).

De outro lado, em sentido oposto a essa postura, encontram-se os cientistas sociais que privilegiam o aspecto objetivo, externo e mensurável do fato social, que são os teóricos positivistas e também a vertente estruturalista do Marxismo. Todos esses argumentam que, independente de qualquer construção social da realidade em âmbito subjetivo, há elementos ou leis fundamentais fora da consciência humana que determinam a sua manifestação.

No entanto, no marxismo moderno, há uma tendência acerca da inclusão de dimensões culturais na base do materialismo histórico, como em GRAMSCI (1978) além de uma tentativa de MINAYO (1992) de conciliar o materialismo histórico e estabelecer uma ponte de diálogo com outras tradições teóricas e metodológicas tendo como referência a área das Ciências Sociais, a Medicina e a Saúde Coletiva.

O papel das representações sociais no interior de uma reconstrução do materialismo histórico, segundo Habermas, se dá no nível subjetivo dessas representações que deve ser complementado com o nível objetivo da estrutura social e de seu funcionamento através de uma teoria que também preveja um sentido de desenvolvimento e evolução. É com essa preocupação que Habermas procura estabelecer uma síntese que possa reconstruir o funcional-estruturalismo, o interacionismo simbólico e o materialismo histórico (HABERMAS, APUD QUEIROZ, 1988).

O estudo da representação social, no entanto, necessita de uma abordagem compreensiva, que percebe o ator social como um agente que interpreta o mundo à sua volta, onde o meio social é dimensionado como algo em permanente construção, que só tem sua existência garantida na consciência dos indivíduos.

Portanto a metodologia apropriada às Ciências Humanas consiste numa investigação que possa apreender a dimensão do sentido que o ser humano imprime às coisas, na interação entre experiências pessoais, sua realização em expressão criativa e a compreensão reflexiva desta experiência.

As “representações sociais”, escritas e faladas, consubstanciadas em tipos de visões de mundo são, nesse sentido, matérias primas fundamentais na análise desse presente estudo, uma vez que através delas poderemos identificar e compreender, no cotidiano que cerca esses atores questões relacionadas às praticas complementares e alternativas e contextualizar a busca pela solução dos problemas que os cercam.

2.2 Caracterização da População Estudada

Foi um pressuposto fundamental da pesquisa que os sujeitos a serem entrevistados tivessem representações, embora incompletas, relativamente coerentes em relação ao universo vivido e experimentado. Trata-se de um conhecimento prático, de senso comum, que forma uma concepção de vida e orienta as ações individuais desses sujeitos que identificam e analisam os seus problemas e propõem intervenções mais eficazes na realidade.

O contexto e o momento da pesquisa mostraram-se bastante favoráveis a tal proposta de investigação. A reforma administrativa e a municipalização dos serviços de saúde a partir do processo de implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família e a inclusão de terapias complementares e alternativas então em curso implicou necessariamente um momento de transição que pressupõe instabilidade ao nível institucional.

Optamos, nas entrevistas, por apresentar temas que remetem a afinidades e oposições relativas às perspectivas ideológicas, teóricas e profissionais adotadas por cada um dos entrevistados, de maneira a reconstruir os principais marcos que contribuíram para o comprometimento intelectual desses atores em relação às práticas complementares e alternativas em saúde. O

conjunto dessas representações traz consenso e discórdia a respeito de vários tópicos relativos ao universo vivido e experimentado por esses atores, oferecendo em seu conjunto uma compreensão mais rica de uma realidade.

O método qualitativo da observação participante, introduzido pela antropologia moderna a partir de MALINOWSKY (1979) coloca o sujeito e o objeto em uma interação que se torna a parte central e inevitável da investigação.

O trabalho avaliativo obedeceu às características prospectivas procurando adaptar o método a cada oportunidade da investigação. Tal postura exigiu uma avaliação dos imponderáveis da vida social, do colorido emocional presente nos eventos, que escapam ao controle numérico e exige do pesquisador uma abertura emocional e intuitiva (MALINOWSKI, 1979; QUEIROZ, 1991).

Os métodos da observação participante e as técnicas de entrevista semi-estruturada foram aplicados aos profissionais de saúde da rede pública de serviços de saúde de Campinas escolhidos em função de seu comprometimento teórico e prático na promoção da assistência e atividades oficiais relacionadas às práticas complementares e alternativas.

Para se analisar as descrições explicitadas pelos sujeitos pesquisados e obter os significados diante dos objetivos da pesquisa, utilizamos os quatro procedimentos metodológicos propostos por MARTINS & BICUDO (1994): a) leitura global das entrevistas a fim de familiarizar-nos com as experiências vividas pelos sujeitos; b) releitura das entrevistas, buscando colocar em evidência os significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados aos problemas abordados; c) detecção das “unidades de significado”, indicando momentos destacáveis da percepção dos sujeitos sobre a vivência do fenômeno; d) os temas relevantes a partir da própria experiência dos entrevistados deverão ser reagrupados em categorias que delineiam a estrutura do fenômeno.

O estudo foi dirigido a 37 profissionais da rede de serviços de saúde da Secretaria Municipal de Campinas distribuídos nos cinco Distritos de Saúde, sendo 11 profissionais médicos, 18 enfermeiros, 1 psicólogo, 2 terapeutas

ocupacionais, 1 dentista e 2 fonoaudiólogos, 1 biomédico e 1 sociólogo. Do total de entrevistados, 19 profissionais tinham formação em práticas tradicionais, complementares e alternativas. Foi entrevistado também um profissional consultor do Grupo de Trabalho sobre Racionalidades Integrativas em Saúde e dois profissionais da Secretaria de Saúde.

Após a anuência da Secretaria de Saúde do Município de Campinas para a realização da presente pesquisa os contatos foram realizados primeiramente com os coordenadores dos cinco distritos e posteriormente com os coordenadores de unidades e profissionais envolvidos com a implantação das terapias complementares e alternativas na rede pública de saúde.

As entrevistas com os profissionais foram todas gravadas e transcritas e em média duraram cerca de uma hora cada uma e foram realizadas nos Distritos de Saúde e na Secretaria de Saúde de Campinas, em locais previamente combinados com os entrevistados, obedecendo agendamentos prévios. Houve pronta colaboração por parte dos entrevistados que demonstraram interesse e disponibilidade para participar da pesquisa.

Na primeira fase optamos por direcionar as entrevistas aos coordenadores de unidade com uma perspectiva mais exploratória das representações sociais desses atores no sentido de analisar a forma como as terapias complementares e alternativas estavam sendo acolhidas e organizadas dentro das unidades básicas de saúde. Apresentamos no capítulo 7.1 as representações sociais dos profissionais entrevistados para a análise histórica da implantação das terapias complementares e alternativas nas décadas de 80 e 90 no município de Campinas e no capítulo 8 para a análise da criação do Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde, GTRIS, e a oficialização dessas práticas na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Num segundo momento, apresentado no capítulo oito, as entrevistas se dirigiram aos profissionais envolvidos com essas práticas no sentido da realização e organização dessas terapias na rede de serviços de saúde. As representações sociais foram analisadas dentro de um enfoque mais específico

que remetem a afinidades e oposições relativas às perspectivas ideológicas, teóricas e profissionais adotadas por cada um dos entrevistados no seu comprometimento intelectual sobre o assunto.

As análises presentes no capítulo nove enfocam a apresentação dos dados quantitativos onde temos a oportunidades de compará-los a outros estudos na mesma linha de pesquisa e três temas relevantes que emergiram das representações sociais a partir das experiências dos atores entrevistados e se agruparam nas seguintes categorias, a saber: a relação das terapias complementares e alternativas com a medicina hegemônica; a mudança de paradigma no que se refere ao processo saúde-doença e as representações sociais desses atores sobre o projeto Paidéia da Saúde da Família e a implantação das terapias alternativas e complementares na rede municipal de assistência à saúde. Os pormenores metodológicos referentes à realização dessas entrevistas serão explicados na introdução de cada capítulo.

Todas as entrevistas foram precedidas por um pequeno questionário que objetivou identificar o perfil dos entrevistados referente a dados pessoais como formação profissional e pós-graduação, formação em terapias complementares e alternativas, tempo de formação, tempo de serviço público, tempo de coordenação, dedicação integral ao serviço, gênero e idade. A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro de 2003 a julho de 2004.

Os dados quantitativos obtidos nesse questionário foram digitados em programa que permite análise estatística e se referem apenas ao número de 37 questionários respondidos pelos respectivos profissionais.

O perfil dos entrevistados com apresentação de tabelas com as distribuições por gênero, formação profissional e especializações, formação em práticas complementares e alternativas, tempo de serviço público, tempo na coordenação das Unidades Básicas de Saúde, dedicação exclusiva ao serviço, grupo etário e tempo de formação profissional seguem abaixo:

Tabela 1. Distribuição por Gênero dos Profissionais de Saúde de Campinas, 2004.

Gênero	Frequência	
	n	%
Feminino	29	78
Masculino	8	21
Total	37	100

Tabela 2. Distribuição dos Profissionais por Formação Profissional.

Formação profissional	Frequência	
	n	%
Médicos	11	29
Enfermeiros	18	48
Psicólogos	1	2
Terapeutas Ocupacionais	2	5
Dentistas	1	2
Fonoaudiólogos	2	5
Biomédico	1	2
Sociólogo	1	2
Total	37	100

Tabela 3. Distribuição dos Profissionais de Saúde por Especialização.

Especialização	Frequência	
	n	%
Saúde Pública	19	51
Outras Especializações	16	43
Mestrado	4	10
Doutorado	3	8
Total	37	100

Tabela 4. Distribuição dos Profissionais por Formação em Terapias Complementares/Alternativas.

Práticas de Formação em MT/MCA	Frequência	
	n	%
Homeopatia	4	10
Acupuntura	2	5
Fitoterapia	4	10
Terapia Floral	1	2
LianGong	3	8
Toque Terapêutico	5	13
Sem formação em MT/MCA	18	48
Total	37	100

Tabela 5. Distribuição por Tempo de Serviço Público (em anos).

Tempo de Serviço	Frequência	
	n	%
0 — 10 anos	16	43
11 — 20 anos	18	48
21 — 30 anos	3	8
Total	37	100

Tabela 6. Distribuição por Ocupação de Cargos na Secretaria de Saúde.

Cargos Ocupados	Frequência	
	N	%
Secretaria de Saúde	1	2
Coordenadora Distrito de Saúde	1	2
Tutora Projeto Paidéia Saúde Família	1	2
Membros Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde GTRIS	6	16
Consultor do GTRIS	1	2
Enfermeiros Unidades Básicas com formação em MCA	6	16
Coordenadores de Unidades Básicas	21	56
Total	37	100

Tabela 7. Distribuição por Dedicção trabalho Integral ao Serviço.

Número de empregos	Frequência	
	n	%
Dedicção exclusiva	20	54
Dois empregos	16	43
Três empregos	1	2
Não respondeu	0	0
Total	37	100

Tabela 8. Distribuição por Grupo Etário.

Grupo Etário	Frequência	
	n	%
20 — 30	2	5
31 — 40	21	56
41 — 50	10	27
50 ou mais	4	10
Total	37	100

Tabela 9. Distribuição por Tempo de Formação Universitária.

Tempo de formação	Frequência	
	n	%
0 a 5 anos	1	2
6 a 10 anos	9	24
11 a 20 anos	17	45
21 a 30 anos	9	24
31 anos ou mais	1	2
Total	37	100

Ao finalizarmos este capítulo, faz-se necessário enfatizar que os trabalhos de pesquisa dentro das Ciências Sociais demonstram, através das perspectivas teóricas apresentadas, que é possível exercerem uma postura qualitativa e, ao mesmo tempo, lidar com aspectos mensuráveis do fenômeno.

Portanto a metodologia qualitativa não se antagoniza com a postura positivista, apenas aponta para seus limites e procura encontrar técnicas de olhar o fenômeno, no sentido de tornar possível ao ser humano um nível mais alto de saber.

No próximo capítulo apresentaremos a estrutura conceitual das práticas tradicionais, complementares e alternativas sob uma perspectiva histórica do desenvolvimento do conceito saúde-doença na medicina moderna, os fundamentos da racionalidade médica na história científica moderna e os pressupostos teóricos da medicina tradicional, complementar e alternativa.

**O Sentido da Medicina Tradicional,
Complementar e Alternativa**

A estrutura conceitual das práticas tradicionais, complementares e alternativas obedece a um princípio mais amplo e integrado de saúde e doença, adotando a concepção de ser humano como unidade inseparável de corpo, emoção e mente, o que não é compartilhado pela comunidade científica ocidental, que adota uma concepção de ser humano parcial e reducionista, assentada na biologia, com altos níveis de especialização.

Para compreendermos melhor esta concepção faz-se necessário analisarmos, sob uma perspectiva histórica, o desenvolvimento do conceito saúde-doença da medicina moderna que teve seu início no Renascimento, século XV e XVI até o seu apogeu no século XX, e os pressupostos teóricos das práticas terapêuticas tradicionais, complementares e alternativas em conformidade com as modernas teorias científicas.

3.1 Os Fundamentos da Racionalidade Médica na História Científica Moderna:

Uma Perspectiva Histórica.

A visão do mundo, durante toda a Idade Média dominante na Europa, assim como na maioria das outras civilizações, era orgânica. As pessoas viviam em comunidades pequenas e coesas, e vivenciavam a natureza em termos de relações orgânicas, caracterizadas pela interdependência dos fenômenos da natureza e materiais e pela subordinação das necessidades individuais à comunidade.

A estrutura científica dessa visão de mundo orgânica se assentava na filosofia grega clássica, com Aristóteles, e se caracterizava pelos ideais contemplativos de compreensão do Ser e suas causas, onde a principal finalidade era compreender o significado das coisas e não exercer a predição e o controle sobre elas.

A saúde e o fenômeno da cura eram guiados pela tradição da medicina hipocrática. Esta tradição concebia a saúde como um estado de equilíbrio entre as

influências ambientais e as forças inerentes aos organismos vivos, “o poder curativo da natureza”, e a doença um distúrbio que envolvia a pessoa como um todo, não só o seu corpo, mas também sua mente, a imagem que tem de si mesmo, sua dependência do meio ambiente físico e social assim como sua relação com o mundo em que vivia (CAPRA, 1988; QUEIROZ, 1986; LUZ, 1988, 1996).

O deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, de acordo com LUZ (1988) se inicia no Renascimento, no final do século XV ao início do século XVI. O saber foi transformado em instrumento de domínio e controle sobre a natureza e os homens, contrapondo-se aos pressupostos aristotélicos que predominavam na medicina durante a Idade Média que concebia a unidade orgânica dos seres vivos, sendo a doença a expressão de alterações globais do organismo em interação com o seu meio físico e social.

CANGUILHEM (1982) afirma que o pensamento dos médicos oscilou, na história da medicina, entre duas representações fundamentais da doença: uma ontológica, outra dinâmica. A primeira concepção é organicista, mecanicista em termos de causalidade, e ainda hoje é predominante. A outra concepção é naturalista, na maioria das vezes vitalista: a concepção dinâmica supõe um equilíbrio ou harmonia das “forças vitais” no homem, e seu desequilíbrio é a doença. A doença não está localizada em alguma parte do homem ou fora dele, mas é desequilíbrio em busca de um novo ponto de equilíbrio.

CANGUILHEM, (1982, p.19-23), conceitua desta maneira:

“A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura..

O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio. A terapêutica deve, em primeiro lugar, tolerar e, se necessário, até reforçar essas reações hediondas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural...”

Portanto, na concepção “dinâmica”, há um postulado ontológico, que é o vitalismo, sendo a doença expressão sintomática do desequilíbrio da vida, e não de uma entidade mórbida. A saúde vem a ser o equilíbrio das forças vitais e era esta a visão compartilhada pelos médicos da Idade Média (LUZ, 1988).

A partir do século XVII até o século XIX, a tendência vitalista, passa a ser superada pela ciência médica, que estabelece o seu postulado no racionalismo moderno, que estrutura o novo método de investigação, defendido por Descartes, o qual envolvia a descrição matemática da natureza e o método analítico de raciocínio.

Esta perspectiva mudou radicalmente a noção de um universo orgânico, vivo e espiritual que foi substituída pela noção do mundo como se ele fosse uma máquina, e a máquina do mundo converteu-se na metáfora dominante da era moderna. Reconhecendo o papel crucial da ciência na concretização dessas importantes idéias, os historiadores chamaram os séculos XVI e XVII de a Idade da Revolução Científica (CAPRA, 1988).

Neste contexto, o pensamento de Descartes tem por finalidade distinguir a verdade do erro em todos os campos do saber e o conhecimento pode ser usado para controlar a natureza. Este pensamento contribuiu para a característica essencial do pensamento moderno que consiste em decompor os pensamentos e problemas em suas parte componentes e em dispô-las em sua ordem lógica sendo muito útil no desenvolvimento das teorias científicas e concretização de complexos projetos tecnológicos, porém incapaz de contemplar todos os aspectos da necessidade humana (CAPRA, 1988).

No decorrer de toda história da ciência ocidental, a concepção mecanicista da vida estabeleceu-se no desenvolvimento da física, da fisiologia, da química, da botânica e da biologia e por conseqüência nas atitudes dos médicos

em relação à saúde e a doença. A influência sobre o pensamento médico resultou no modelo biomédico vigente, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica considerando o corpo humano com objetividade, através das categorias de doenças, entidades mórbidas, corpo doente, organismo, fato patológico, sintomas, passando a saúde a ser vista, como ausência de uma patologia. A saúde na medicina moderna é vista como eliminação da doença no corpo dos indivíduos (FOUCAULT, 1977).

Segundo LUZ (1996), o objeto do conhecimento na racionalidade médica moderna é a patologia, reconhecendo no indivíduo basicamente aqueles sintomas típicos que apontam para esta ou aquela doença, tomada como realidade positiva, e o objeto da clínica são o combate e a eliminação dessa realidade. Portanto, saúde será considerada a ausência de certos sintomas. Assim, durante o século XIX, progressivamente se confundirão cura e cessação de sintomas.

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o ser humano em sua totalidade, e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais se ocupar com o fenômeno da cura.

A cura será substituída pela cessação de sintomas e não como um fenômeno que envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana, como era analisado antes do século XV. Portanto o vitalismo está deslocado diante desta racionalidade, portanto é para ele que não há espaço epistemológico (CAPRA, 1988; LUZ, 1988).

O modelo cartesiano e mecanicista introduzido pela revolução científica do século XVI e XVII, segundo LUZ, estabeleceu também uma separação dicotômica entre a teoria científica e a teoria filosófica e o efeito epistemológico desta separação é excluir o pensamento filosófico da razão científica, considerado como especulativo, impreciso, não comprovado (LUZ, 1988). Neste contexto o modelo médico atual tende a não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da

comunidade científica e da própria história na determinação de seu objeto de conhecimento implicando em perda de uma visão unificadora do ser humano e sua relação com o meio ambiente físico e social (QUEIROZ, 1986).

Com Descartes estabelecem-se os métodos para se pensar o corpo humano como máquina, criando-se a separação entre mente, uma concepção divina, fora do alcance da ciência e corpo, um organismo físico que obedece a leis mecânicas.

Esta concepção influenciou a prática da assistência à saúde em vários e importantes aspectos como a crescente dependência da assistência médica de uma tecnologia complexa, a tendência para a especialização e a propensão dos profissionais de saúde de tratar partes específicas do corpo, esquecendo-se de cuidar do ser como um todo (CAPRA, 1988).

No final do século XVIII, o modelo racionalista, mecanicista da racionalidade científica dominante foi legitimando o poder das verdades científicas, na universidade, faculdades e institutos, sobretudo as das Ciências Naturais, incluindo a medicina, onde nenhuma teoria ou conceito pode mais fugir dos limites da morfologia do modelo científico, sob pena de ser considerada não científica, portanto não verdadeira (LUZ, 1988).

Outra influência importante se deu nos Estados Unidos, no início do século XX, onde a Associação Médica Americana encomendou uma pesquisa nacional sobre as escolas de medicina com o objetivo de dar a esse ensino uma sólida base científica, com verbas gigantescas de fundações para a pesquisa.

O resultado dessa pesquisa foi o Relatório Flexner, publicado em 1910, que serviu de embasamento decisivo para o ensino de medicina nesse país, fixando rigorosas diretrizes que ainda hoje são obedecidas. A moderna escola de medicina tinha que fazer parte de uma universidade com um corpo docente permanente, dedicado ao ensino e à pesquisa. Seu objetivo primordial era a formação dos estudantes e o estudo das doenças, não a assistência aos enfermos.

Desta forma, o modelo cartesiano dominante na área médica, impossibilitou o reconhecimento de outras teorias e conceitos contrários ao reducionismo da visão mecanicista, dificultando a inserção, por exemplo, de novos modelos terapêuticos senão aqueles aceitos pela comunidade científica.

3.2 Pressupostos Teóricos da Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa.

Constatamos que, historicamente, o desenvolvimento da medicina implicou a perda de uma visão unificadora do ser humano e deste com o seu meio ambiente físico e social. A medicina ocidental moderna desenvolveu-se mudando uma cosmologia voltada para o ser humano para uma cosmologia voltada para o objeto.

Em seu “Discurso do Método”, DESCARTES privilegia a mente em relação à matéria: “não há nada no conceito de corpo que pertença ao pensamento e nada na idéia de pensamento que pertença ao corpo”, enfatizando conhecimento de nós mesmos como egos isolados, “Cogito, ergo sum” _ Penso, logo existo.

Estes valores impediram aos profissionais de saúde de considerarem seriamente a dimensão psicológica das doenças, causando nas Ciências Humanas uma interminável confusão entre mente e cérebro e, na física, propiciando uma difícil interpretação das observações dos fenômenos atômicos (CAPRA, 1988).

E foi justamente por esses cientistas terem dificuldade em interpretar seus objetos de pesquisa que, no início do século XX, físicos eminentes como Max Planck, Einstein, Niels Bohr, Heisenberg e outros elaboraram e discutiram uma nova e consistente visão de mundo, cujo interesse pela ciência supera os aspectos de suas pesquisas.

A partir da teoria quântica, nasce a física moderna, trazendo uma concepção de universo integral e dinâmica, transcendendo a visão cartesiana

mecanicista de mundo, conduzindo muitos pesquisadores nos diversos campos do saber que defendiam uma melhor compreensão da natureza e da realidade (ROGER, 1970; KRIEGER, 1996; CAPRA, 1988).

A abordagem integral da saúde refere-se à realidade em função de totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores. O homem é visto como parte do universo, incorporando e refletindo o todo. Este é o novo postulado, implicado pela física moderna: um universo onde não existem partes, e onde sujeito e objeto participam na definição da realidade (KUNZ, 1991; CAPRA, 1988; LASKOW, 1996; DOSSEY, 1996; GERBER, 1988, 2000).

No contexto da saúde esta concepção sistêmica se aproxima muito da visão de numerosos místicos e culturas tradicionais em que o conhecimento da mente e do corpo humano e a prática de métodos de cura são partes integrantes da filosofia natural e da disciplina espiritual. Os sistemas de medicina de elevada tradição como Ayurvedica, Hindú, Taoísta, Chinesa e Persa são baseados em escritos milenares de conhecimentos empíricos (CAPRA, 1988; PAIM, 1991).

No que se refere ao conceito de saúde e doença, esses sistemas médicos tradicionais baseiam-se em um aspecto teórico fundamental que unifica essas várias medicinas e práticas que é a idéia vitalista de que a energia organiza a matéria e as estruturas orgânicas e não o contrário.

O termo “energia vital”, como é usado nas tradições de cura não-ortodoxas, de acordo com as mais recentes descobertas no campo da física quântica, é uma medida de atividade, de padrões dinâmicos os quais descrevem a natureza energética subjacente do mundo físico e conceitos como “energias sutis” ou “corpos sutis” são metáforas que descrevem os padrões dinâmicos de auto-organização (CAPRA, 1978; GERBER, 2000).

Outros fatores relacionados à cura e comuns a essas tradições devem ser considerados como a ênfase no doente e não na doença e a crença de que esta provém principalmente de um conjunto de causas que levam ao desequilíbrio

e desarmonia. Curar, neste sentido, não significa tornar o indivíduo saudável, termo este entendido a partir de um ponto de vista da normalidade funcional, mas sim, proporcionar um equilíbrio dinâmico nos vários aspectos da vida do indivíduo: físicos, psicológicos e sociais, todos, portanto interdependentes (CAPRA, 1988; GERBER, 2000; QUEIROZ, 2003).

Esses pressupostos, descritos acima são encontrados em vários sistemas de curas tradicionais como na medicina tradicional chinesa que está profundamente enraizada em todo o leste asiático e Japão e teve suas raízes em tradições xamânicas e foram modeladas pelo taoísmo e pelo confucionismo, as duas principais escolas filosóficas do período clássico chinês.

A medicina chinesa foi formalizada como um sistema de idéias e registrada nos textos médicos clássicos sendo o mais importante o Nei ching, o clássico da medicina interna, que apresenta uma teoria do organismo humano, na saúde e na doença, juntamente com uma teoria da medicina. As formas terapêuticas na medicina chinesa incluem ervas medicinais, acupuntura, alimentação e exercícios físicos e terapias manuais (NEEDHAM, 1962).

Para a medicina tradicional chinesa, o universo inteiro, natural e social, encontra-se em estado de equilíbrio dinâmico, com todos os componentes oscilantes entre os dois pólos arquetípicos: o yin e o yang.

O organismo humano é considerado um microcosmo do universo e às suas partes são atribuídos qualidades yin e yang. Esse modo de correlação e dinâmico de pensamento é básico para o sistema conceitual da medicina chinesa: o indivíduo saudável e a sociedade saudável são partes integrantes de uma grande ordem padronizada, e a doença é a desarmonia no nível individual ou social (NEEDHAM, 1962).

As abordagens dos padrões dinâmicos fundamentais do organismo, em nossa cultura ocidental, estão presentes nas raízes da filosofia homeopática que remontam a Paracelso e Hipócrates.

O sistema terapêutico homeopático foi fundado pelo médico alemão Samuel Hahnemann, no século XVIII e introduzido na França nesta mesma época. Na concepção homeopática, a enfermidade resulta de mudanças num padrão de energia ou “força vital”, que é característica de cada indivíduo e é a base de todos os fenômenos físicos, emocionais e mentais da pessoa. A terapia homeopática consiste em combinar o padrão de sintomas característico do paciente com um padrão semelhante característico do medicamento homeopático cuja finalidade é estimular os níveis de energia vital das pessoas (LUZ, 1996).

Além desses sistemas citados acima, em todas as sociedades encontramos sistemas de medicina popular, desenvolvidos a partir de crenças e práticas usadas no seio da família, ou de uma comunidade, que são transmitidas oralmente de geração em geração.

Dentro desse sistema popular encontra-se a fitoterapia, uma prática milenar presente em todas as sociedades e culturas do mundo e que utilizam as plantas e seu poder medicinal para a cura das doenças. Dentre as culturas que mais contribuíram com informações sobre as ervas estão a cultura chinesa e hindú e mais recentemente o Brasil através de sua cultura indígena (QUEIROZ, 2003).

Segundo CAPRA, (1988, p.299):

“(...) para desenvolvermos uma abordagem integral da saúde que seja compatível com a nova física e com a concepção sistêmica dos organismos vivos, não precisamos abrir novos caminhos, mas podemos aprender com os modelos médicos existentes em outras culturas.”

No entanto é necessário lembrar que qualquer sistema de assistência à saúde, incluindo a medicina ocidental moderna, é um produto de sua história e existe dentro de certo contexto ambiental e cultural, portanto as comparações entre sistemas médicos de diferentes culturas devem ser feitas com todo cuidado (QUEIROZ, 1986; CAPRA, 1988).

Os estudos transculturais dos sistemas médicos de diferentes culturas serão úteis porque possibilitarão a ampliação de nossa perspectiva e nos ajudarão a ver sob nova luz as idéias atuais acerca da saúde e dos métodos de cura.

No próximo capítulo abordaremos o novo paradigma científico e os aspectos teóricos sobre a racionalidade positivista aplicada ao pensamento científico a partir da perspectiva desenvolvida por KUHN (1975).

O Novo Paradigma Científico

A natureza dos cuidados com a saúde está mudando drasticamente à medida que adentramos o século XXI. O rápido crescimento da ciência e da tecnologia produziu um grande impacto sobre os cuidados com a saúde, modificando a maneira como a medicina é praticada e até mesmo alterando a nossa visão acerca daquilo que faz com que os seres humanos se tornem doentes ou sadios.

Porém, mais recentemente, os alicerces deste modelo começaram a ser abalados ao se defrontarem com os limites dessa ciência na resolução de nossos problemas de saúde (QUEIROZ, 1986; GERBER, 2000).

GERBER (2000, p.13) questiona:

“(...) se essa incapacidade é culpa da moderna ciência médica ou um reflexo da nossa compreensão ainda incompleta da natureza da doença? Os cientistas estão fazendo as perguntas corretas acerca da saúde e da doença? Ou será que estão presos a um modelo de conhecimento que tende a aceitar apenas as pesquisas realizadas de acordo com a ortodoxia científica relutando em aceitar mudanças? “

O saber científico produzido pela civilização ocidental, enquanto parte de um processo histórico e cultural, nunca é totalmente neutro ou desinteressado como pretende ser, uma vez que a escolha e a configuração das perguntas que o método científico impõe à realidade relacionam-se aos valores próprios de um determinado contexto social (LUZ, 1988).

Para entendermos melhor este aspecto recorreremos ao conceito de paradigma empregado por KUHN (1975) e POPPER (1970) e a reconciliação de suas teorias segundo QUEIROZ (2003).

De acordo com KUHN (1975) a “ciência normal” não teria por finalidade produzir conhecimento novo, mas apenas concentrar suas investigações no óbvio determinado pelo paradigma dominante no campo científico.

O conceito de paradigma, para KUHN (1975) é explicado através de sua analogia com um mapa cognitivo, influenciado pela cultura, que norteia a percepção, as principais preocupações, às perguntas e os procedimentos do

cientista diante de seu objeto de conhecimento; ou como uma lente que permite ordenar certos fatos de uma realidade.

Segundo QUEIROZ (2000, p.374):

"Um outro mapa, uma outra lente, ou seja, um outro paradigma produziria uma configuração diferente da realidade e, conseqüentemente, uma outra ciência".

O paradigma dominante de um campo científico é profundamente influenciado, não só pelo seu desenvolvimento interno como a tradição científica, sua história e seu desenvolvimento, mas pelas influências externas provenientes da sociedade mais ampla e seus interesses ideológicos, culturais, sociais e econômicos.

Sob o ponto de vista de um paradigma, os fatos dimensionados por um outro são invisíveis ou não existentes. Como exemplos podem pensar nos princípios terapêuticos da homeopatia ou no conceito de meridianos da medicina chinesa, que sob o ponto de vista da medicina ocidental, não podem ser percebidos, simplesmente porque falta nela a lente e o mapa que dimensionam esse tipo de realidade (QUEIROZ,2000).

Dependendo do contexto social, político, histórico, cultural, econômico e geográfico em que ocorre, um determinado paradigma pode ser mais ou menos fechado ou aberto. Quanto mais aberto ele se manifestar, maior a probabilidade de se tornar mais objetivo e universal. Os exemplos mais conhecidos na história ocorreram na Grécia antiga, no Renascimento e Iluminismo Europeu (CAPRA, 1988).

Na definição de POPPER (1970) sobre o conceito de paradigma, ele não aceita o fato de a ciência normal existir prisioneira de um determinado paradigma e afirma que a produção da ciência verdadeira envolve necessariamente uma ruptura com o formato das teorias vigentes, da experiência passada e dos condicionamentos impostos pela própria linguagem. Para este autor a produção

de uma ciência real implica superar os condicionantes da história, da cultura e de nós mesmos.

A posição que permite reconciliar as diretrizes de pensamento de Kuhn e Popper, segundo QUEIROZ (2003, p.54):

"(...) compreende tanto o fato de que a ciência tende a se institucionalizar no interior de uma cultura e de um contexto histórico, como o de que a verdadeira vocação seria se desvencilhar desses constrangimentos em busca de algo que se encontre fora do paradigma dominante."

O verdadeiro papel da ciência seria, portanto encontrar perspectiva mais universal e objetiva que embora assentadas num determinado paradigma, transcendam qualquer sociedade, cultura, momento histórico ou atitude individual (QUEIROZ, 2003).

A partir dessa linha de pensamento a medicina científica ocidental, tornou-se hegemônica por se mostrar compatível com o poder dominante da razão positivista e em seu comprometimento com essa postura, perdeu a sua independência e a sua autonomia, face ao sistema social em que atua, na medida em que se tornaram insensível às causas reais de doenças e às soluções que implicariam na melhoria do nível de saúde de uma população (QUEIROZ, 1986, 2003).

São inegáveis os sucessos conquistados pela ciência ocidental, desde o Renascimento, passando pelo Iluminismo, até os dias atuais. Mas aliada ao poder dominante, a medicina produziu uma perseguição a todas as formas alternativas de pensamento, o que não impediu que, mesmo marginalizadas, muitas delas tivessem persistido ao longo do tempo.

Estas dimensões perdidas pela ciência têm permanecido guardadas profunda e silenciosamente no imaginário e nas representações populares de muitos povos em diferentes épocas (LUZ, 1988).

Portanto, para que a medicina torne-se uma ciência verdadeira, na concepção de POPPER (1970) implicaria considerar que o seu objeto, o ser humano, é diferente do objeto das ciências naturais e exige consideração de

aspectos subjetivos, simbólicos e sociais para a plena apreensão da realidade a que se propõe estudar (GERBER, 2000; QUEIROZ, 2003).

Entender esse processo a partir da nova perspectiva proporcionada pela física moderna de um novo modelo de pensamento baseado em uma concepção sistêmica da realidade deverá influenciar, segundo CAPRA (1988), todas as ciências e transformar a nossa visão de mundo e nossos valores.

A nova compreensão da própria estrutura do mundo físico, quando vista a partir do nível subatômico da nossa constituição molecular, levou recentemente muitos cientistas e pensadores a acreditar que os seres humanos são mais do que apenas máquinas biológicas com partes que envelhecem e se desgastam, como impôs a ciência em sua concepção ideológica positivista. (GERBER, 2000).

Muitos pesquisadores pioneiros, na ciência e na medicina, estão adotando em relação à cura uma visão de mundo mista, que combina o melhor das visões antigas e modernas acerca do corpo humano e das diversas abordagens para se alcançar os bem-estares (KUNZ, 1991; KRIEGER, 1996; BRENNAN, 1988; DOSSEY, 1996; GERBER, 1988; 2000).

Este novo paradigma científico é assumido como base de uma nova visão de mundo cujo principal motivo é não mais a fragmentação da realidade e a especialização profissional, mas a construção integradora ou holística de uma realidade em sintonia ou harmonia com um cosmo mais amplo. O movimento ecológico tem sido um grande propulsor na elaboração deste novo paradigma.

No próximo capítulo estaremos enfocando o movimento das práticas complementares e alternativas que são trazidas pelas instituições e organizações ligadas à saúde como um reflexo desse novo paradigma num renovado interesse na divulgação de perspectivas integradoras que possam contribuir para promover harmonia e desenvolvimento do ser humano como um todo produzido pelo interesse dirigido para o entendimento e preservação de formas alternativas de saber expressando o fato de que o saber se processa dialeticamente e de que a

experiência adquirida pela humanidade nunca é perdida no desenvolvimento da história.

**A Medicina Tradicional, Complementar
e Alternativa**

Neste capítulo apresentamos as perspectivas da Organização Mundial da Saúde e um breve histórico sobre o desenvolvimento do movimento das práticas tradicionais, complementares e alternativas nas últimas décadas até os dias atuais com enfoque para o documento denominado “Estratégias da OMS sobre Medicinas Tradicionais 2002-2005” e seu papel em relação a essas terapias.

5.1 Perspectivas da Organização Mundial de Saúde

Nas últimas décadas o movimento das medicinas tradicionais, complementares e alternativas tem recebido atenção por parte da Organização Mundial da Saúde e está ativo dentro e fora do sistema médico sendo implantado nos diversos campos do saber e influenciando os profissionais da saúde em sua prática.

De acordo com a OMS, saúde resulta “em um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1984), revelando a natureza integradora da saúde.

Outro aspecto importante que valoriza esta visão foi a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em 1978 que resultou na Declaração de Alma-Ata, reafirmando a saúde como direito humano fundamental e meta social mundial. A conferência ressaltou a necessidade urgente e efetiva de adotar medidas nacionais e internacionais para a aplicação do método de atendimento primário em saúde no mundo, como parte do desenvolvimento dentro de um espírito de justiça social.

Dentro dos objetivos estabelecidos na Declaração e a aplicação das vinte e duas recomendações específicas adotadas, seria necessário adotar novos conhecimentos e também mudar certas atitudes em função da nova ênfase atribuída à filosofia, educação e à pesquisa necessárias para esta nova dimensão da saúde pública para o século XXI (OMS, 1978).

Uma das razões pela qual foi realizada a Conferência foi a constatação de que o progresso na área da saúde mundial não acompanhava a prática científica moderna e de que a prática médica não estava aproveitando todo o conhecimento e todos os meios proporcionados por diversos outros campos científicos.

Verificou-se, nesse sentido, que o desenvolvimento da ciência da saúde deve conter dimensões mais amplas do que o aspecto biológico, no sentido de incluir tanto a dimensão social como a psicológica. Além disso, postulou-se que a verdadeira saúde comunitária não pode ser proporcionada por um método baseado em linhas individuais e que somente a remoção da doença é insuficiente para produzir saúde. Nesse sentido, a medicina não substitui a saúde (BARTON, 1979).

Desde 1976 a Organização Mundial de Saúde estabeleceu a medicina tradicional como objetivo de seus programas de promoção de terapias alternativas (BANNERMAN, 1977). E em 1978, na Conferência de Alma Ata, recomenda formalmente o estabelecimento de políticas nacionais de saúde, baseadas na utilização dos recursos da medicina tradicional pelos sistemas nacionais de prestação de serviços de saúde, reconhecendo os praticantes dessa medicina como importantes aliados na organização e implementação de medidas para aprimorar a saúde da comunidade.

Segundo QUEIROZ (2000), a convivência democrática de diferentes paradigmas e abordagens científicas propõem uma realidade humana mais rica do que a proposta unidimensional presente no paradigma científico hegemônico em nosso tempo. Enfatiza QUEIROZ (2000, p.375)

“(...) que o pensamento científico teria, neste momento, a chance de se renovar e de crescer, escapando do enrijecimento dogmático e carência de vigor criativo, encontrando perspectivas mais universais que transcendam qualquer sociedade, cultura ou momento histórico.”

Os primórdios dessa mudança, da transferência da concepção mecanicista para a integral e ecológica da realidade, já são visíveis e estão sendo

implantados nos diversos campos do saber. Os anos sessenta e setenta geraram uma série de movimentos sociais, como grupos de defesa do meio ambiente, organizações antinucleares, movimentos de liberação social, enfatizando aspectos da nova visão da realidade.

O movimento alternativo da saúde está ativo dentro e fora do sistema médico, e é apoiado e complementado por esses movimentos que compreendem as influências ambientais e sociais sobre a saúde e estão comprometidos em opor-se e em impedir a criação de riscos para a saúde através da ação política. Todos esses movimentos subscrevem uma visão integral e ecológica da vida (CAPRA, 1988; QUEIROZ, 2003).

As conclusões e recomendações de Alma-Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou, nos anos oitenta, com a realização da I Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986, com trinta e oito países participantes. Cabe destacar que a celebração desta conferência deu lugar ao que hoje se conhece como Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde que estabelece (OMS/Glossário, 1998, p.10):

“De acordo com o conceito de saúde como direito humano fundamental, a Carta de Ottawa destaca determinados pré-requisitos para a saúde, que incluem a paz, adequados recursos econômicos, moradia, ecossistema estável e o uso sustentável dos recursos naturais. O reconhecimento destes pré-requisitos manifesta a estreita relação que existe entre as condições sociais e econômicas, o ambiente físico, os estilos de vida individuais e a saúde. Estes vínculos constituem a chave para uma compreensão holística da saúde que é primordial na definição da promoção da saúde.”

A esta conferência seguiram-se outras que examinaram temas de destaque da Carta de Ottawa sobre política pública saudável, em Adelaide, 1988 e sobre ambientes que melhoram a saúde em Sundsvall, 1991.

Estas conferências têm contribuído para dar suporte à nossa compreensão das estratégias de promoção da saúde e sua aplicação prática, ao mesmo tempo em que se presta mais atenção às questões relevantes dos países

em desenvolvimento. A quarta conferência sobre promoção da saúde que se intitulou “Novos Atores para uma Nova Era”, ocorrida em Jacarta, 1997, constituiu um passo neste sentido.

A partir deste movimento, desde então têm se desenvolvido e implantado, com o apoio da Organização Mundial da Saúde, vários programas e projetos para traduzir esses conceitos e estratégias de promoção da saúde em ações práticas.

Dentre eles podemos citar os projetos de Cidades, Povos, Municípios e Ilhas Saudáveis, as Redes de Escolas Promotoras da Saúde e Hospitais promotores da Saúde e projetos de Mercados Saudáveis e Lugares de Trabalho Promotores da Saúde, além dos planos de ações sobre álcool e tabaco, vida ativa e envelhecimento saudável, todos com enfoque integral da saúde.

5.2 Perspectivas e Estratégias sobre Medicinas Tradicionais, Complementares e Alternativas.

A fim de maximizar o potencial das medicinas tradicionais, como fonte de cuidado da saúde, a Organização Mundial da Saúde, juntamente com representantes de seus estados membros, organizações não-governamentais, organizações internacionais e centros colaboradores sobre medicina tradicional, desenvolveram amplos debates e consultas sobre metodologias de investigação e valorização em medicina tradicional.

Essas conferências redundaram num documento denominado “Estratégia da Organização Mundial da Saúde sobre Medicinas Tradicionais 2002-2005”, no qual se definem o papel da MT/MCA, estabelecendo uma estratégia ideal para tratar dos temas relacionados com a política, a segurança, a eficácia, a qualidade, o acesso e uso racional da medicina tradicional, complementar e alternativa. Este documento é referência atual na literatura mundial e estabelece o papel atual da OMS em relação às terapias tradicionais que se define (OMS 2002-2005, p.47):

“A Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, revisa a condição da MT/MCA de forma global e detalha o seu próprio papel e as atividades da Organização Mundial da Saúde em relação à Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa. Mas o mais importante é proporcionar um marco de trabalho para a ação da OMS e seus países membros, a fim de que a MT/MCA desempenhe um papel muito mais importante na redução da mortalidade e morbidade, especialmente entre as populações mais pobres.”

A Organização Mundial da Saúde define a Medicina Tradicional como (OMS 2002-2005, p.7):

“Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou combinados para manter o bem estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades.”

Portanto “medicina tradicional” é um termo amplo utilizado para referir-se tanto aos sistemas de medicina tradicional, como por exemplo, a medicina tradicional chinesa, a ayurvédica hindu e a árabe, como as diversas formas de medicina indígena (OMS, 2002).

Nos países onde a utilização da medicina alopática é bastante desenvolvida e a medicina tradicional foi incorporada ao sistema sanitário, a medicina tradicional se classifica como medicina “complementar”, “alternativa” ou “não convencional” (PIETRONI, 1992).

De acordo com o documento “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”, o termo “medicina tradicional” deve ser utilizado quando se fazem referência aos países da África, Latino-Americanos, Sudeste Asiático e Pacífico ocidental e o termo “medicina complementar e alternativa” quando se fazem referência aos países da Europa, América do Norte e Austrália.

O termo, quando referido em sentido geral a todos os países, deve ser “medicina tradicional/medicina complementar e alternativa”. Segundo a OMS, (2002,p.14):

“A medicina tradicional está embasada nas necessidades das pessoas. Cada pessoa recebe tratamento individualizado, mesmo quando os

diagnósticos são os mesmos, de acordo com medicina moderna. A medicina tradicional se baseia na crença de que cada pessoa tem sua própria constituição e circunstâncias sociais que dão como resultados distintas reações para as “causas da enfermidade” e do tratamento.”

A utilização das medicações tradicionais nos países desenvolvidos está sendo incentivada pela preocupação da população sobre os efeitos adversos e colaterais dos medicamentos químicos e o questionamento dos enfoques e suposições sobre saúde e doença da medicina convencional. Isto se dá pelo fato da população mundial ter um maior acesso a informações.

Outro fator importante é o aumento da esperança de vida da população, trazendo como resultado um aumento dos riscos de desenvolver doenças crônicas e debilitantes tais como patologias coronárias, câncer, diabetes e transtornos mentais. Para muitos desses pacientes a medicina complementar e alternativa tem oferecido meios menos agressivos de tratamento que a medicina convencional (Comitê Selecto sobre Ciencia y Tecnologia, 1999-2000; JONAS, 1998).

Este sistema terapêutico está sendo utilizado amplamente e está crescendo rapidamente com grande importância econômica. Segundo dados da OMS, na África 80% da população utilizam a medicina tradicional em seu sistema de saúde, no continente asiático e países latino-americanos as populações utilizam a medicina tradicional por um sistema de crenças culturais e históricas. Na China, a medicina tradicional emprega-se em 40% da atenção sanitária. Em países desenvolvidos, como a Austrália, 48% da população já utilizou a medicina complementar e alternativa, ao menos uma vez, seguindo de 70% no Canadá, 42% nos estados Unidos, 38% na Bélgica e 75% na França (OMS, 1999; FISCHER, 1994; OMS, Canadá, 2001; EISENBERG, 1998).

De acordo com um documento elaborado pelo escritório regional da OMS para o Pacífico Ocidental, em 2001 (OMS, 2002, p.33) :

“Cada vez mais os governos de países e áreas da região do Pacífico Ocidental da OMS têm mostrado interesse de fomentar o uso correto de medicina tradicional e introduzi-la no sistema sanitário formal...Agora são catorze países e áreas na região que têm desenvolvido documentos governamentais oficiais que reconhecem a medicina tradicional e sua

prática. Isto contrasta com a situação encontrada há poucos anos atrás, quando somente quatro países (China, Japão, República da Coreia e Vietnã) reconheciam oficialmente o papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde oficiais.”

Nos países em vias de desenvolvimento, a ampla utilização da medicina tradicional se atribui a sua acessibilidade e exeqüibilidade, isto é, são exeqüíveis por estarem firmemente enraizados nos sistemas de crenças dos povos e acessíveis por serem menos onerosos que os tratamentos convencionais. (EISENBERG, 1998; OMS, 2000).

Muitos provedores de MT/MCA buscam um reconhecimento e apoio contínuo em seu campo de trabalho. Ao mesmo tempo muitos profissionais da medicina convencional, inclusive naqueles países com forte história de medicina tradicional, expressam grandes reservas e incredulidade sobre os pretendidos benefícios da MT/MCA. Os profissionais se debatem com perguntas relacionadas a segurança e eficácia das medicações tradicionais de ervas, ao mesmo tempo em que muitos grupos industriais e consumidores resistem ao desenvolvimento de uma política sanitária que pode limitar o acesso às terapias de MT/MCA (OMS 2002-2005). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p, 24):

“A quantidade e a qualidade dos dados sobre segurança e eficácia sobre a medicina tradicional estão longe de ser suficientes para satisfazer os critérios necessários para respaldar seu uso em âmbito mundial. As razões da falta de dados de estudos se devem, não somente às políticas sanitárias, como também a falta de uma metodologia de estudo adequada ou aceita para validar a medicina tradicional. Também se deve levar em conta que há muitos dados publicados e a serem publicados sobre investigações relativas a medicina tradicional em vários países, mas há que se fomentar outras investigações sobre segurança e eficácia e promover a qualidade das investigações.”

Por outro lado, junto com o aumento da demanda pela medicina tradicional, estes estudos vêm aumentando com o intuito de produzir evidências sobre a segurança, a eficácia e a qualidade dos produtos e práticas da MT/MCA.

Grande parte da literatura científica relacionada à MT/MCA está utilizando metodologias comparáveis às utilizadas para respaldar muitos trabalhos científicos da medicina convencional, principalmente no que se refere a informes

de estudos de casos individuais e grupos de pacientes, grupos de controles ou comparativos, ensaios clínico aleatórios para as utilizações das terapias com acupuntura, utilização de produtos a base de ervas e algumas terapias manuais (OMS, 1999; 2000).

Quanto às políticas e bases de ações sólidas para a implantação das medicinas tradicionais, em termos relativos são poucos os países que tem desenvolvido uma política sobre medicina tradicional e ou medicina complementar e alternativa.

Somente 25 dos 191 estados membros da Organização Mundial de Saúde oferecem uma base sólida para definir o papel da MT/MCA no contexto sanitário nacional, assegurando que se criem mecanismos normativos e legais necessários para promover e manter uma boa prática, acesso eqüitativo da população e assegurar a autenticidade, segurança e eficácia dessas terapias. E também prover recursos para a capacitação e formação dos profissionais, bem como incentivo à pesquisa (JONAS, 1998; ASTIN, 1998; OMS, 1999; ZOLLMAN, 2000). O documento referente às estratégias sobre medicina tradicional enfatiza (OMS 2002, p.39):

"O reconhecimento por parte dos governos sobre a importância da medicina tradicional para a saúde das populações de da região e a criação de um ambiente capacitado são a base para a otimização do uso da medicina tradicional. É necessário contar com o compromisso político sustentável e o apoio dos políticos, dos praticantes da medicina tradicional, das Organizações Não Governamentais, de associações profissionais, da comunidade, das instituições de ensino e formação e dos demais colaboradores, gerado através do apoio e utilização do marketing social e os métodos de participação."

A experiência da Organização Mundial da Saúde no contexto das medicinas tradicionais, complementares e alternativas é importante, por proporcionarem muitas estratégias e perspectivas de orientação sobre temas relacionados a essas terapias aos países interessados em seu desenvolvimento.

Dois pontos fundamentais se destacam dentro das estratégias de implantação das MT/MCA em âmbito mundial que são de suma importância para a

análise de nosso estudo quais sejam: a integração da MT/MCA nos sistemas de saúde em âmbito nacional com o desenvolvimento e implantação de políticas e programas nacionais de MT/MCA e a organização de programas de formação básica em MT/MCA permitindo aquisição de conhecimentos e titulação para o exercício da prática dessas terapêuticas.

Os horizontes da atenção à saúde podem ser ampliados através da inclusão de práticas complementares e alternativas como repertório de práticas sanitárias seguras e eficazes que podem integrar-se nos planos de tratamento interdisciplinares de excelência.

Neste sentido, a organização dos serviços de saúde no Brasil, com a reforma sanitária contida no SUS e a implantação do Programa Saúde da Família visa à reorientação do modelo de assistência em saúde que preconiza a implementação de formas alternativas terapêuticas como um meio de democratizar a oferta de serviços de saúde à população, como veremos no capítulo seguinte.

**A Organização dos Serviços de
Saúde no Brasil**

Além de uma cobertura universal da saúde, a OMS preconiza, desde 1976, a promoção e a difusão de terapias alternativas populares e tradicionais e recomenda formalmente o estabelecimento de políticas nacionais de saúde baseadas na utilização dos recursos da medicina tradicional pelos sistemas nacionais de serviços de saúde, como vimos anteriormente.

Neste sentido, o Brasil também promoveu uma reforma no setor saúde nos anos 80, traduzida na implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, cujos objetivos, expressos na Constituição, são a universalização da assistência, a organização dos serviços sob forma de redes regionalizadas e hierarquizadas, a descentralização dos serviços, um novo relacionamento entre setor público e o setor privado e a participação comunitária.

As unidades de saúde passaram a ter como objetivo principal dar assistência a partir de uma perspectiva orgânica, unificando as práticas médicas individuais e curativas com as práticas coletivas e preventivas.

No período dos anos 80 o país assistiu a uma profunda crise econômica e um processo de transição democrática que culminou com a aprovação, em 1988, da nova e atual Constituição Federal, com repercussões importantes e delineadoras no processo de construção de uma nova política para a saúde (MENDES, 1993).

Nesta década a instabilidade econômica e a crise estrutural, vão se expressar no setor saúde pela descentralização dos serviços de saúde refletindo-se como um meio imprescindível para imprimir uma melhor organização gerencial dos sistemas de saúde em oposição à excessiva centralização administrativa no modelo anterior e à dispendiosa medicina baseada numa estrutura privada de atenção médica, construída durante os anos setenta (LUZ, 1991; QUEIROZ, 2003).

No início dos anos oitenta convocou-se a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi a implantação de uma rede básica de saúde e foi criado a CIPLAN, Comissão Interministerial de Planejamento com o objetivo de coordenar as ações de diferentes ministérios.

Surge nesta mesma época um anteprojeto denominado PREV-SAÚDE, que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional através de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e as do setor privado. Este plano acabou por se esvaziar diante do recuo do próprio governo federal que alegou falta de recursos financeiros para sua implantação (PREV-SAÚDE, 1989; MENDES, 1993).

Em razão da crise financeira da Previdência Social, manifestada pela política econômica recessiva imposta ao País, no período de 1981 e 1982, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP – que nascia com a finalidade de propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária e como medidas emergenciais, racionalizar despesas e controlar gastos. Dentro de sua estratégia racionalizadora, o principal desdobramento do Plano CONASP foi a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS – (PAIM, 1989; MENDES, 1993).

Os princípios norteadores das AIS – Ações Integradas de Saúde – que obedeciam um planejamento e controle efetivo pelo setor público, são a universalidade no atendimento, integralidade e equidade da atenção; a regionalização e hierarquização dos serviços ; a descentralização das ações e do poder decisório e a participação da sociedade civil através do controle pelos usuários. (AIS, 1989). A partir de outubro de 1983, os recursos financeiros federais provenientes das AIS, chegavam aos sistemas de saúde municipais, que de apenas 112 municípios conveniados em 1984, passaram a 950 em 1985 e a 2500 em 1987, chegando a atingir nominalmente, 70% da população total do país (MENDES, 1993).

Este avanço expressivo das AIS em vários estados, possibilitou o fortalecimento da rede básica ambulatorial, permitindo uma evolução na Política de Saúde do país cujo próximo passo foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS e com várias diretrizes que reconhecem a necessidade de reformular o Sistema Nacional de Saúde,

redefinindo as atribuições dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal (MENDES, 1993).

O país nesta época atravessava profundas mudanças políticas com o fim da ditadura militar e o início da Nova República, sendo um fato político marcante desta fase a preparação para o processo Constituinte.

O novo governo, prevendo a realização da Assembléia Nacional Constituinte que definiria nova ordem jurídico-institucional para o país, convocou oficialmente a VIII Conferência Nacional de Saúde, para discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde nacional.

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve desdobramento imediato no conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Esta Comissão sintetizou as idéias de teses e conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde e definiu os princípios da Reforma Sanitária, quais sejam: participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização.

A participação pressupõe a inclusão da população e de trabalhadores da saúde no processo decisório e no controle dos serviços. A universalização significa igualdade de acesso aos serviços de saúde. A descentralização preconiza a idéia de multiplicação dos centros de poder através da municipalização dos serviços. E a integralidade com a atuação em outras áreas de assistência como a da promoção da saúde.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, com ampla participação de vários segmentos da sociedade civil e política para discutir a situação da saúde no país, elaboraram um relatório cujas conclusões passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares e que foi levado à Assembléia Nacional Constituinte, um ano após, onde seus princípios fundamentais foram incluídos e finalmente sancionados em 1988 (LUZ, 1991).

A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem ao Sistema Único de Saúde. No capítulo da Seguridade Social está descrito o sistema oficial de saúde brasileiro, estabelecendo os direitos básicos dos cidadãos brasileiros, especialmente nos artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988):

“Artigo 196: coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; “artigo 197: define as ações e serviços de saúde como sendo de relevância pública;”

“Artigo 198: constituem o Sistema Único de Saúde, através de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, segundo diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral preventivo/assistencial e de participação da comunidade;”

“Artigo 199: mantém a assistência à saúde livre à iniciativa privada;”

“Artigo 200: dispõe sobre as competências do Sistema Único de Saúde.”

A efetiva implantação dos SUS se deu a partir da elaboração e aprovação da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. A direção do SUS é única, e exercida em cada esfera de governo pelo Ministério da Saúde, no âmbito federal; pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente, nos estados e nos municípios (MENDES, 1993).

A municipalização dos serviços de saúde se tornou realidade na maioria dos municípios dos Estados brasileiros e as unidades de saúde passaram a ter como objetivo principal dar assistência a partir de uma perspectiva que unifique as práticas médicas individuais e curativas com práticas coletivas e preventivas.

Porém apresentam ainda muitos problemas em sua implementação prática como a forma inadequada de financiamento do sistema, a falta de cultura de gerenciamento do serviço ocasionando irracionalidade organizacional e

desperdícios de recursos e o frágil controle da comunidade sobre o serviço (PAIM, 1992; QUEIROZ, CASTRO, VIANA, 1993; QUEIROZ;VIANA, 1994).

Na análise de alguns autores, as influências da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde convergiram para a reforma sanitária que teve como objetivo principal, formular um modelo administrativo de prestação de serviços de saúde centrado na comunidade e superar a dicotomia entre medicina social pública e medicina individual privada (LUZ1991; QUEIROZ, 2003). Segundo MENDES (1993, p.42):

“A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos entendidos como um direito universal e suportada por um Sistema de Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.”

LUZ (1991) ressalta ter havido um avanço em relação à nova definição de saúde, vista como direito de cidadania e um dever do Estado cuja percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos setenta e do início dos anos oitenta. Neste sentido a Reforma Sanitária pode ser vista como um elemento novo e instaurador de uma política de saúde inédita no cenário político do país. Segundo LUZ (1991, p.29):

“Deve ser acentuado que a percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo, em ponto recente na história das políticas sociais brasileiras... E em outro sentido, o que é interessante em relação ao lema “saúde direito de cidadania, dever do Estado”, é o que ele implica como visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subtende uma definição afirmativa (positiva) de saúde, diferente da visão tradicional, que identifica saúde com ausência relativa de doença, visão esta típica das instituições médicas.”

Para QUEIROZ (2003) o desafio com que se depara o desenvolvimento da reforma sanitária refere-se à interação da clínica com a medicina coletiva no interior de um modelo que considera fatores sociais, ou seja, uma clínica que

dimensione o caráter individual e subjetivo da doença e o saber contido em várias outras disciplinas relacionadas a saúde como também a inserção de modalidades alternativas de tratamento de saúde na rede básica. Pontua ainda QUEIROZ, (2003, p.77):

“Nesse novo modelo, as ações de saúde, além de incorporar a assistência médica, devem se organizar por um conjunto de questões que a transcendam, envolvendo basicamente o meio ambiente e a experiência social de vida da comunidade. Uma nova base tecnológica para a implementação dessa proposta exige, evidentemente, uma mudança radical nos princípios dominantes da medicina e da saúde e inculcados na educação médica e consubstanciados no setor saúde.”

Na visão de BOOG e SERAVALLE, (1996, p.85):

“(...) o caminho deve ser o de estimular reflexões sobre essa diversidade de sistemas de atenção à saúde que possibilitem a percepção mais ampla do homem enquanto objeto do processo saúde-doença, a partir de uma abordagem que contemple diferentes formas de promoção e recuperação da saúde”.

Neste sentido, a implementação das práticas alternativas e complementares nos serviços de saúde no Brasil segue uma tendência em escala mundial, a partir da recomendação da Organização Mundial de Saúde, ao defender a necessidade de se promover uma mudança radical na percepção médica de saúde e de doença levando a uma prestação de serviços de saúde centrado na comunidade, enfatizando os verdadeiros problemas de saúde da população.

Em nosso país, em 1986, no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, aparece pela primeira vez, em documento oficial, a proposta de introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde e inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas (BRASIL, 1988).

E em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, fixou diretrizes para a implantação da Homeopatia, Fitoterapia,

Acupuntura, Técnicas Alternativas em Saúde Mental e Crenoterapia, no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

No que se refere à enfermagem, em 1995, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN aprovou o parecer 004/95, que trata das Atividades em Terapias Alternativas, fundamentando-se na visão de totalidade do ser humano. Esse parecer é favorável à prática de Terapias Naturais de Saúde por profissionais de Enfermagem, desde que possua a comprovação de formação básica em tais terapias, proporcionando o desempenho seguro para si e para o cliente.

Nos serviços públicos de saúde, no Brasil, temos assistido a implantação gradativa dessas práticas, na década de 90, em experiências positivas e incentivadoras, uma vez que demonstraram aceitação por parte da população e exequibilidade nos serviços de saúde.

Neste contexto, podemos citar a implantação com sucesso dos projetos: “Farmácias Vivas”, na Prefeitura da cidade de Fortaleza, no Ceará (Matos, 1998) e o projeto “Verde Saúde”, na cidade de Curitiba, no estado do Paraná que contam com mais de uma década de experiência, principalmente com programas em fitoterapia.

Considerando as recomendações de órgãos oficiais no sentido da incorporação dessas terapêuticas nos sistemas de assistência à saúde e no âmbito do ensino, temos assistido ao interesse efetivo de profissionais de saúde e enfermeiros, em particular, comprometidos com o desenvolvimento da visão integral em saúde, nas universidades, órgãos públicos de saúde e área de pesquisa a fim de institucionalizar a sua atuação nesta área (SILVA et al, 1991; SÁ, 1994; MARTA, 2000).

Porém essas práticas de medicina tradicional, complementar e alternativa encontram-se ainda à margem do currículo habitual das Universidades que valorizam o pensamento positivista, dificultando a inserção dessas práticas no seio acadêmico, por não serem consideradas científicas (BIOCCHINI, 1980).

Segundo SERAVALLE, BOOG (1996, p.87):

“(...) cabe a esses profissionais de saúde um papel de desbravadores de um caminho que deve ser aberto, através de um trabalho acadêmico sério e politicamente comprometido com as necessidades da população que busca no profissional de saúde o alívio para o sofrimento e a cura das enfermidades”.

Dessa maneira, nesse processo de profundas e radicais transformações no contexto da saúde, no que se refere ao conceito da saúde e da doença e a organização dos serviços de saúde pública em nosso país, estudar os pressupostos históricos e culturais da medicina tradicional em contraposição ao modelo hegemônico da saúde e o comprometimento com o desenvolvimento dessa nova visão por parte dos profissionais da saúde é, portanto, fundamental, pois pode apontar caminhos para a melhora da atenção e do cuidado com a saúde humana. Como tão bem relata Queiroz (2003, p.215):

“(...) trazendo à luz uma realidade em desequilíbrio que necessita de alternativas ao modelo racionalista cartesiano, para que se recuperem as dimensões que foram excluídas do pensamento científico em vigor, ou seja, a subjetividade, as faculdades humanas da sensibilidade, emoção e intuição. A harmonização integradora desses elementos pode conceber um sentido de razão mais universal do que aquela que resulta exclusivamente do intelecto.”

6.1 O Programa Saúde da Família

Diante de todo esse contexto e visando a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, como resposta intencional à essa conjuntura, enquanto estratégia setorial a implantação do Programa Saúde da Família – PSF.

No modelo assistencial ainda predominante no país observa-se uma prática centrada na assistência hospitalar, na utilização irracional dos recursos tecnológicos, no individualismo e na baixa resolutividade, gerando alto grau de insatisfação para todos que participam do processo, sejam os gestores, os profissionais de saúde e os usuários. Isso traz como consequência o abandono da prevenção e da promoção da saúde em todas as suas dimensões (BRASIL, 2000).

Segundo QUEIROZ (2003, p.87):

“(...) o ponto fraco do desenvolvimento das reformas, por sua vez, diz respeito à dificuldade que se teve de adotar uma medicina mais “holística” e próxima do modelo comunitário, incluindo a oferta de **medicinas alternativas, como se propunha originalmente entre os objetivos do Sistema Único de Saúde**”

Para a Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde (2000), as unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisaria, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidade e apenas um pequeno número necessitaria de atendimento hospitalar.

A Organização das Nações Unidas, ONU, declarou o ano de 1994, como o “Ano Internacional da Família”, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em setembro do mesmo ano, no Cairo, Egito, com o objetivo de concluir um Programa de Ação sobre População e Desenvolvimento, validado por 179 países representados. Com base em outros encontros internacionais como as Conferências Mundiais de População de 1974 e 1984, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em 1990 e a Conferência Mundial de Direitos Humanos em 1993, recomendam:

“(...) que os governos formulem políticas sociais e de desenvolvimento que facultem o necessário apoio e proteção às famílias e respondam cabalmente às necessidades diversas e em mutação das famílias...”
(OMS, 1994).

Para o governo brasileiro, 1994, foi o ano marco de oficialização da família como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica, que se constituiu como processo de reforma incremental do Sistema Único de Saúde, SUS. Foi considerada como um dos avanços para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, como bem focaliza RIBEIRO (2004, p.663):

“(...) a inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição do Programa Saúde da Família para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde”.

O movimento em direção da inserção dos programas de saúde da família, nos cenários das políticas públicas brasileiras ganhou impulso na década de oitenta e se firmaram na década de 90, refletindo a valorização da família nas agendas das políticas sociais brasileiras.

Para RIBEIRO (2004), o PSF se justifica em função das mudanças sociopolíticas operadas no Brasil, com a consolidação crescente da proposta neoliberal, que determina menor investimento em setores de saúde hospitalar e curativa, atendendo as exigências de uma globalização, buscando a redução de custos dos serviços de saúde, requerendo lucros crescentes, mas, também com a preocupação de diminuir conflitos e desagregação sociais.

“O Programa da Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco ___ pela incorporação das ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.” (BRASIL, 2000).

A estratégia do Programa Saúde da Família, propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis assistenciais, com mudanças que implicam na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual e nas práticas educativas e devem englobar:

- Prestar assistência universal, integral, equânime e resolutiva à população na unidade básica e no domicílio;

- Identificar fatores de risco nessa população intervindo de forma apropriada;
- A unidade básica deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde com integração com os vários níveis de atenção;
- Propor alianças de ações desenvolvidas por outras áreas do sistema de saúde tais como saneamento, educação, cultura, transporte e outras, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde.

Segundo a Secretaria de Políticas da Saúde, do Ministério de Saúde (2003) “um dos principais objetivos é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva”, e isto representa:

“(...) ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde___que englobam tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser feliz e produtiva___ e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e qualidade de vida.”

Para que essa nova prática se concretize é necessário um profissional capacitado para desenvolver ações permanentes de promoção da saúde em interação com as reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos, um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva para a saúde da população (BRASIL, 2003).

A Secretaria de Políticas de Saúde, através do Departamento de Atenção Básica tem feito investimentos para a implantação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família onde 54 instituições universitárias estão envolvidas na formação de novos profissionais, no sentido de reformarem os cursos de graduação e implantarem programas de pós-graduação como especialização e residência em Saúde da Família.

As diretrizes programáticas do PSF implicam numa reordenação das equipes de saúde que devem ser compostas por, no mínimo, um médico de

família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes de saúde e também por outros profissionais de saúde que poderão ser incorporados de acordo com as características dos serviços locais.

Esta equipe será responsável pelo acompanhamento de 4500 pessoas ou cerca de 1000 famílias, dentro de um território definido integrado a uma rede de serviços, denominada “Unidade Básica de Saúde da Família”. Um aspecto de diferenciação dessas equipes é que os profissionais de saúde e os agentes comunitários devem residir no município onde atuam para que possam garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2000).

Esta iniciativa do Ministério da Saúde leva a uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso.

Segundo o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, as responsabilidades da equipe do Programa Saúde da Família são:

- Conhecer a realidades das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios e doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;

- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

No que se refere ao financiamento do programa, o Ministério da Saúde, através da norma operacional básica, NOB 01/96, vem contribuindo para a consolidação do mesmo. Houve uma reformulação na lógica do modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira, que anteriormente era baseada na produção de serviços e foi modificada passando a estabelecer o pagamento em função da cobertura populacional e introduzindo o incentivo do PSF, além de outros mecanismos técnico-gerenciais (BRASIL, 2000).

O Programa Saúde da Família, preconizado pelo Ministério da Saúde, já foi testado em países, com contextos culturais e desenvolvimento socioeconômico diferenciados, como o Canadá, Reino Unido, Espanha e Cuba com percentual bastante elevado de resolutividade e é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil.

Uma avaliação normativa do processo de implantação do Programa Saúde da Família realizada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, no período de junho de 2001 a agosto de 2002, com 13.501 equipes de saúde da família em municípios brasileiros, demonstraram que 95% das equipes de todo o país estavam completas, de acordo com a composição mínima estabelecida e 80% das equipes estavam cobrindo uma população de até 4500 pessoas.

Ainda, segundo a pesquisa, com relação às ações desenvolvidas pelos profissionais, observou-se que todas as categorias têm realizado visita domiciliar,

com percentuais superiores a 90% para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Esta avaliação consistiu no segundo estudo de grande capacidade, abrangendo a quase totalidade das equipes implantadas (BRASIL, 2003).

Em abril de 2004, o Programa Saúde da Família estava implantado em mais de 4300 municípios brasileiros, dispondo um total de 19.200 equipes de saúde da família, efetuando uma cobertura de 60 milhões de pessoas em todo o país (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, experiências nos três níveis de gestão, municipal, estadual e federal do Sistema Único de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde da Família têm sido acumuladas e registradas pelos serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa e sua importância é associada ao impacto identificado no desenvolvimento atual da proposta, pelos administradores setoriais e pela própria população, garantindo o permanente avanço na melhoria do modelo de atenção à saúde dos usuários (BRASIL, 2000).

No que diz respeito às novas práticas de saúde em integração com as ações clínicas e de saúde coletiva, o modelo garante um maior vínculo e humanização da atenção básica à saúde, permitindo a diversidade dessas práticas e o avanço da sua implantação nos serviços de saúde pública:

“(...) a diversidade é a maior riqueza. Em algumas localidades existem propostas como o uso de terapias não convencionais, plantas medicinais, homeopatia, etc.; em outras, organizam-se grupos de caminhada e apresentações teatrais, por exemplo, sempre se buscando ações integrais e melhores soluções para a assistência” (BRASIL, 2000).

Após uma análise da Organização dos Serviços de Saúde Pública no Brasil e a implantação de seus programas, passaremos no próximo capítulo a um breve histórico da implantação do SUS e suas reformas no município de Campinas e uma tentativa de introdução das terapias complementares e alternativas nos serviços de saúde do município.

**A Ampliação das Ações de Saúde
Coletiva na Rede de Serviços de Saúde
de Campinas**

Estaremos abordando neste capítulo um breve histórico da municipalização dos serviços de saúde em Campinas e a oficialização do Programa Paidéia de Saúde da Família, criado na atual gestão administrativa municipal, 2001-2004, como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica.

A partir do capítulo 7.1 passaremos a dimensionar as representações sociais de profissionais de saúde entrevistados, uma médica especialista em Fitoterapia e uma enfermeira com formação em Terapia Floral, no que se refere às tentativas de implantação de terapias complementares e alternativas na rede de saúde municipal nas décadas de 80 e 90. Abordaremos mais especificamente as tentativas de inclusão da fitoterapia e da terapia floral e da homeopatia nas unidades básicas de saúde.

As fases de desenvolvimento verificadas na municipalização dos serviços de saúde em Campinas serão baseadas na obra de QUEIROZ (2003) sobre a análise histórica do desenvolvimento de políticas municipais de saúde, através do estudo desenvolvido junto a profissionais dos serviços de saúde no município de Campinas, pesquisa essa iniciada em 1995 que focalizou o programa de fitoterapia introduzido pela Secretaria de Saúde e o consumo de serviços de saúde alternativos na rede básica de serviços de saúde do município de Campinas (QUEIROZ, 1998, 2000,2003).

A Secretaria de Saúde de Campinas, no período de 1977 a 1983 iniciou o Programa de Medicina Comunitária que pretendia adotar um novo modelo de custo/benefício, através do melhor aproveitamento dos recursos e da utilização de novos métodos e técnicas da Medicina Comunitária.

A municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria maior racionalidade administrativa e financeira e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição ao modelo anterior centrado na assistência hospitalar, com desorganização administrativa do setor saúde e a inadequação do modelo de

saúde com relação às necessidades da grande maioria da população (MERHY, QUEIROZ, 1993).

A cidade de Campinas foi considerada, pelo Instituto Nacional de Previdência Social, pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde, uma área experimental para a implantação do Sistema Nacional de Saúde pelos vínculos interinstitucionais envolvendo a prefeitura, e as universidades locais.

Apesar disso, durante esse período citado, a institucionalização da proposta permaneceu estagnada até que houvesse um estímulo mais direto proveniente das esferas federais. Nesta época a implantação da rede municipal de serviços de saúde não inovou quanto à prática tradicional de atendimento aos usuários e não contemplou a introdução de práticas alternativas de saúde.

A partir de 1983, inicia-se no município de Campinas o projeto Pró-Assistência do governo estadual que juntamente com o projeto Ações Integradas de Saúde, promovidas pelo governo federal, estabeleceram uma efetiva integração institucional do setor público em saúde. Esta ação contou com a participação da Universidade Estadual de Campinas, a Pontifícia Universidade Católica de Campinas, a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde.

O convênio com o Ministério da Previdência e Assistência Social permitiu maior regularidade de repasses financeiros e o início mais efetivo das Ações Integradas de Saúde.

Apesar das tentativas, o modelo assistencial que passou a vigorar a partir do convênio AIS-SUDS permaneceu ainda assentado na assistência médica, focada no pronto atendimento e a maior parte dos recursos disponíveis permanecia concentrada na assistência hospitalar.

Em 1988, o município de Campinas adere ao Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei 8080/90 da Constituição de 1988, que definem princípios e diretrizes que devem norteá-lo e recursos para a sua viabilização. Essas leis federais se desdobram e replicam no nível municipal.

Os recursos financeiros, vitais para a operacionalização do SUS, originam-se do Governo Federal, Estadual e Municipal e sua utilização é acompanhada pelo Fundo Municipal de Saúde.

A Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde, de caráter público e formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob o controle de seus usuários.

Em 1993, a norma operacional básica promulgada pelo Ministério da Saúde passou a permitir ao município uma opção entre maior ou menor autonomia na gestão de todo o seu sistema de saúde público e privado. O município de Campinas aderiu a essa forma de gestão plena do sistema de saúde em 1995, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do Município aumentando sua responsabilidade no gerenciamento dos serviços de saúde (CAMPINAS, 2004).

O Sistema Único de Saúde de Campinas consiste num conjunto de responsabilidades com a saúde, uma complexa rede de Serviços de Saúde e instâncias de Gestão e Controle Social.

A implantação do SUS teve como objetivo melhorar as condições de saúde do país, oferecendo assistência à saúde de boa qualidade para toda a população brasileira. Implica numa nova formulação política e num desenho organizacional distinto dos serviços e das ações de saúde. É definido como Único, porque segue os mesmos princípios em todo o território nacional e tem os mesmos objetivos que são a promoção, a proteção e recuperação da saúde.

Os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde conforme a Secretaria de Saúde de Campinas, 2003, são:

- **Universalidade:** por esse princípio a saúde é concebida como direito de todo e qualquer cidadão e como um dever do Estado. Portanto

todo e qualquer cidadão passa a ter o direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde pelo Sistema Único de Saúde;

- **Integralidade:** reconhece que cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade, onde as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não devem mais ser compreendidas como implicando uma divisão rígida entre ações preventivas e curativas. As unidades de saúde, com seus diversos graus de complexidade configuram um sistema capaz de prestar atenção integral a seus usuários que constitui um todo indivisível integrante de uma comunidade;
- **Equidade:** este termo tem seu significado associado ao conceito de justiça social. Por esse princípio é assegurado que as diferenças individuais econômicas e sociais não podem representar impedimentos para o consumo de bens e serviços de saúde. Portanto, todo cidadão que necessite de atenção à saúde deverá ter acesso aos serviços em seus variados níveis de complexidade seja adequado à necessidade específica de cada cidadão, sem barreiras e sem privilégios.

Os princípios da Organização do Sistema Único de Saúde são:

- **Descentralização:** é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nos vários níveis de governo, federal, estadual e municipal, tornando a gestão mais próxima do cidadão usuário;
- **Municipalização:** é um passo importante de descentralização, em que a gestão se desloca do nível federal e estadual para o nível municipal, levando à maior responsabilização na promoção das ações diretamente voltadas para seus cidadãos;
- **Distritalização:** é um processo de responsabilização crescente da descentralização, em que cada Distrito de Saúde passa a exercer papel de gestão do Sistema no seu território;

- **Regionalização:** Definição de espaço territorial e população a ser atendida. Como essa população tem direito a ter acesso a todo tipo de recursos assistenciais, o conceito envolve também a articulação intermunicipal de recursos à saúde que garantam esse direito;
- **Hierarquização:** é a organização do acesso ao sistema a partir das ações de atenção primária, realizadas pelo Centro de Saúde, que deve estar estruturado para poder resolver 80% dos problemas de saúde da população e pelas ações de atenção secundária e terciária, com complexidade tecnológica crescente, que são realizadas nos serviços de retaguarda de especialidades, centros de referência, hospitais. Essas retaguardas visam a atenção à saúde dos usuários com problemas que ultrapassam a capacidade resolutiva dos níveis precedentes;
- **Acolhimento:** é a facilitação do processo de entrada no Sistema de Saúde, dos problemas de saúde de uma população/indivíduo pelos profissionais e serviços de saúde, através de mecanismos estruturais e de processo de trabalho. Isso ocorre através da proximidade geográfica, cultural, da disponibilidade de horários de atendimento, da busca ativa, escuta e disponibilidade em estabelecer uma compreensão empática, de mecanismos facilitadores do fluxo dos usuários no sistema;
- **Responsabilização:** é a capacidade do sistema de saúde ativamente assumir responsabilidades pelos problemas de saúde de uma população ou indivíduo. Isso implica em que cada equipe de saúde e cada profissional devem se responsabilizar pelas ações e encaminhamentos necessários para cada usuário, visando a atenção integral à saúde. Isto inclui os problemas de saúde coletiva;
- **Vínculo:** é a ligação que se estabelece entre o usuário/população e o sistema de saúde, equipe local e profissional de saúde. Quando um vínculo é personalizado, ou seja, a equipe conhece seus usuários, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente, os

resultados das ações de saúde podem ser favorecidos. O mesmo se dá quando o usuários/população se vincula a uma equipe ou profissional de saúde.

Ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do Sistema Único de Saúde visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira. Apesar de esses princípios ainda não terem sido atingidos em sua plenitude, é impossível negar os avanços obtidos na última década no processo de consolidação do SUS, dentre os quais se destaca a descentralização com efetiva municipalização.

No município de Campinas esses avanços permitiram uma expansão da rede básica de serviços de saúde, que promoveu uma efetiva transferência do modelo do pronto atendimento hospitalar para as unidades básicas de saúde, promovendo um atendimento imediato e individual aos usuários, com alta produtividade e de custo relativamente baixo, porém com pouca contribuição para melhorar os índices de vida e de saúde da população.

7.1 Representações Sociais dos profissionais de saúde e as Tentativas de Implantação de Terapias Complementares e Alternativas na Rede Pública de Campinas nas Décadas de 80 e 90

Apesar dos esforços com o avanço do SUS, o aspecto biológico e individual da doença é privilegiado em detrimento de ações coletivas da medicina preventiva e também da medicina alternativa que continuam a desempenhar papel secundário em todo o sistema de assistência em saúde pública de saúde.

No que diz respeito às práticas complementares e alternativas em saúde nesta última década, alguns poucos avanços foram realizados para incluí-las na rotina de serviços prestados pela rede básica municipal, embora essa proposta fizesse parte da concepção teórica de implantação do Sistema Único de Saúde.

A rede dos serviços públicos de Campinas, contemplou uma tentativa de implantação da Homeopatia e da Fitoterapia neste período, como veremos a seguir.

7.1.1 A Fitoterapia

A fitoterapia teve a sua inserção na rede pública de saúde através de uma profissional médica, homeopata, admitida em concurso público para a prefeitura de Campinas no ano de 1990, no Centro de Saúde “Joaquim Egídio”, distrito Leste, com um programa com plantas medicinais.

Esse programa tinha como propósito a formação de um pequeno horto de ervas medicinais e de um laboratório de processamento artesanal de medicamentos com o intuito de estabelecer um elo com a comunidade, respeitando seus usos e costumes, proporcionando educação no sentido de ampliar a cultura local e estimular, com o auxílio do profissional médico, a indicação correta para o uso das plantas medicinais.

Segundo essa profissional relata:

“Trabalho na prefeitura desde 1990 e fui trabalhar no centro de saúde em Joaquim Egídio, numa área rural e o meu interesse por essas práticas já existiam com a minha formação em saúde pública e mesmo antes da universidade. Neste local, naquela época entrevistamos as benzedadeiras e o pessoal mais idoso local e levantamos quais as plantas que eles utilizavam e chegamos a montar um horto no quintal do centro de saúde e esse horto chegou a ter 67 plantas medicinais. Fazíamos as consultas normalmente e indicávamos a fitoterapia de acordo com a opção do paciente e a indicação da demanda do caso. Utilizávamos as próprias plantas, *in loco*, e orientávamos como se deveria usar e fazer o chá. Na época eu fazia clínica, cobria ginecologia e fazia pediatria quando não tinham médicos e também trabalhava com grupos de gestantes, pessoas hipertensas e diabéticas e fazia um pouco do que hoje é a saúde da família e também trabalhava com homeopatia.”

(MÉDICA)

A prefeitura municipal deu um parecer favorável a essa experiência e formalizou através de publicação em diário oficial, dentro do setor de Programas e Projetos da Secretaria de Saúde do Município. Foi composta uma comissão,

formada por um agrônomo do CQPBA (Centro de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP), uma farmacêutica da Vigilância Sanitária, um farmacêutico da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP e médicos interessados que tinham como responsabilidade a implantação de um projeto de difusão da fitoterapia na rede de serviços de saúde.

Cabia à prefeitura a manutenção de um jardineiro permanente e aumento da carga horária da médica em questão para o desenvolvimento do projeto que obedecia a três eixos principais: os contatos estabelecidos com a população a respeito das plantas que deveriam ser cultivadas; a formação da horta e do laboratório; e a difusão do projeto a outros Postos de Saúde de Campinas e de outros municípios.

Contudo, com a mudança de governo, no ano de 1993, a prefeitura retirou o apoio ao programa com as plantas medicinais e estabeleceu um convênio da Secretaria do Estado com o CQPBA – Instituto de Pesquisas Químicas e Biológicas e Agrícolas da UNICAMP – que previa a produção e distribuição de seis medicamentos fitoterápicos para quatro centros de saúde.

O programa de plantas medicinais com a interação com a população, como havia sido proposto, ficou restrito a unidade de saúde de “Joaquim Egídio”.

O convênio previa a produção de seis fitoterápicos que foram escolhidos cruzando-se as demandas da rede pública com as patologias mais prevalentes e as plantas que tinham mais estudos científicos e monografias comprovadas para uso terapêutico. Os fitoterápicos produzidos desde o plantio até a produção eram; o creme de babosa (para queimaduras); creme de calêndula (para lesões externas); xarope de guaco (para tosse), chá de maracujá (para insônia); chá de espinheira santa (para gastrite) e chá de quebra-pedra (para problemas renais).

Porém o movimento em direção da inserção da fitoterapia na Secretaria de Saúde como um todo não havia atingido os seus objetivos. A experiência restringia-se a quatro unidades básicas de saúde que recebiam os medicamentos.

Nesta época foram capacitados médicos e enfermeiros e elaborado um memento terapêutico como um guia de consulta, com fichas de avaliação clínica e evolução, com o intuito de documentar as indicações e os critérios de inclusão ou exclusão, o acompanhamento e a evolução dos casos. Inicialmente os resultados foram muito bons com média acima de 60% para o uso dos fitoterápicos e no caso do uso da babosa, planta utilizada para queimaduras, chegou a 80%, o que trouxe um suporte grande para esse trabalho continuar e expandir-se para outras unidades.

O papel da enfermagem foi fundamental para a implantação dessa terapêutica, uma vez que houve adesão dos enfermeiros da rede pública aos fitoterápicos utilizados no tratamento de feridas, o que contribuiu muito para a introdução desses fitoterápicos junto à população.

Apesar das dificuldades e mudanças de governo para a implantação da Fitoterapia no serviço público de saúde, a proposta sempre avançou e segundo a profissional de saúde que liderou esse movimento relata:

“Sempre tive essa oportunidade de desenvolver esse trabalho, em algumas administrações com mais apoio, em outras menos, mas sempre diante dos resultados obtidos. Os profissionais viram os resultados e não tem mais volta. A população acaba comprando porque não tem o que se comparem em termos de eficácia, efeitos colaterais e custo”.

(MÉDICA)

7.1.2 A Homeopatia

A Secretaria Estadual de Saúde, em convênio com o INAMPS, em 1989, implantou um ambulatório de homeopatia, que posteriormente foi absorvido pela prefeitura de Campinas para a introdução da homeopatia na rede básica de serviços de saúde. Este ambulatório contava com quatro médicos homeopatas, com vinte horas semanais para o atendimento à população.

A adaptação desse ambulatório à rede básica municipalizada sofreu restrições devido ao sistema de pagamento pelo serviço médico do Ministério da Saúde no início do SUS, que liberava a maior parte das verbas de acordo com o número de consultas médicas. A prefeitura restringia os programas que não redundassem em número de consultas médicas compatíveis com as necessidades do serviço e também porque a política da própria Secretaria de Saúde não contemplava as práticas complementares e alternativas na rede básica de assistência.

Parte dessa dificuldade na implantação da Homeopatia no serviço público de saúde se dá em função da clínica homeopática utilizar um tempo maior de consulta em comparação aos médicos alopatas. Enquanto, no serviço público o médico homeopata atende sob o critério de dois novos casos e quatro retornos, para cada período de quatro horas, os médicos alopatas, neste mesmo tempo atendem três novos casos e seis retornos, ou seja, uma proporção bem maior de atendimentos.

Os argumentos utilizados pelos médicos homeopatas para justificar as consultas mais longas são de que o paciente atendido pela homeopatia utiliza menos vezes o serviço de saúde, requer menos exames laboratoriais, menos internações e procedimentos hospitalares, o que não torna a medicina homeopática dispendiosa, apesar de se utilizar um tempo maior para as consultas. Como enfatiza QUEIROZ, (2003), em sua pesquisa:

“(...) nem o Ministério da Saúde, nem a prefeitura mostram interesse em promover esses cálculos, e o fato é que uma consulta homeopática significa, na lógica hegemônica da saúde, um serviço de menor produtividade e com menor retorno financeiro para os cofres municipais”.

Apesar da demanda ao serviço homeopático ser bastante reprimida, não houve continuidade na expansão do número de médicos que atendem através da homeopatia porque os coordenadores de Unidades de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde, na época, consideraram que as tentativas de implantação de

tais práticas alternativas geralmente colidem com a rotina institucional e acabam prejudicando o serviço como um todo.

Um dos problemas que esses profissionais enfrentaram se deu em relação ao relacionamento com outros profissionais, que os acusavam de ser insensíveis ao funcionamento do sistema de saúde, uma vez que não conseguem fazer suas consultas em tempo menor.

Como aconteceu com a Fitoterapia, a Homeopatia conseguiu inserção na rede básica de saúde, apesar de incipiente e com poucos profissionais atuando ocupou o seu espaço, conseguindo apoio institucional através do oferecimento na rede básica, da oferta de medicamentos homeopáticos pela prefeitura aos usuários.

7.1.3 Os Florais de Bach na Rede de Saúde Pública: Uma Tentativa de Implantação

A tentativa de inserção da Terapia com Florais ocorreu em 1994, por iniciativa de uma profissional médica e professora universitária que criou um projeto para uma unidade de saúde e passou a oferecer a terapia floral como uma opção terapêutica, principalmente nos casos de emergência. Esse trabalho foi acompanhado por uma enfermeira que relata com entusiasmo esse período vivido em um Centro de Saúde Escola:

“Tive a oportunidade de trabalhar com uma médica que tinha um projeto de Terapias Florais, num Centro de Saúde Escola, na metade da década de noventa. Com ela conheci os Florais e pude constatar, no dia a dia da Unidade de Saúde, os efeitos rápidos dos resultados dos Florais em casos agudos de intoxicação, de asma, de picos hipertensivos, picos de hiperglicemia em pacientes diabéticos. Utilizávamos o recurso dos Florais de Bach e de Minas nos casos emergenciais, mais agudos como o único recurso para auxiliar os pacientes e a recuperação era muito rápido. No máximo em uma hora os pacientes “saíam” dos casos agudos. Nessa época, como profissional eu aprendi que existem técnicas que dão conta sem agredir.”

(ENFERMEIRA)

Essa experiência tinha, na época aceitação pela população que voltavam às consultas e procuravam pelos Florais para o tratamento de sua saúde. As essências Florais eram cedidas pela Universidade, e o processamento quanto à esterilização dos frascos era realizado pela prefeitura. Outras unidades da prefeitura, de forma pontual utilizavam os florais como forma terapêutica, na mesma época.

Essa iniciativa foi interrompida por uma denúncia ao Conselho Regional de Medicina, feita por um médico do próprio Centro de Saúde em questão, que entendeu como sendo não regulamentada essa prática por parte dos médicos o que resultou em uma deliberação de impedimento de prescrição das essências Florais por parte dos médicos na rede de serviços de saúde da Prefeitura de Campinas. A partir de 1999, através de uma deliberação do Conselho Federal de Medicina os médicos foram impedidos de prescrever as essências florais em todo o país.

Essa deliberação foi considerada pelos próprios profissionais médicos um retrocesso, uma vez que a própria Organização Mundial de Saúde reconhecia as Terapias Florais como complementares aos tratamentos de saúde convencionais (OMS, 1983).

Para terminar esse tópico concluímos que apesar dos limites e retrocessos impostos pela prefeitura às iniciativas de implantação de propostas de inserção de terapias complementares e alternativas na rede Básica, os profissionais envolvidos com esse movimento sempre demonstraram uma avaliação positiva à viabilidade do projeto, segundo pode constatar QUEIROZ em sua pesquisa (QUEIROZ, 2003).

Porém as implantações efetivas só vieram a ocorrer no ano de 2002, com a implantação de grupos de estudos e organização para essas terapêuticas, lideradas pelo interesse da própria Secretaria de Saúde, estimulada pelas mudanças provocadas pelas reformas dentro do próprio SUS, como foi o Programa Saúde da Família e posteriormente o Programa Paidéia da Saúde da Família implantado no município de Campinas.

No próximo capítulo estaremos abordando essas reformas como precursoras da iniciativa da secretaria para a implantação dessas terapias.

7.2 O Projeto Paidéia de Saúde da Família.

O projeto Paidéia de Saúde da Família foi proposto no atual governo municipal cujo mandato iniciou-se em 2001, pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, então Secretário da Saúde do município de Campinas.

Neste capítulo estaremos desenvolvendo as diretrizes do Projeto Paidéia de Saúde da Família – Campinas, projeto este apresentado ao Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e ao Conselho Municipal de Saúde em março de 2001 e aprovado em agosto do mesmo ano.

O entendimento da implantação desse projeto, ora em execução, no município de Campinas, assim como toda a estrutura do Programa Saúde da Família são necessários para uma visibilidade maior do contexto da implantação das terapias complementares e alternativas na rede de serviços de saúde neste município.

O município de Campinas integra uma região de grande desenvolvimento industrial, localizada no estado de São Paulo, com cerca de um milhão de habitantes. É um pólo educacional dos mais importantes e conta com a Universidade Estadual de Campinas, que desempenha papel de referência no país. Em função da intensa migração nas últimas décadas, acompanhada da crise econômica vivida pelo estado brasileiro nos últimos anos trouxe um quadro urbano marcada pela paradoxal convivência de áreas desenvolvidas e de concentração de riqueza com a formação de grandes bolsões populacionais em situação de extrema pobreza e violência.

Por ser um centro de referência regional para o setor saúde, Campinas, também absorve a demanda da região, sobrecarregando o seu próprio sistema municipal local na atenção básica como na assistência secundária e terciária.

A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou à distritalização, que é processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 20.000 habitantes, onde o município iniciou-se com a atenção básica, sendo seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados/contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressivos das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no Município.

A rede de saúde pública do município de Campinas conta com cinco Distritos de Saúde, assim divididos: Norte, Noroeste, Leste, Sudoeste e Sul que são responsáveis pela gestão de sessenta e nove serviços de saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência de Saúde, Pronto Atendimentos, Policlínicas e Outras Unidades. Cada um dos distritos é dirigido por um coordenador e uma equipe técnica que acompanham o funcionamento dos serviços existentes em cada setor (CAMPINAS, 2004).

Atualmente, o quadro de recursos humanos da secretaria de saúde do município conta com 4.508 servidores segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde em Junho/2004. Dentre os profissionais de saúde constam:

- Médicos: 822
- Enfermeiros: 278
- Terapeuta Ocupacional: 38
- Psicólogos: 53
- Fisioterapeutas: 17
- Fonoaudiólogos: 10
- Dentistas: 253
- Auxiliares de Enfermagem: 1154
- Técnicos de Enfermagem: 38

A rede própria de saúde do Município é composta de diferentes tipos de unidades de saúde, distribuídas nesses cinco distritos, a saber:

- **Unidades Básicas de Saúde:** totalizam 46 unidades que são serviços de saúde responsáveis pela atenção básica à saúde. Possuem um território e população bem definidos, cujas atividades são o gerenciamento de informações sobre os nascimentos, óbitos, doenças de notificação compulsória e perfil de atendimento ambulatorial para a construção de mapas de recursos e barreiras. A partir dessas informações e protocolos assistenciais, planejam e programam ações de saúde, contando com o suporte e retaguarda de equipes técnicas distritais e centrais da Secretaria Municipal de Saúde.

As unidades básicas de saúde contam com equipes multiprofissionais envolvendo médicos com especialidades clínica, pediátrica e gineco-obstétricas, enfermeiros com responsabilidades voltadas para a área da saúde da mulher, saúde da criança e saúde de adultos, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e equipe de apoio formado por profissionais da área de serviços gerais e administrativos. Cerca de um terço das equipes de Unidades Básicas também contam com profissionais da área da saúde mental como médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais que completam essas equipes. A abrangência em números populacionais para cada Unidade Básica de Saúde, em Campinas, foi dimensionada em 20.000 habitantes.

O horário de atendimento à população varia de oito a quatorze horas por dia e cada Unidade Básica possui um coordenador para a gestão administrativa. Elas estão assim distribuídas:

Quadro 1. Distritos e Unidades Básicas de Saúde.

Distrito Norte	Distrito Sul	Distrito Leste	Distrito Sudoeste	Distrito Noroeste
Santa Mônica	Vila Rica	Conceição	União de Bairros	Perseu
Boa Vista	Orosimbo Maia	Costa e Silva	Santa Lúcia	Integração
Eulina	Esmeraldina	São Quirino	Aeroporto	Valença
Aurélia	Figueira	31 de Março	Campos Elíseos	Florence
Barão Geraldo	São José	Taquaral	Vista Alegre	Pedro Aquino
Anchieta	São Vicente	Sousas	Capivari	Ipaussurama
São Marcos	Faria Lima	Joaquim Egídio	Dic I	Floresta
Sta Bárbara	Sta Odila	Centro	Dic III	Itajaí
	Ipê		São Cristóvão	
	Paranapanema		Itatinga	
	São Domingos			
	Carvalho de Moura			

- **Policlínicas:** a rede de serviços de saúde conta com três policlínicas, que são unidades de saúde secundárias que concentram os ambulatórios de 28 especialidades médicas a serviço da população, as saber:
 - Ambulatório Ouro Verde;
 - Policlínica II;
 - Policlínica III.
- **Centros de Referência:** são unidades de saúde com equipes multiprofissionais que têm como papel a atenção à saúde dirigida a grupos de risco específicos, além da qualificação dos profissionais das outras unidades de saúde do Sistema Único de Saúde de Campinas. Estão assim distribuídas:

A seguir distribuição por distritos:

TABELA 10. Distribuição de unidades de saúde por Distritos:

DISTRITO SUL:	DISTRITO NORTE:	DISTRITO LESTE:	DISTRITO NOROESTE:	DISTRITO SUDOESTE:	OUTRAS UNIDADES:
Centro de Atenção Psico-Social Antonio da Costa Santos;	Centro de Atenção Psico-Social Estação;	Centro de Atenção Psico-social Leste;	Centro de Atenção Psico-social Integração.	Centro de Atenção Psico-social Novo Tempo.	Laboratório de Patologia Clínica
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.	Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente;	Centro de Referência e Informação sobre Alcool e Drogas;		Sistema de Urgência e Emergência: Unidades de atendimento emergencial.	Serviço de Atendimento Domiciliar
	Centro de Reabilitação Física e Doenças Reumáticas;	Centro de orientação e Apoio Sorológico;		Pronto Atendimento Anchieta;	Ambulatório do CEASA.
	Centro de controle de Zoonoses;	Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Serviço de Atendimento Domiciliar para a AIDS.		Pronto Atendimento São José;	
	Centro de Lactação.			Pronto Atendimento Ouro Verde;	
				Serviço de Atendimento Médico de Urgência.	

• **Unidades Prestadoras de Serviços sob Gestão Plena de Campinas:**

- Hospital Celso Pierro;
- Maternidade de Campinas;
- Hospital Municipal Dr Mario Gatti;
- Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira;
- Fundação Albert Sabin;
- Real Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE;
- Centro Dr A.C.Corsini;
- Fundação Síndrome de Down;
- Associação Promocional Oração e Trabalho - APOT;
- Clínica Psicológica da PUCCAMP;
- Ambulatório de Fisioterapia da PUCCAMP;
- Ambulatório de Terapia Ocupacional da PUCCAMP;
- Clínica Odontológica da PUCCAMP;
- Hospital Irmãos Penteado.

O sistema municipal de saúde está estruturado em três níveis gerenciais hierarquizados: o nível local dos serviços; o nível distrital que coordena as ações da rede de serviços de uma área geográfica de cerca de 20.000 habitantes e o nível central constituídos pelo secretário, assessores e coordenadores dos distritos, que compõem o colegiado gestor.

As unidades básicas de saúde contam com a representação da população usuária, através do Conselho Local de Saúde, com localização na própria comunidade, bem como a participação dos trabalhadores de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde presentes nesse conselho.

No ano de 2001, com a eleição de nova gestão municipal, foram incorporados à equipe da secretaria de saúde professores da Unicamp, inclusive o secretário municipal de saúde que, com sua equipe, formalizou uma proposta de atuação que visa alterar o modelo assistencial e o modelo gerencial

predominantes, incluindo novos arranjos no processo de trabalho das equipes e na relação destas com os usuários (CAMPOS, 2000).

Cabe lembrar que este trabalho, desenvolvido nas diferentes equipes da Secretaria da Saúde teve como principal motivador a proposta do próprio secretário de saúde, para mudança nos processos de produção e de gestão no campo da saúde, preconizada em sua obra denominada “Um método para análise e co-gestão de coletivos __ a construção do sujeito, a produção de valor de uso e democracia em instituições: o Método da Roda (CAMPOS, 2000).

Posteriormente o mesmo autor reuniu, no livro intitulado “Saúde Paidéia”, uma coletânea de artigos elaborados nos últimos anos “que combinam uma reflexão teórica com a preocupação de indicar caminhos para a reforma sanitária”, com vários colaboradores de sua equipe e na qual nos basearemos como referência bibliográfica, por ser a única obra existente sobre o assunto (CAMPOS, 2000).

Denominado Projeto Paidéia de Saúde da Família, e baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde caracteriza-se por:

- Arranjos gerenciais, com participação de co-gestores como representantes do governo, dos trabalhadores e usuários em conselhos deliberativos;
- Adstrição territorial;
- Vinculação das equipes multiprofissionais aos indivíduos e suas famílias num território geográfico particular;
- Responsabilização pelo cuidado;
- Ampliação da prática clínica, com a inclusão de sua dimensão social e subjetiva;
- Integração das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (CAMPOS, 2003).

Segundo CAMPOS (2000, p.25), “Paidéia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano”. Foi criado na

época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção dessas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da *Ágora*, que era uma assembléia do povo: as pessoas reunidas para traçar o próprio destino: a co-gestão, o orçamento participativo, os conselhos.

O projeto *Paidéia da Saúde da Família*, segundo o autor, objetiva o desenvolvimento integral do ser humano, considerando as necessidades coletivas e individuais, através do cuidado da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente e tem como fator principal pensar instituições que cumpram tanto funções pedagógicas, quanto de reconstrução da subjetividade das pessoas e o modo como se trabalha e pensa saúde.

A justificativa e a reforma da rede básica de atenção à saúde de Campinas, pelo o projeto *Paidéia de Saúde da Família* se dá, segundo esse grupo de autores, pela evidência, através de diagnósticos realizados na rede de serviços de saúde, de:

- Carência de recursos em regiões específicas em relação à saúde do adulto;
- O não cumprimento, pela organização dos serviços de saúde pública, dos objetivos da atenção primária;
- Sobrecarga de trabalho e incapacidade de absorção da demanda da população no atendimento às necessidades básicas;
- Metade dos recursos investidos na atenção primária foi destinada a prontos – atendimentos que absorvem grande parte da demanda ambulatorial que não é atendida pelas equipes locais;
- Pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade;
- Prática clínica com baixa capacidade de resolver problemas de saúde e acesso burocratizado na rede de atendimento à saúde;

- Pouca educação em saúde e baixo investimento na ampliação da autonomia e capacidade de auto-cuidado aos usuários e comunidades;
- Equipes multiprofissionais trabalhando de forma isolada e vertical com dificuldade de se criar processo de trabalho interdisciplinar.

Dentro desta perspectiva mudança do modelo de atenção, implica na implantação de algumas diretrizes, para transformar, gradualmente os prontos-atendimentos existente em prontos-socorros, ampliar a capacidade das equipes locais de atender intercorrências clínicas, intervir sobre os mecanismos de produção de doenças e resolutividade de problemas coletivos e individuais de saúde.

Essas diretrizes são as propostas da clínica ampliada com a ampliação das ações de saúde coletiva no nível local, cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a equipe local de referências, acolhimento e responsabilização, sistema de co-gestão e capacitação de recursos humanos:

1) Ampliação das ações de saúde coletiva no nível local – objetiva a ampliar as ações de promoção e prevenção através da criação de Núcleos de Saúde Coletiva nas unidades básicas de saúde compostos por profissionais com formação em saúde pública que funcionam em apoio às equipes locais de referência de saúde da família.

2) Clínica ampliada – é uma reformulação do processo de trabalho, considerando que todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas realiza clínica, incluindo enfermeiros, médicos, psicólogos e outros. Clínica ampliada, para CAMPOS, 2000, é a redefinição do “objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos.”

A finalidade da clínica ampliada é o de promover a autonomia e o autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades, combatendo a medicalização, a institucionalização e a dependência excessiva das pessoas aos profissionais ou serviços de saúde (CAMPOS, 2000).

O Cadastro Familiar obedece à metodologia sugerida pelo Programa de Saúde do Ministério da Saúde, com dados de interesse do município. São elaborados por agentes de saúde com apoio das Unidades Básicas e dos Distritos de Saúde.

3) **Equipes Locais de Referência:** as Unidades Básicas de Saúde foram reorganizadas em Equipes Locais de Referência – Equipes de Saúde da Família – responsáveis pelo atendimento integral às famílias e as Equipes de Apoio – Equipe Matricial – encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação e etc.. Ambas contam com colegiado do Centro de Saúde que é composto pelos representantes das várias equipes organizadas em cada local, onde o coordenador do centro deve trabalhar para apoiar a ação das Equipes Locais e de Apoio, articulando-as com os outros níveis do sistema.

Portanto dentro da proposta Paidéia de Saúde da Família existem dois modelos básicos de Equipe Local de Referência, a saber:

- **A Equipe de Referência Clássica:** composta por médico de família e enfermeiro, um dentista com 36 horas de trabalho ou 2 dentistas com 20 horas de trabalho, atendentes de consultório dentário, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas;
- **A Equipe de Referência Ampliada:** composta por médico generalista e enfermeiro em turno completo de trabalho, pediatra e gineco-obstetra por meio período de trabalho, um dentista com 36 horas de trabalho ou dois dentistas com 20 horas de trabalho, auxiliares de consultório dentário, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, com cobertura de 1400 famílias ou 7000 pessoas;
- Para cada quatro Equipes de Saúde da Família haverá apoio matricial da Equipe Local de Saúde Mental, do Núcleo de Saúde Coletiva e profissionais da Reabilitação.

Essas equipes são interdisciplinares e multiprofissionais e têm como objetivos:

- O trabalho em comum;
- Um determinado número de famílias sob responsabilidade integral;
- Poder gerencial próprio;
- Autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e projetos terapêuticos.

O projeto Paidéia de Saúde da Família introduziu dois novos profissionais na rede básica: o médico de família e o agente comunitário de saúde.

O médico de família, em Campinas tem como núcleo de competência e de responsabilidade exercer a clínica ampliada em relação aos adultos e conta com o apoio de médicos especializados dos Centros de Saúde. E os Agentes de Saúde são profissionais técnicos em Saúde Pública qualificados para a educação Paidéia, trabalhando em interação com as Equipes de Referência e sob a supervisão do Núcleo de Saúde Coletiva e têm como atribuição ampliar a capacidade das Unidades Básicas de Saúde de agirem na comunidade e nos domicílios.

4) Acolhimento e Responsabilização: Segundo CAMPOS, 2003, a concepção ampliada sobre acolhimento no Projeto Paidéia de Saúde da Família deverá ser seguida em todo o sistema de saúde e significa ouvir a demanda, receber bem através da solidariedade para com a população.

Inclui ainda garantir acesso à população através da recepção que priorize o critério de gravidade e sofrimento do paciente, garantindo-lhe avaliação clínica durante todo o período de funcionamento e agendamentos com indicações terapêuticas.

O acolhimento em relação ao acesso do paciente deverá obedecer às seguintes tarefas:

- Resolução de casos conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço;

- Encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na Unidade Básica de Saúde, ou pronto atendimento ou Unidade de Referência;
- Cadastramento de pacientes ainda não matriculados;
- Desenvolver ações preventivas e de educação em saúde.

5) Sistema de Co-Gestão: A gestão participativa é um sistema de co-governo, com a participação de conselhos locais de saúde, colegiados de gestão e gestão cotidiana democrática, chamados de Espaços Coletivos, com atribuições deliberativas e de tomada de decisões no seu âmbito de governo e ação em conformidade com os contratos e diretrizes definidas.

Essas equipes, também chamadas de colegiados, obedecem a um critério de reuniões quinzenais e contam com o apoio das equipes distritais e dos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, tidos como apoiadores institucionais para a mudança de modelo e dos processos de trabalho.

6) Capacitação: Com o intuito de ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, com o apoio das Universidades e dos pólos de capacitação de Saúde da Família, tem promovido um processo de educação continuada para todas as equipes de apoio e de referência. O curso apresenta o seguinte conteúdo programático: Política de Saúde e o SUS; Clínica Ampliada e Promoção de Saúde; Gestão Participativa e o Trabalho em Equipe; O Trabalho com as Famílias com temas sobre saúde/doença, violência, dependência química, hipertensão e diabetes e outros temas correlacionados e prevalentes.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2004, houve uma ampliação da assistência à saúde a 150 mil famílias e no ano de 2003 foram realizadas 5, 2 mil consultas domiciliares de médicos e enfermeiros. O Programa Paidéia Saúde da Família conta atualmente com 137 equipes de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde, em seu documento denominado “Glossário de Promoção da Saúde”, em seu prefácio intitulado: “Avançando em direção a uma nova saúde pública”, enfatiza:

“O progresso dos sistemas de saúde em todo o mundo tem dado relevância aos enfoques de promoção da saúde. A crescente orientação em direção aos resultados de saúde confirma a prioridade dada à inversão nos determinantes da saúde através da promoção da saúde. A formulação contínua da pergunta: “aonde se gera a saúde?””, vincula a promoção da saúde com os debates importantes sobre a reforma: a formulação de novas estratégias de saúde públicas e a necessidade de reorientar os serviços sanitários.”

LUZ, (2003, p.80), acrescenta que esses programas médico de família, privilegiam a medicina preventiva e tendem a privilegiar outros procedimentos em terapêuticos, “para além do medicamento, que possibilite a superação do modelo puramente medicalizador”. Ressalta ainda que esses programas de saúde com novos enfoques de atendimentos potencializam as medicinas alternativas já institucionalizadas.

Nesse sentido o município de Campinas, com a ampliação da assistência através do Projeto Paidéia da Saúde da Família propiciou a criação de um grupo de profissionais de saúde com interesse em terapias complementares e alternativas com a finalidade de implementar essas terapêuticas na rede de serviços de saúde, como veremos no próximo capítulo.

**As Terapias Complementares e
Alternativas e a sua Oficialização na
Secretaria Municipal de Saúde de
Campinas e as Representações Sociais
dos Profissionais de Saúde**

Vimos nos capítulos anteriores os esforços, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em ampliar a assistência à saúde privilegiando outros procedimentos terapêuticos, senão àqueles baseados em alta tecnologia e excessivamente caros, principalmente para um país em desenvolvimento, como o Brasil.

O presente capítulo analisa a criação do Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde, GTRIS, como forma de organizar e oficializar terapêuticas alternativas na assistência em saúde e apresenta os dados quantitativos que identificam as práticas complementares e alternativas no que se refere à sua distribuição na rede de serviços de saúde pública do município.

As representações sociais sobre o conceito de medicina tradicional, complementar e alternativa, serão analisadas neste capítulo contemplando as entrevistas de vinte e um coordenadores de unidades básicas, sete profissionais de saúde membros do grupo GTRIS e seis enfermeiras de unidades básicas de saúde com formação em terapias complementares e alternativas e um profissional de saúde diretamente ligado à secretaria de Saúde. Esses profissionais foram escolhidos em função de seu papel de liderança intelectual aliada ao comprometimento prático e teórico na promoção de atividades oficiais que lidam com algumas práticas complementares e alternativas.

A análise dessas representações, no que se refere aos aspectos positivos e negativos da utilização e implementação dessas práticas na rede de serviços de saúde serão comentadas nas áreas específicas de atuação criadas pelo GTRIS a saber: área corpo e mente, medicina tradicional chinesa, fitoterapia e homeopatia.

8.1. O GTRIS – Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Dando prosseguimento à reforma sanitária proposta pelo Projeto Paidéia da Saúde da Família, pelo governo Municipal de Campinas, com o intuito de ampliar a assistência e melhorar as condições de gestão na rede básica dos serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde criou em 2002, o Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde – GTRIS – “com o objetivo de propor uma política de integração das práticas alternativas e complementares para a sua rede de serviços”, segundo BARROS (2002).

Essa proposta surgiu pelo interesse demonstrado à época pela então Secretária Adjunta da Saúde em oficializar as terapias complementares já implantadas de forma oficiosa na rede, como a homeopatia e a fitoterapia, para que as demais terapias viessem à tona, como a acupuntura e outras.

O seu interesse veio em função de sua observação, enquanto coordenadora de Unidade de Saúde, onde existiam terapias alternativas e do quanto essas práticas contribuíam para a melhora das pessoas e complementavam as práticas existentes na medicina tradicional oficial. Quando assumiu a Secretaria da Saúde empenhou-se na oficialização dessas práticas juntamente com os profissionais que já atuavam nessa área. Como a Secretaria da Saúde relata a seguir:

“Como coordenadora de Unidade de Saúde, na rede, sentia que há muito tempo que se apresentava o limite da prática oficial na medicina. A demanda é muito grande por consultas médicas e a peregrinação que se dá através de várias especialidades, era muito freqüente no serviço público por falta de resolução e no entanto, a resolução não estava na troca de médico. A maior parte das vezes eram dores crônicas, alergias, problemas emocionais relacionadas a qualidade de vida, ao social. E percebia que a medicina alopática, não correspondia a essas queixas. Na época em que trabalhou, como coordenadora de unidade básica de saúde, havia acupuntura, homeopatia, shantala e isto fez com ela pudesse observar o quanto essas práticas contribuíam para a melhora das pessoas e complementavam as práticas alopáticas tradicionais.

Como Secretária Adjunta da Saúde desde o início procurou trazer a discussão na rede, porém não na pauta de todos. Já havia a homeopatia e a fitoterapia implantadas na rede de uma forma oficiosa, porém dependente do profissional envolvido. Quando assumiu, como Secretária da Saúde, fez desse assunto um ponto de honra para que algumas coisas que eram oficiosas se tornassem oficiais e as demais terapias pudessem vir à tona, como a acupuntura e outras terapias que hoje estão sendo incluídas. Como profissional foi uma necessidade muito sentida e como secretária foi um ponto político importante.”

(MÉDICA)

O início do grupo de estudos se deu pela solicitação da própria Secretária à médica responsável pela Fitoterapia na rede pública para elaborar políticas de implantação de práticas complementares e alternativas e organizar o grupo de trabalho que recebeu o nome de GTRIS – Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde.

Este grupo foi formado com a indicação de cada distrito de saúde de um profissional com o perfil e interesse nessa área, um consultor técnico, sociólogo e professor da Unicamp, convidado para assessorar o trabalho e um representante da secretaria de saúde. A equipe foi composta então por três médicos homeopatas, uma médica fitoterapeuta e homeopata, uma enfermeira com especialização em Terapias Florais, uma enfermeira com formação em Toque Terapêutico e um sociólogo com formação em Ciências Sociais aplicadas à saúde.

O grupo atua, hoje, em quatro áreas assim definidas: área da homeopatia, área da medicina tradicional chinesa e acupuntura, área da fitoterapia e área de corpo e mente.

Os critérios adotados para a orientação da inserção e regulamentação dessas práticas terapêuticas na rede de saúde pública, pelo GTRIS, se dão através do apoio aos profissionais de saúde que têm reconhecimento dessas práticas através da legislação de seus conselhos profissionais, órgãos que regulamentam as profissões em instância federal para o exercício profissional.

A opção por esse critério acompanha a justificativa de que as regulamentações dessas terapêuticas através dos conselhos profissionais ocorrem muito mais no sentido de ampliá-las do que reduzi-las.

A partir da referência da Conferência de Alma-Ata 1978, exigindo maior atenção às práticas alternativas em saúde e apoiados pelo atual documento da OMS: “Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” onde ressalta a importância de se criar políticas públicas para a integração dessas práticas às populações, o grupo GTRIS iniciou suas atividades realizando um levantamento em 68 unidades de serviços da rede municipal de saúde de Campinas, com o “objetivo de identificar as práticas complementares e promover debates sobre a sua implantação na rede pública de saúde” (BARROS, 2002).

A referida pesquisa foi realizada no ano de 2002, com a aplicação de um questionário semi-estruturado, realizado por telefone aos coordenadores das unidades de saúde, com questões fechadas para a identificação dos entrevistados e com questões abertas, para a identificação dos aspectos positivos e negativos do uso das práticas complementares e alternativas e disposição para a implantação no serviço de saúde pública.

Apresentaremos os dados quantitativos que identificam as práticas complementares e alternativas e os dados referentes à análise dos aspectos positivos e negativos do uso dessas práticas será comentada posteriormente no capítulo sobre as representações sociais dos profissionais de saúde sobre terapias complementares e alternativas desenvolvido na presente pesquisa.

Os dados quantitativos observados nesta pesquisa são otimistas em relação à distribuição das práticas complementares e alternativas, já implantadas oficialmente na rede de serviços de saúde assim demonstrados e corroboram dados da Organização Mundial da Saúde sobre essas práticas:

Das 68 Unidades Básicas Investigadas:

- 19 ou 27% desenvolvem três ou mais práticas complementares;
- 8 ou 12% desenvolvem duas práticas complementares;

- 25 ou 37% desenvolvem uma prática complementar, e
- 16 ou 24% não desenvolvem nenhuma prática complementar.

Nas 68 unidades de saúde investigadas, o predomínio das práticas complementares oferecidas nas unidades básicas e listadas abaixo é de:

- Acupuntura – oferecida em 8 unidades;
- Ginástica – oferecida em 11 unidades;
- Homeopatia - ofertada em 11 unidades;
- Caminhadas - oferecida em 16 unidades ;
- Fitoterapia - ofertada em 20 unidades;
- LianGong - oferecido em 23 unidades.

Sendo o total das práticas complementares e alternativas levantadas em todas as unidades da rede de serviços de saúde as seguintes:

- | | | |
|------------------|----------------------|-----------------------|
| • Terapia Floral | • Yoga, | • Moshá |
| • Alongamento | • Reiki | • Hidroginástica |
| • Shantala | • Tai Chi Chuan | • Tchi Kun |
| • Massagem | • Lian Gong | • Relaxamento |
| • Acupuntura | • Homeopatia | • Ginástica Harmônica |
| • Caminhada | • Ginástica Postural | • Fitoterapia |

Podemos fazer uma comparação com as práticas mais comumente oferecidas pelo serviço de saúde de Campinas com as encontradas no estudo da OMS, descritas pela Revista Médica Britânica, em 1999 onde aparecem as terapias e sistemas médicos mais utilizados em medicina tradicional/medicina complementar e alternativa, as quais se destacam (OMS, 2002):

- Terapias com ervas: medicina chinesa, ayurveda, naturopatia, osteopatia e homeopatia;
- Acupuntura;
- Terapias Manuais: tuiná, ayurveda, osteopatia, quiropraxia e shiatsu;
- Terapias Espirituais: medicina chinesa, ayurveda, naturopatia e meditação;
- Exercícios: yoga, qigong e relaxamento.

O grupo de estudos GTRIS, faz uma ressalva, em sua pesquisa no que se referem à homeopatia e a fitoterapia, práticas que estão implantadas na rede municipal há cerca de dez anos (BARROS, 2002):

“Em relação à fitoterapia pode-se especular uma dupla justificativa para o número relativamente pequeno, encontrado em apenas 20 serviços. A primeira é que a prática pode estar tão incorporada nos serviços que não é considerada complementar e por isso não citada e a segunda, é que essa prática ainda encontra resistência entre os profissionais, dificultando a sua implantação em todos os serviços. Acreditamos que a primeira possibilidade é a mais plausível, pois os números do consumo de fitoterápicos na rede municipal de Campinas são bastante volumosos”.

“Quanto à homeopatia, dever-se-ia encontrar apenas um serviço desenvolvendo, pois o seu modelo de implantação foi o serviço de referência e médico centrado, de forma a concentrá-la, no entanto encontraram-se outros 10 serviços desenvolvendo-a”.

Quanto ao predomínio das práticas listadas é necessário dar um destaque ao Lian Gong e à ginástica postural que tiveram a sua inserção na rede de serviços de saúde em 2001 e, portanto, a cerca de um ano antes da realização da pesquisa, e a sua presença é muito importante nos distritos de saúde (BARROS, 2002).

A partir dos dados dessa pesquisa o GTRIS iniciou a formulação de políticas para a oficialização de práticas já inseridas na rede pública bem como a organização de semanas de estudos e programas que incentivassem e acolhessem novas formas de terapêuticas que contemplassem as medicinas complementares e alternativas. Efetivou assim, não só uma aspiração dos

próprios profissionais de saúde da rede como também vinculou essa assistência ao projeto Paidéia da Saúde da Família e a proposta da Organização Mundial da Saúde que preconizam e estimula essas práticas no nível de assistência preventiva a saúde.

O relato de um membro do GTRIS, sobre a relação das medicinais complementares e alternativas com a racionalidade médica hegemônica nos serviços de saúde acrescenta:

“Eu percebo que essa pesquisa corroborou isso, uma aceitação muito grande por parte dos profissionais do serviço público. Existe um tropismo aí do profissional sanitário para as medicinas naturais e alternativas talvez em função de um olhar diferenciado em relação à saúde das populações, um olhar menos privatista, porque a grande resistência se dá nos consultórios, nos hospitais, nos profissionais que estão na prática privada da saúde. Os profissionais dos serviços públicos, talvez por trabalhar mais em contato diário com a população percebem suas necessidades e suas maneiras peculiares de lidar com os problemas de saúde, que em última análise vem formar o conceito de medicina tradicional. A população lida com as plantas, com as benzedadeiras, com as crenças e isso vai se formando nos profissionais que trabalham nos serviços públicos um contra ponto à formação tradicional que as universidades vêm dando”.

(MÉDICO)

O GTRIS, em sua gestão de 2002 a 2004 elaborou uma agenda que incluiu a oficialização da fitoterapia, medicina tradicional chinesa, organização do grupo Corpo e Movimento, criação da semana municipal de homeopatia e fitoterapia, bem como a organização de outras terapias como a Yoga e o Toque Terapêutico, iniciando a oferta para toda a rede pública de saúde as práticas terapêuticas complementares e alternativas. Abaixo destacamos as atividades desenvolvidas pelo GTRIS e uma breve descrição das terapêuticas implantadas e as representações dos profissionais a essas terapêuticas.

8.1.1 A Área Corpo e Mente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002, p.7) a Medicina Tradicional e a Medicina Complementar e Alternativa podem classificar-se como:

“Terapias a base de medicação, as quais utilizam ervas, partes de animais e ou minerais, ou terapias sem medicações, como é o caso da acupuntura, as terapias manuais, Chi Gong, Tai Chi, as terapias termais, a yoga e outras terapias físicas, mentais, espirituais e terapias mente e corpo.”

Esta área de atuação dentro do GTRIS se destinou a organização das práticas complementares e alternativas de maior predomínio nas unidades básicas de saúde quais sejam: a ginástica postural, ginástica harmônica, caminhadas e Lian Gong, organizadas pelo grupo Corpo em Movimento (BARROS, 2002).

Também através desta área, pretendeu-se dar espaço a práticas relacionadas às terapias vibracionais e outras, como a Yoga e o Toque Terapêutico, uma terapia de imposição de mãos desenvolvida por enfermeiras americanas e introduzida no país pela Escola de Enfermagem da USP de São Paulo.

8.1.1.1 O Lian Gong e o Projeto Corpo em Movimento

A inclusão dos vários tipos de ginástica na rede de saúde pública de Campinas se deu em 2001 por iniciativa de um grupo de profissionais fisioterapeutas da rede pública em função da grande demanda de pacientes para o atendimento de fisioterapia. Eram mais de 3000 pacientes na lista de espera com problemas relacionados às dores crônicas e patologias da coluna vertebral e conforme a Secretaria Municipal de Saúde o segundo motivo que mais levam adultos a procurarem as unidades de saúde. O objetivo era diminuir essa demanda nas Unidades Básicas de Saúde e proporcionar melhora na qualidade de vida desses usuários (CAMPINAS, 2003).

A Secretaria de Saúde deu aval ao projeto que passou a denominar-se “Corpo em Movimento” que objetivava a capacitação em Lian Gong, ginástica postural e também encontros de “Atualização Terapêuticas”, voltados para profissionais médicos para esclarecimentos das práticas utilizadas. Segundo relata uma médica, coordenadora de distrito de saúde:

“O Projeto Corpo em Movimento é fruto de alguns arranjos que estamos experimentando para favorecer abrir as portas para outras racionalidades. Uma coisa que é muito freqüente na unidade de saúde é a dor crônica e que todos nós temos dores. A medicina ocidental, alopática é muito centrada no ato médico, na cura e muito centrada na medicação e isto é algo que nós sanitaristas discutimos há muitos anos. Há um estoque estrondoso de diazepam e voltaren na rede. Então o que nós podemos construir que possa diminuir essa medicalização e mais que isso, crie oportunidade para a convivência entre os usuários, que é outro referencial que nós não queremos perder para o envelhecimento da população que está vivendo mais e com isso tendo mais dores, mais doença e mais solidão.

E quando iniciamos o Projeto Corpo em Movimento, que era o fazer caminhadas, Lian Gong e ginástica postural, propusemos para cada unidade desse distrito e começamos a capacitar os profissionais, fizemos uma aposta de que isso podia contribuir enormemente para uma mudança nas práticas profissionais e para qualificar a vida das pessoas que se engajassem. Aqui no distrito essa aposta nós fizemos mesmo”.

(MÉDICA)

Segundo LUZ (2003), a questão de saúde atual exige práticas adequadas de promoção e recuperação da saúde como modelos médicos menos custosos e universalizáveis e não apenas políticas públicas de infra-estruturas ligadas ao saneamento básico e à educação. Esses modelos pressupõem uma visão mais integral da saúde, atendendo os usuários de maneira mais simplificada dispensando a alta tecnologia e privilegiando a adoção de práticas alternativas de saúde, hábitos e estilos de vida que propiciem maior autonomia em face da sua doença.

A prática terapêutica de maior impacto junto aos profissionais e também melhor aceita pela população foi o Lian Gong em 18 Terapias, um sistema de práticas corporal criado e desenvolvimento em Shangai, na China, no ano de 1974, pelo médico ortopedista Dr. Zhuang Yuen Ming e introduzido no Brasil, em

1987, pela professora de filosofia e artes corporais chinesas Maria Lúcia Lee (LEE, 1998).

O Lian Gong surgiu como uma prática corporal que, mantendo como base os princípios das milenares artes corporais chinesas, incorporava também os modernos conhecimentos da anatomia humana, do equilíbrio das estruturas corporais e da fisiologia da medicina ocidental.

Segundo o Dr Zuang Yuen Ming, “o que o levou à criação do Lian Gong foi o fluxo cada vez maior, de pessoas que procuravam os hospitais se queixando de dores no corpo e apesar dos bons resultados das terapias da medicina chinesa (tui-ná, acupuntura e fitoterapia) e da medicina ocidental (fisioterapia, injeções de antiinflamatórios e analgésicos), em relação às dores, estes não evitam as recaídas que agravam o quadro” (BOLETIM ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA LIANGONG, 1999).

O sistema completo do Lian Gong é composto por três partes, desenvolvidas em aproximadamente 12 minutos cada, a saber:

- 18 Terapias - Anterior: exercícios para a prevenção de dores no corpo que são divididos em três séries:
 - Série Um: seis exercícios para pescoço e ombros;
 - Série Dois: seis exercícios para costas e região lombar, e,
 - Série Três: seis exercícios para glúteos e pernas.
- 18 Terapias - Posterior: exercícios para prevenir e tratar de dores nas articulações, tenossinovites e disfunções dos órgãos internos, divididos em três séries:
 - Série Quatro: seis exercícios para articulações;
 - Série cinco: seis exercícios para tendões, e,
 - Série seis: seis exercícios para órgãos internos.
- 18 Terapias - Continuação – I Qi Gong – continuação do Lian Gong em 18 Terapias, que consiste de dezoito exercícios para fortalecer as

funções do coração-pulmão e prevenir e tratar de infecções das vias respiratórias.

O aspecto preventivo dessa terapia é ressaltado pelo médico Zhuang Yuen Ming (BOLETIM ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA LIANGONG, 1999) nos dizeres abaixo:

“Os exercícios de Lian Gong foram criados para integrar o aspecto preventivo às terapias da medicina tradicional chinesa e terapias ocidentais. O preventivo consiste em fortalecer, aumentar a resistência e a vitalidade permitindo ao corpo se adequar e se regular às constantes mutações do meio ambiente e dos humores internos, sem se desequilibrar. Os exercícios de Lian Gong são preventivos por excelência, além de terapêuticos para a região afetada”.

Esse aspecto da terapia é corroborado pelos resultados apresentados abaixo por uma coordenadora de unidade de saúde, onde o Lian Gong foi implantado há um ano e meio, com três grupos com trinta pessoas cada, três vezes por semana:

“Com certeza nós tivemos uma redução do consumo de diclofenaco de sódio de 12.000 unidades/mês. O consumo era de 25.000 unidades/mês e reduzimos para 13.000unidades/mês. Isso não é um dado que é pouco, com apenas três grupos por mês que não custa absolutamente nada! Uma profissional da equipe de enfermagem de muito valor dirige o projeto, e esta profissional enfrentou resistência da equipe por não aceitarem mudanças e achar que você tem que fazer a mesma coisa todos os dias. Mas aos poucos os profissionais estão percebendo que têm benefícios.”

(FONOAUDIÓLOGA)

De acordo com dados do departamento administrativo da Secretaria de Saúde, desde que o Lian Gong, começou a ser difundido entre os servidores da saúde e usuários, o consumo de diclofenaco de sódio (antiinflamatório) diminuiu de 625.270 unidades por mês para 485.000 unidades por mês (CAMPINAS, 2003).

A secretaria ressalta, porém, que embora a redução do consumo seja evidente, ainda se está avaliando se a queda está relacionada com a prática da ginástica (CAMPINAS, 2003).

Estudos realizados por LUZ (1998) demonstram, quanto ao aspecto organizacional a resolutividade que essas terapêuticas vêm obtendo em programas implantados nos serviços públicos, ante a demanda da clientela, em relação a doenças crônicas, distúrbios funcionais com baixa resolutividade nos serviços convencionais, como as doenças circulatórias, reumáticas e problemas osteoarticulares. Aponta que o modelo diagnóstico-terapêutico dessas práticas é um dos elementos explicativos dessa resolutividade.

A prática do Lian Gong iniciou-se na rede municipal de saúde com o treinamento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde que iriam atuar como multiplicadores, pois a idéia era organizar grupos e oferecer aulas em locais próximos das casas dos usuários, nos Centros de Saúde e em outros serviços da rede.

Apesar do entusiasmo relatado pelos profissionais da Secretaria de Saúde, a implantação do Lian Gong na rede de serviços sofreu inicialmente sérias críticas por parte da Associação Brasileira de Lian Gong sobre a forma como os profissionais estavam sendo capacitados para a prática.

O enfoque inicial era a do exercício físico, da técnica em si, não contemplando a abordagem de prática complementar envolvendo o contexto de corpo, emoção e mente, dentro da medicina tradicional chinesa e que resgata no indivíduo o auto-cuidado. A dificuldade por parte dos próprios profissionais em entenderem os pressupostos filosóficos dessa prática causaram conflitos que só foram superados após árduo trabalho de uma profissional integrante do GTRIS,

que conseguiu resgatar a prática em conformidade com os princípios da Academia Brasileira de Lian Gong. Segundo relato:

“Com o Lian Gong a maior dificuldade foi trazer as discussões filosóficas para a própria equipe. Houve um tempo grande para que as unidades incorporassem esta técnica como uma terapia complementar e o mesmo aconteceu com os encaminhamentos que até hoje temos dificuldades. Ainda temos uma lista de espera muito grande. Os próprios profissionais dificultavam esse trabalho até implantarmos um protocolo para esse encaminhamento e para mim é um trabalho contínuo para romper também esse preconceito de que essa prática é um “oba-oba”.

(ENFERMEIRA)

A dificuldade que os profissionais de saúde ainda encontram, em relação a essas terapêuticas, é que essas são baseadas em sistemas tradicionais complexos que têm a sua racionalidade específica baseada no indivíduo como um todo, onde a doença é considerada um processo individual ligado a padrões específicos de desarmonia.

Esta postura difere completamente dos referenciais cartesianos da medicina ocidental, dificultando o seu entendimento por parte dos profissionais da saúde. Seguindo essa linha de raciocínio, o Lian Gong, por uma questão de organização, posteriormente passou a pertencer à área de Medicina Chinesa no GTRIS.

Atualmente, a Secretaria de Saúde de Campinas tem expandido essas atividades para todas as unidades básicas de saúde, com uma estimativa de mais de duas mil pessoas que se exercitam semanalmente, inclusive no saguão da Prefeitura Municipal de Campinas (CAMPINAS, 2004).

8.1.1.2 O Toque Terapêutico

A área Mente-Corpo do GTRIS, pretendia a ampliação de outras práticas complementares e alternativas para a implantação na rede pública de saúde de Campinas, que propiciassem melhora na qualidade de vida de seus

usuários. Muitas dessas propostas ainda estão sendo analisadas pelo grupo e algumas em andamento com a sua implantação, como é o caso do Relaxamento, da Meditação e do Toque Terapêutico que descreveremos a seguir.

A implantação do Toque Terapêutico se deu através de convite formalizado pela então médica responsável pelo gerenciamento do Grupo de Estudos de Racionalidades Integrativas em Saúde, no ano de 2003. O interesse surgiu, através de uma profissional de enfermagem, membro do GTRIS, que fez formação básica nesta prática terapêutica e estimulou o seu oferecimento.

O Toque Terapêutico (TT) ou Método Krieger-Kunz é uma modalidade de tratamento baseado em uma interpretação contemporânea de diversas práticas antigas de cura que tratam de habilidades que podem ser apreendidas para dirigir ou modular as energias humanas. É um processo durante o qual o terapeuta usa a imposição de mãos para direcionar a energia através da sua própria intencionalidade, orientando e reorganizando o fluxo de energia vital debilitado e rompido do cliente (KRIEGER, 1996).

O conceito dessa prática complementar de assistência à saúde se caracteriza pela concepção de ser humano como uma unidade inseparável de corpo, emoção, mente e espiritualidade. Fundamenta-se no princípio de que a energia do campo universal sustenta todos os tipos de organismos vivos e que este campo de energia universal flui livremente dentro, através e fora do campo de energia humano promovendo equilíbrio. Na doença, o fluxo de energia pode estar obstruído, desorganizado ou em desequilíbrio (ROGERS, 1970).

A cura pela imposição das mãos é a forma mais antiga de terapia vibracional ainda em uso e no passado as pessoas associavam-nas às cerimônias religiosas por ter sido adotada por muitos mestres, terapeutas e líderes espirituais no decorrer das eras. Nos últimos anos, a cura pela imposição das mãos vem sendo mais aceita pelas mais diversas categorias de profissionais da saúde, inclusive médicos e enfermeiros com trabalhos de pesquisa direcionados para esta área (GERBER, 2000; MARTA, 2000; SILVA, 2003).

Essa forma de terapia vibracional não se baseia em remédios, nem em essências, nem aparelhos, mas faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas (GERBER, 2000)

Este método não está inserido em nenhum contexto religioso e não há necessidade de nenhuma crença por parte dos usuários para que o processo seja efetivo. Como relata KRIEGER (1996):

“Outros fatores, além do sistema de crenças dos indivíduos são significativos para a cura e por isso decidimos desenvolver o Toque Terapêutico, sem nenhum contexto religioso. Não é a fé ou uma religião específica do indivíduo que é importante para o processo de cura. Ela é importante para a pessoa, mas não para o processo; as curas ocorrem em todas as culturas do mundo”.

Desenvolvido na década de setenta pela enfermeira americana Dra. Dolores Krieger e Dora Kunz, o Toque Terapêutico foi introduzido no Brasil, em 1997, pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Segundo WEBER (1988) foi à primeira modalidade tradicional de cura incluída como rotina nos currículos formais de faculdades e universidades na história do Ocidente.

O Toque Terapêutico é um procedimento que o enfermeiro e outros profissionais de saúde utilizam podendo ser aplicado individualmente ou em conjunto com outros métodos incluindo o tratamento médico tradicional. Segundo KRIEGER (1996,p.30):

“(...) as reações clínicas mais seguras demonstradas pelo Toque Terapêutico se devem primordialmente a quatro fatores: profunda e rápida reação de relaxamento e bem estar, significativa redução da dor, acelerado grau de cura e alívio de sintomas psicossomáticos”.

Após uma palestra introdutória onde compareceram vinte profissionais pertencentes aos cinco distritos de saúde da rede pública de saúde de Campinas, deu-se seqüência ao Curso de Formação Básica em TT para enfermeiros e demais profissionais de saúde. Neste curso compareceram nove profissionais sendo cinco enfermeiros, uma técnica de enfermagem, uma médica, uma fonoaudióloga e uma fisioterapeuta. Esta equipe de profissionais obteve

acompanhamento, após a formação básica, de onze meses com supervisão de profissional com formação em Toque Terapêutico com a professora Dolores Krieger e experiência de sete anos na área.

O desenvolvimento desse trabalho na rede de saúde pública foi pioneiro em nosso país e a inclusão de uma prática vibracional que envolve o conceito de totalidade significando integração, harmonia e equilíbrio de mente-corpo-espírito, em interação com a totalidade do meio ambiente da pessoa suscitaram por parte desses profissionais uma questão: se o nosso moderno sistema de saúde inclui ou, pelo menos, permite a prática dessa terapia?

A experiência com o Toque Terapêutico se limitou a um estudo piloto realizado pelos profissionais do serviço público de saúde que fizeram sua formação, com setenta pacientes atendidos em unidades básicas de saúde e uma Policlínica e demonstram que a aceitação para esta terapêutica foi de 90% e existem pontos positivos a serem considerados quanto ao questionamento feito acima. Esses pontos foram descritos nas entrevistas que se seguem:

“Acho que é possível incluir o TT como um dos instrumentos para quem é cuidador”. Já estou preparando um documento para ensinar o TT para os cuidadores. Em princípio achava que as pessoas não iriam aceitar o TT, mas o que vi foi o contrário, elas aceitam e muito. Quem não aceita é o próprio profissional. Houve até uma paciente que tinha sido atendida com o TT e na consulta seguinte, quando ela chegou ao consultório, ela foi logo colocando a banqueta (usada para fazer o TT) no centro da sala, sem eu dizer nada. Esta paciente foi tratada numa crise de hipertensão, com o TT, após termos tentados outros medicamentos sem sucesso e nunca mais teve mais nada. Em sua prática com o Toque Terapêutico pode ver como a interação com o paciente é diferente e implica mais a percepção, outra forma de abordar “.

(MÉDICA)

“A minha experiência foi muito interessante porque eu abri para a equipe e muitos funcionários queriam fazer e saber como era. Alguns procuravam e até hoje me pedem o Toque Terapêutico porque tiveram uma experiência positiva em situação de emergência. Abrimos para o Conselho de Saúde Local e fizemos o Toque Terapêutico em algumas pessoas e também em outras que foram encaminhadas e atendidas. Foi muito boa a procura e sinto que o usuário não tem dificuldade no atendimento, realmente os que aceitam estão dispostos a usufruir da terapia. Não houve recusa”.

(ENFERMEIRA)

Outra experiência positiva aconteceu no Serviço de Assistência Domiciliar, que trabalha com práticas alternativas há seis anos numa busca para amenizar o sofrimento nos processos depressivos e de dor, o Toque Terapêutico foi bem aceito:

“Quando abriram vagas para o curso de Toque Terapêutico, inicialmente foi aberto para enfermeiros e nós não tínhamos na unidade nenhum enfermeiro que se interessasse pela técnica e eu briguei muito com os apoiadores do Distrito de Saúde para que indicássemos a fisioterapeuta que naquele momento tinha perfil que pudesse aproveitar o curso e trazer para nós esse benefício. E foi o que aconteceu. Com certeza o TT trouxe melhoras nesses meses de aplicação. Alguns pacientes apresentaram melhoras na condição de ansiedade, equilíbrio de sinais vitais e padrão de sono. E essas observações são relatadas pelos cuidadores também.”

(TERAPEUTA OCUPACIONAL)

As questões que emergem em relação a essa prática referem-se ao cuidado, à atenção e às relações entre os profissionais e os usuários e a efetiva interação que se desenvolve no processo terapêutico.

Segundo, LUZ (1998) grande parte do sucesso dessas práticas terapêuticas complementares está no modo como é conduzida a relação entre terapeuta/paciente onde elementos habitualmente desconsiderados pela racionalidade biomédica por serem ligados à subjetividade dos pacientes, tais como sentimentos em face do adoecimento, isolamento, dor, sintomas “irrelevantes” por não encontrarem tradução em registros “objetivos”, ou sensações de piora dos procedimentos, são tomados em grande consideração para a ratificação do tratamento em condução.

Alguns fatores como organização do processo de trabalho, espaço físico e o esclarecimento e a conscientização aos profissionais da equipe de saúde como um todo foram colocados pela maioria dos profissionais que trabalharam com a implantação do Toque Terapêutico como necessários na implantação dessa terapêutica por apresentarem uma dinâmica de assistência diferenciada da rotina habitual das Unidades de Saúde. No trecho da entrevista a seguir, este problema é ressaltado:

“Dos profissionais enfermeiros que fizeram a formação em Toque Terapêutico e não conseguiram implantar na unidade foi por dificuldade da própria organização do serviço. Dificuldades por que naquele momento a unidade passava e pode se notar que apesar delas não conseguiremos implantar a técnica, o contato com o TT trouxe uma nova percepção para esses profissionais e despertou em outros da equipe o interesse por outras práticas”.

(ENFERMEIRA)

A experiência ainda é bastante incipiente e isolada ainda aguardando a formação de maior número de profissionais para sua representação. Uma pesquisa piloto está sendo desenvolvida no Serviço de Assistência, Vigilância e Educação em Saúde para o Trabalhador para analisar os efeitos do Toque Terapêutico em pacientes portadores de doenças osteomuscular do trabalho por uma enfermeira da unidade.

Atualmente há um segundo grupo de cinco profissionais em formação básica em Toque Terapêutico, sendo quatro enfermeiros e uma fonoaudióloga.

Quanto à experiência com a prática da Yoga, houve uma oferta pelo Sindicato de praticantes de Yoga que treinou cerca de trinta profissionais com noções elementares e exercícios simplificados há um ano atrás, mas nem todos deram continuidade havendo uma retomada dos treinamentos neste ano, porém o GTRIS não tem um levantamento da utilização desta prática na rede.

A implantação de programas de relaxamento e meditação também esta sendo estudada pelo GTRIS, com possibilidades de implantação dessas práticas já para o próximo ano.

A área de mente e corpo está sendo acompanhado por uma enfermeira, com formação em TT e um sociólogo dentro do Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde.

8.1.2 A Área da Medicina Tradicional Chinesa

Uma outra prática terapêutica que apresenta meios institucionais consistentes e tem aceitação pelo meio científico oficial é a acupuntura, um dos aspectos da medicina tradicional chinesa que engloba em seu enfoque terapêutico o uso de ervas medicinais, massagens, práticas de exercícios derivados de artes marciais chinesas e terapias de imposição de mãos.

Os fundamentos da medicina tradicional chinesa vêem os seres humanos como um microcosmo dentro do macrocosmo universal. A filosofia chinesa considera que os princípios que determinam o fluxo de energia, chamada de ch'i através do universo são aplicáveis ao sistema energético humano. Outro pressuposto é que o universo mantém-se num estado de equilíbrio dinâmico entre pólos de natureza oposta cuja essência é chamada de yin e yang. Para a conquista e a manutenção da saúde, é fundamental um correto equilíbrio entre as forças yin e yang no interior do microcosmo representado pelo organismo humano (GERBER, 1988).

Os historiadores médicos descobriram registros documentando a existência de tratamentos tradicionais com acupuntura na China há mais de cinco mil anos, mas foi somente no século dezenove que os tratamentos com a acupuntura tradicional passaram a ser conhecidos no Ocidente (GERBER, 2000).

A acupuntura é a arte de inserir agulhas no corpo e envolve a cuidadosa inserção de agulhas extremamente finas em locais da pele conhecidos como pontos de acupuntura. Mapas antigos de acupuntura chinesa revelam um singular sistema especializado de pontos que correm ao longo de canais que fornecem energia aos órgãos do corpo que são chamados de meridianos (GERBER, 2000).

O ch'i, uma energia vital e nutritiva sutil, é absorvido pelos pontos de acupuntura a partir do ambiente e passa para o sistema de meridianos. Este sistema divide-se em doze grandes conjuntos de meridianos que distribuem a energia para os principais órgãos do corpo humano (GERBER, 1988).

Embora a explicação dos efeitos da acupuntura pelo conceito de “fluxo de energia” venha sendo aceita há milênios pelos praticantes da medicina tradicional chinesa, ela não é bem vista pelos médicos ocidentais. Os médicos e pesquisadores ocidentais que estudaram a acupuntura vêm tentando explicar a sua eficácia em termos de mecanismos nervosos, bioquímicos, ou até mesmo psicológicos. Há uma tendência de explicar a acupuntura pelo modelo mecanicista do corpo, o qual ainda ocupa o centro do pensamento médico na medicina do século vinte (GERBER, 2000).

Em nosso país a medicina tradicional chinesa foi legitimada em 1985, nos serviços médicos da previdência social, mediante convênio celebrado junto ao Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social - INAMPS – Ministério da Previdência Social e com instituições acadêmicas como a Fiocruz e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, para atividades de pesquisa e ensino, bem como atendimento à população (LUZ, 2003).

Atualmente algumas poucas universidades renomadas já inseriram em seus currículos a medicina tradicional chinesa como disciplina, porém os avanços têm sido muito lentos (LUZ, 2003 e QUEIROZ, 2003).

A história desse processo de institucionalização das medicinas alternativas vem se escrevendo com muitos percalços nas últimas décadas no Brasil, especialmente com a acupuntura que na segunda metade da década de 90, encontrou obstáculos constantes interpostos pela medicina socialmente hegemônica (LUZ, 2003).

Esta problemática é discutida entre os profissionais de saúde de forma a se posicionarem sobre o assunto, como veremos na citação abaixo:

“Quanto à implantação das práticas alternativas, sinto que já iniciaram os investimentos para tal, mas é necessário haver um interesse genuíno por parte de cada profissional, é necessário que o profissional esteja “pronto” para isso. Acho que a saúde pública é um campo fértil para o desenvolvimento dessas práticas. Cito o exemplo da acupuntura, onde os médicos estão lutando para que a técnica seja somente desenvolvida para eles, não por interesse, mas sim por conquista de mercado de trabalho. Há necessidade que haja capacitação para que ele possa atuar

com seriedade em função da responsabilidade em relação ao paciente e não pela disputa do campo de trabalho. Condeno a formação de acupuntura voltada exclusivamente para médicos”.

(FONOAUDIÓLOGA)

A Secretaria Municipal de Saúde, através da portaria Nº 1, em 28 de janeiro de 2003, instituiu a implantação da prática de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa nas unidades de saúde e hospitais mantidos e vinculados ao poder público municipal. Uma comissão municipal de acupuntura será composta por representante da Secretaria Municipal de Saúde e de cada Distrito de saúde, dois profissionais com formação em acupuntura, sendo um médico e outro de categoria profissional diversa, um representante do Departamento de Saúde e um consultor técnico. Esses profissionais serão responsáveis pela normatização, avaliação e diretrizes para o funcionamento da prática da acupuntura e medicina tradicional chinesa em consonância com os princípios do SUS.

Em relação aos conflitos acima citados sobre a disputa dos profissionais médicos em relação ao exercício da acupuntura, a Secretaria Municipal de Saúde, resolveu no Artigo 4º, da portaria acima citada que “a prática da acupuntura e medicina tradicional chinesa poderá ser exercida por profissional da saúde com especialização em acupuntura e MTC, inscrita nos respectivos Conselhos, conforme a regulamentação respectiva do exercício profissional e em consonância com as normas técnicas elaboradas pela Comissão Municipal de Acupuntura e Medicina tradicional Chinesa. Mas faz uma ressalva, em Parágrafo Único que: “exclusivamente para a prática da acupuntura, o profissional somente poderá exercê-la, desde que receba o paciente com avaliação e diagnóstico médico” (CAMPINAS, 2003).

Quanto à inserção da acupuntura na rede de serviços de saúde tende a se ampliar com o apoio institucional da Secretaria de Saúde, pois existem atualmente quarenta e dois acupunturistas cadastrados, mas somente 50% deles atuam nas unidades e hospitais públicos. Em julho de 2004 foi ampliado o acesso às sessões de acupuntura para pacientes atendidos pelas unidades de saúde dos

Distritos de saúde Leste, Norte e Sul e também no Ambulatório de Especialidades do Hospital Municipal Mário Gatti, onde deverão ser disponibilizadas aproximadamente 1, 4 mil sessões para pacientes de todas as regiões da cidade, segundo dados da Secretaria (CAMPINAS, 2004).

Como incentivo à capacitação dos profissionais foi firmado um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto de Pesquisas e Ensino Médico em Acupuntura – IPEMA – de Campinas para a capacitação dos profissionais interessados. Outras iniciativas quanto à capacitação se referem a introdução de noções básicas de medicina tradicional chinesa como a prática de massagem Tui-Ná, nutrição e fitoterapia chinesa ainda em andamento.

Esse movimento não está acontecendo apenas em nosso país e a própria OMS relata o crescente avanço da acupuntura como especialização de profissionais de saúde em pelo menos 78 países, se convertendo em uma das terapias complementares e alternativas mais populares do mundo, praticada não só por acupunturistas, mas também por médicos alopatas.

Questionamentos feitos pela OMS, 2002, em relação à acupuntura, amplamente praticada em muitos países, além da China, se relacionam a segurança e eficácia dessa terapêutica e a pergunta é se elas se aplicam dentro dos mesmos princípios de formação, habilidade e conhecimento que em seu país de origem.

Com essa preocupação, em conjunto com reconhecidos profissionais de acupuntura, a Organização Mundial de Saúde tem desenvolvido documentos, denominados “Guias sobre la Formación y Seguridad Básicas em Acupuntura y las Guias para el Estúdio Clínico sobre Acupuntura”, que orientem as autoridades sanitárias de diversos países, no sentido de estabelecer uma nomenclatura internacional para regulamentar a prática e o estudo da acupuntura (OMS, 2002).

8.1.3 A Área da Fitoterapia

A fitoterapia pelos resultados apresentados anteriormente foi a terapêutica que mais se expandiu na rede nesses últimos anos e hoje o medicamento fitoterápico é distribuído por todos os distritos de saúde e o rol de plantas foi ampliado de seis para doze fitoterápicos nos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas .

Na gestão administrativa atual houve grande avanço na organização desta área na rede de serviços de saúde, com a oficialização, pela Portaria, N°13, de novembro de 2001 do Programa de Fitoterapia na Secretaria Municipal de Saúde. Houve ainda a promoção da Semana Municipal de Fitoterapia, que contaram com duas promoções, no ano de 2003 e 2004 com o intuito de divulgar a área para os profissionais interessados.

Dentro da perspectiva de ampliação da fitoterapia foi inaugurada, pela Prefeitura Municipal, a “Botica da Família”, uma farmácia de manipulação de medicamentos fitoterápicos para os usuários das Unidades de Saúde. O objetivo dessa farmácia é garantir o abastecimento dos medicamentos fitoterápicos com qualidade e garantir o fornecimento gratuito contínuo dos mesmos. São doze ervas adquiridas de fornecedores e manipuladas em forma de cremes, géis, xaropes e chás.

“Definimos que estaríamos comprando uma farmácia de manipulação própria para garantir a qualidade desses medicamentos, oferecimento contínuo e também uma provável ampliação desses fitoterápicos. A questão da qualidade dos medicamentos é muito séria e precisa de atenção. A parceria com o hospital psiquiátrico “Dr Cândido Ferreira”, que oferece a oficina de trabalho agrícola onde ocorrerá o plantio das ervas medicinais para suprir a farmácia e manter a qualidade com a espécie correta desde o início”.

(MÉDICA)

Futuramente parte das plantas para a produção de medicamentos será fornecida pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira, que em parceria com o Centro de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas – CPQBA – Da UNICAMP está

iniciando o cultivo orgânico de ervas para esse fim. Segundo dados da Secretaria de Saúde, cerca de 10 mil pessoas se beneficia da fitoterapia como opção terapêutica no Sistema Único de Saúde em Campinas.

Esta iniciativa está em consonância com experiências semelhantes realizadas em nosso país, como o Projeto “Farmácias Vivas”, desenvolvido pela Universidade do Ceará em parceria com a prefeitura de Fortaleza e o Projeto Verde Saúde, da prefeitura de Curitiba, estado do Paraná, ambos com hortos de plantas medicinais para distribuição à população através de postos de saúde e com mais de dez anos de implantação (MATOS, 1998).

Esta tendência vem de encontro às recomendações da OMS sobre medicinas tradicionais, complementares e alternativas em proporcionar apoio aos programas que desenvolvem fitoterapia em relação ao cultivo sustentável de plantas medicinais e a qualidade dos produtos fitoterápicos para assegurar o uso apropriado, seguro e eficaz dessa terapêutica (OMS, 2002).

A utilização de plantas medicinais com a finalidade de tratar doenças é milenar e tem acompanhado todas as sociedades e culturas conhecidas e, segundo QUEIROZ, (2003, p.138): “com o desenvolvimento do paradigma positivista e mecanicista na medicina, o foco dirigido ao mundo vegetal como possibilidade terapêutica foi ficando cada vez menor, na medida em que crescia na ciência uma atitude contrária à natureza e a qualquer tipo de saber popular”.

O movimento contracultural dos anos 60 contribuiu decisivamente para o aumento de interesse por plantas medicinais, em contraposição à sociedade industrial e a indústria farmacêutica, em particular. Nesta época o interesse voltado a países como a China e à Índia, que desenvolviam uma medicina tradicional milenar e adotavam as plantas medicinais de forma terapêutica eficaz, trouxe uma contraposição à medicina alopática centrada na intervenção hospitalar e quimioterápica.

A população rural brasileira, com influência da população indígena e também da imigração européia conhece e utiliza muitas centenas de plantas para fins terapêuticos. Porém o trabalho sobre o resgate desse conhecimento ainda

esta por fazer. O Brasil é o país que possui a maior flora do mundo, concentradas principalmente na Amazônia e na Mata Atlântica. Segundo BARATA (1997) existem em nosso país cerca de 55 mil espécies vegetais, sendo 33 mil só na Amazônia, destas, 10 mil seriam medicinais. A China possui 27 mil espécies, sendo 5 mil medicinais; a Índia tem 18 mil, sendo 2, 5 mil medicinais (BARATA 1997; QUEIROZ, 2003).

Segundo a OMS, 2002, as políticas públicas sobre medicina, em âmbito mundial, estão reconhecendo que na medicina tradicional o uso de plantas medicinais é parte integrante da cultura, história e crenças de um país e que essas práticas devem ser analisadas como parte do sistema sanitário do país. Neste sentido, o Brasil pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de novos medicamentos a partir de plantas, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da sua população. Os trechos de entrevistas a seguir focalizam esse aspecto:

“Basicamente trabalho com os fitoterápicos protocolados na prefeitura e outras plantas medicinais que a própria família está usando e que não proibimos de imediato e procuramos pesquisar e conhecer as suas aplicações de uso e posteriormente informamos os profissionais de saúde.

A indicação das plantas medicinais, às vezes, acaba saindo da própria família, e quando a informação sobre o uso chega até nós é porque já está sendo usado. O que presenciamos é que muitas pessoas têm em suas casas muitos canteiros, muitos mesmo. São mais de vinte canteiros no bairro em que trabalhamos e precisaríamos fazer um levantamento sobre o que e para que eles utilizam essas ervas. É um trabalho que futuramente eu gostaria de fazer porque é muitíssimo interessante. As indicações de muitas plantas que são usadas coincidem com a de várias famílias e existe uma sistematização entre eles. Infelizmente não existe levantamento nenhum a esse respeito”.

(ENFERMEIRA)

“Há muita aceitação da clientela pelos fitoterápicos que confiam nos profissionais de saúde. Hoje a comunidade traz da própria vivência esse conhecimento popular que é bastante divulgado e muito antigo. Quando íamos indicar, por exemplo, a arnica para os casos de hematomas, as pessoas já sabiam qual a sua utilidade, já tinham a planta em suas casas e usavam há muito tempo. Então trocamos muitas mudas de plantas e eles nos ensinam muito. Há todo um envolvimento da comunidade”.

(ENFERMEIRA)

A crescente demanda por produtos fitoterápicos segue uma tendência mundial e alguns dados sobre o investimento público e privado nesta área indicam que estão claramente aumentando. Segundo dados fornecidos pela Associação de Pesquisa em Ervas Americana, o mercado mundial de produtos com ervas elaborados através do conhecimento popular e tradicional é estimado atualmente em 60 milhões de dólares. Nos Estados Unidos houve um aumento de 101% nesse mercado entre maio de 1996 e maio de 1998. Os maiores índices de aumento desses produtos mais populares incluem as ervas: Ginseng (26%), Ginkgo biloba (143%), Echinacea (96%) e Erva de São João (102%). (OMS, 1998).

O amplo uso dos medicamentos à base de plantas é atribuído ao fato de que na maioria dos países em desenvolvimento, muitas vezes a única fonte acessível de atenção sanitária se encontra nos produtos fitoterápicos por serem mais econômicos. E nos países desenvolvidos o uso popular é impulsionado pela preocupação sobre os efeitos adversos que os medicamentos químicos provocam no homem (OMS, 2002).

No Brasil pesquisas de caráter regional demonstram que o uso de plantas medicinais pela população é cerca de 80% entre os trabalhadores urbanos e apenas 20% da população consome 63% dos medicamentos disponíveis e o restante encontra nos produtos de origem natural uma fonte importante de recursos terapêuticos (QUEIROZ; PUNTEL, 1997). Segundo BARATA (1997) o investimento financeiro e o tempo na pesquisa para a produção de fitoterápicos é muito menor em comparação aos medicamentos químicos e este fato vem de encontro a uma população de cinquenta milhões que não têm acesso aos medicamentos.

O desenvolvimento nesta área em nosso país ainda é muito lento, tanto por parte das Universidades e Institutos de Pesquisas em fomentar a valorização da fitoterapia quanto a estratégias de políticas públicas que dimensionem apropriadamente a inserção dessa terapêutica nos serviços de saúde do país. Em relação a essa morosidade encontramos paralelo na Secretaria

de Saúde de Campinas. Os segmentos de entrevistas a seguir evidenciam esse ponto:

“Quanto às implantações das medicinas complementares e alternativas há o processo político que interfere e cito a fitoterapia como exemplo. Esse processo da implantação da fitoterapia na rede pública é quase um adolescente e já deveria estar bem mais avançado, em relação a outros estados e que têm a mesma idade. Talvez por estarmos dentro de Campinas que tem várias universidades e valorizar muito a cultura tecnicista e com alta tecnologia. Mas na realidade precisamos parar para perceber que não precisamos necessariamente de grandes soluções mirabolantes para resolver e prevenir pequenos problemas de saúde e poderemos utilizar soluções mais simples que as próprias pessoas têm e usam e acreditam nisso. Falta respaldo político e muitos profissionais dentro da rede, quando faltam medicamentos, por exemplo, acham que seria melhor não comprar o xarope de guaco, os cremes, os chás. Quando se fala em orçamento a primeira coisa que se pensa é em cortar os fitoterápicos. Esta é a lógica, ainda muito antiga e enraizada”.

(ENFERMEIRA)

Segundo, FERRARI (1984) o que realmente falta ao Brasil, em relação à fitoterapia é o interesse da área oficial, amparo e estímulo à pesquisa. Enquanto isto não acontecer dificilmente sairemos da situação de quase desconhecimento de nossa flora medicinal. Alguns medicamentos levam anos para serem promovidos para a produção industrial e essa demora tem causado perdas importantes para o nosso país como aconteceu recentemente com a patente do *Phyllanthus niruri*, o quebra-pedra e a *Maytenus ilicifolia*, a espinheira santa, plantas genuinamente nacionais que foram patenteadas pelos Estados Unidos e Japão, respectivamente (QUEIROZ, 2003).

A história desse processo de institucionalização das medicinas alternativas vem se escrevendo com muitos percalços nas últimas décadas no Brasil, especialmente com a acupuntura que na segunda metade da década de 90, encontrou obstáculos constantes interpostos pela medicina socialmente hegemônica.

Segundo LUZ (2003, p.74) “a corporação médica, geralmente se opõe à legitimação de medicinas alternativas, a não ser que tal legitimação se faça mediante seu reconhecimento como “especialidade médica”, isto é, como saber e

prática médica, a ser exercida e controlada pelos médicos” e uma série de confrontos e polêmicas vem resultando deste processo de reorientação das relações entre sociedade e medicina.

No entanto a introdução dos fitoterápicos nas Unidades de Saúde demonstra ter uma capacidade maior de adaptação às normas institucionais uma vez que seu atendimento clínico não precisa ser diferente do atendimento tradicional.

A assistência com a fitoterapia preconiza a participação do cliente e estimula o auto-cuidado no sentido de ampliar a percepção de sua própria saúde adotando uma perspectiva de integração do indivíduo consigo mesmo e com a natureza que o cerca e que faz com ele se aproxime mais das medicinas tradicionais, complementares e alternativas. Este aspecto da fitoterapia é sentido pelos profissionais de saúde da rede pública de Campinas, como o demonstra o trecho da entrevista a seguir:

“Em primeiro lugar eu acho que a fitoterapia pode ser usada dentro de uma lógica alopática, dependendo de quem está interpretando, mas eu considero a fitoterapia um aspecto da assistência muito maior. Como exemplo, uma pessoa que está fazendo um chá: ela prepara o chá, espera o chá esfriar um pouquinho, enquanto isso ela pode refletir um pouco, entrar em contato com ela mesma, ou seja, ela está entrando em contato e tendo cuidado com a sua saúde. Ao passo que se eu dou um comprimido, coloca-se na boca, engole e é como se eu procurasse soluções rápidas para os seus problemas. Então eu vejo a fitoterapia mais relacionada com a saúde do que com a doença. Uma relação também com a cultura, com os próprios antepassados, em estar não sei se regatando, porque não sei se isso está tão perdido assim...mas estar trabalhando com esses conhecimentos tradicionais que não podem ser perdidos porque são efetivos. Acho que a cura não vem só por causa da droga, mas da relação com a saúde, com o seu corpo também”.

(ENFERMEIRA)

A avaliação dos resultados da implantação dos fitoterápicos na rede básica de saúde é otimista. Um ponto interessante a ser observado é que a fitoterapia foi a prática terapêutica citada por todos os profissionais entrevistados como também foram unânimes ao afirmarem que ela é aceita tanto pelos profissionais de saúde como pela população em geral.

Atualmente os fitoterápicos ofertados para a rede de saúde, através da nova farmácia “Botica da Família”, são os seguintes:

- Babosa (Aloe vera): forma farmacêutica em gel;
- Calêndula (Calendula officinalis) : forma farmacêutica em gel;
- Espinheira Santa (Maytenus ilicifolia): forma farmacêutica em folhas;
- Guaco (Mikania glomerata): forma farmacêutica em xarope;
- Maracujá (Passiflora alata): forma farmacêutica em folhas;
- Quebra Pedra (Phyllanthus ninuri): Forma farmacêutica em folhas;
- Malva (Malva silvestris): Forma farmacêutica em folhas;
- Arnica (Arnica montana): forma farmacêutica em creme.

8.1.4 A Área da Homeopatia

De todas as terapêuticas alternativas, a homeopatia foi a que se relacionou mais facilmente com o sistema público de saúde pelo seu reconhecimento como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina desde 1980 e também por apresentar em nosso país uma tradição já traduzida em documentos históricos sobre o reconhecimento do ensino e da prática médica homeopática que remontam ao século dezenove (LUZ, 1996).

Apesar de não ter sido inserida em currículos oficiais das escolas médicas do país esta especialidade vem avançando de forma significativa através do interesse crescente dos profissionais médicos que realizam suas formações em centros de formação idôneos principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (QUEIROZ, 2003).

Do ponto de vista conceitual e teórico, a Homeopatia, desenvolvida pelo médico alemão Samuel Hahnemann, em 1796, é um sistema vitalista, que defende a existência de um princípio vital que anima o organismo físico. Este princípio harmonizador, imaterial, não pode ser apreendido empiricamente, o que torna a homeopatia uma terapêutica completamente oposta e contrária, em relação a

concepção de organismo e em relação ao processo saúde e doença à medicina oficial alopática (HAHNEMANN, 1989)

Apesar da grande diferença de abordagem, este sistema de medicina reivindica a sua condição de ciência verdadeira e não nega a importância do método científico e da experiência empírica. A história da homeopatia no Brasil revela um embate de posturas de paradigmas em que o vitalismo e o foco de interesse centrado no paciente perdem para o mecanicismo e o foco de interesse centrado na doença (LUZ, 1996; QUEIROZ, 2003).

Essa teoria trabalha com processos vitais, energéticos e a pessoa é vista como um todo, onde a causa dos males físicos é buscada respeitando-se os componentes emocionais e mentais do indivíduo. O tratamento homeopático é personalizado e demanda um tempo maior na coleta de dados com os pacientes tornando a consulta mais longa até que se chegue a um medicamento também personalizado e único para aquela determinada situação. Esses medicamentos são naturais e provêm dos reinos animal, vegetal e mineral.

Essa dificuldade em se traduzir os pressupostos da teoria homeopática para a linguagem científica dominante é que levou a homeopatia a ser considerada pela medicina alopática como uma abordagem obscura e não científica, provocando ainda comentários contrários à sua validade como ciência médica junto de seus próprios pares. O comentário que se segue traduz essa dificuldade:

“Pessoalmente acho que as terapias complementares têm o mérito de darem esperança e estímulo na melhora do paciente, enquanto qualidade de vida. Porém não acredito na lógica dessas terapias, principalmente a homeopatia. Não aceito a homeopatia de forma alguma! Porque não tem fundamentação lógica, científica, teórica e seus resultados são auto-sugestão, apenas.”

(MÉDICO)

Contudo, apesar dessas dificuldades e resistências a homeopatia traduz um conceito de que cada caso é um caso e é impossível generalizar uma

doença e um tratamento e sua principal característica é tratar a pessoa e não a doença. É uma prática que exige sensibilidade e intuição por parte desses profissionais que procuram dimensioná-la dentro de uma nova concepção de saúde e doença e isso vai de encontro às propostas de clínica ampliada e acolhimento dos usuários da rede pública.

De um modo geral, os profissionais entrevistados relataram sentir um grande interesse da população por essa abordagem terapêutica nas unidades onde havia disponibilidade para essa prática. A experiência dos bons resultados terapêuticos é valorizada pelos usuários do serviço público. O trecho de entrevista abaixo mostra como a homeopatia é percebida pela população e pelos próprios profissionais da saúde:

"A minha experiência foi há alguns anos atrás, quando a Policlínica era um ambulatório de especialidades de terapias alternativas e lá estavam os consultórios de homeopatia, fitoterapia e acupuntura. Nessa época havia muito interesse e os profissionais usavam essas terapias e os resultados eram discutidos entre eles. A demanda era grande, mas não tínhamos estrutura e para a secretaria naquele momento isso era prioridade. Mas sempre houve muito encaminhamento para a homeopatia, principalmente pela neurologia. Não há abandono por parte da população aos tratamentos e o grande problema é que começa a dificultar a entrada de outros pacientes porque a procura é muito grande. Atualmente existe uma relação muito interessante entre a saúde mental, a neurologia e a homeopatia, principalmente com pacientes da clínica infantil. Não há conflitos nessa prática e há muita discussão de casos. Há apenas um homeopata e ele faz esse elo a ponto de nós reservarmos uma vaga por semana para os pacientes dessa área. Outro fato que notei foi à adesão e a procura dos próprios funcionários para essas práticas, principalmente a homeopatia onde a procura é muito grande. A propaganda que eles fazem é também muito grande".

(ENFERMEIRA)

Para que houvesse uma adequação nos atendimentos realizados pelos médicos homeopatas na rede pública, disponibilizando maior número de consultas, houve um incentivo por parte da Secretaria de Saúde para que as unidades dessem espaço para que isso ocorresse.

Através do GTRIS, nos últimos dois anos, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas objetivou a discussão de estratégias de ampliação da

Homeopatia na rede pública, que redundaram em ações positivas para a oficialização dessa racionalidade médica no Município.

E em novembro de 2003 foi promovida a I Semana de Homeopatia, com o tema “Homeopatia na atenção primária à saúde” e como fórum de debates os seguintes assuntos foram tratados: Racionalidade Médica Homeopática: uma inclusão social; Homeopatia no contexto da medicinal institucional; Homeopatia em Unidade Básica de Saúde: um espaço possível; Escola Paulista de Homeopatia e Secretaria de Saúde de Campinas: parceria.

Neste encontro foram delineadas algumas diretrizes e ações que redundaram na Portaria Nº 7, de 25 de Novembro de 2003 que instituiu as diretrizes de funcionamento dos serviços de homeopatia na Secretaria Municipal de Saúde como política pública.

Esta portaria estabelece a sua oferta de atendimento para todas as unidades de saúde e hospitais do Sistema Único de Saúde e conveniados, visando ampliar o acesso da população a esta especialidade em consonância com os princípios do SUS como também a distribuição gratuita de medicamentos homeopáticos prescritos pelos profissionais do serviço municipal. A produção de medicamentos homeopáticos é realizada por uma parceria com uma farmácia da cidade de Campinas.

No mesmo mês a Prefeitura Municipal formalizou parceria com a Escola Paulista de Homeopatia para formação e reciclagem em homeopatia para profissionais da secretaria de saúde de Campinas e estabeleceu que a rede municipal de saúde fosse campo de estágio da referida escola estimulando o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos científicos entre os profissionais da rede.

E em dezembro de 2003, foi sancionada a Lei Nº 11786 que oficializa a Semana de Homeopatia no município que instituiu a comissão organizadora com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, do Departamento de Homeopatia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas e do

Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (CAMPINAS, 2003).

Atualmente a Secretaria de Saúde dispõe de um Ambulatório de Especialidades, no Distrito Sul, com sete médicos homeopatas que atendem em carga horária integral e outros 11 médicos homeopatas distribuídos nos demais distritos da rede e possui mais de 10 mil pacientes cadastrados e segundo a pesquisa 371 pessoas aguardam vagas para serem atendidas.

O levantamento feito pelo GTRIS aponta que na rede pública existe um total de 37 médicos homeopatas, e somente 17 atuantes, que poderiam se integrar nos atendimentos que seriam disponibilizados para todas as Unidades Básicas de Saúde. Portanto a Secretaria de Saúde já conta com recursos humanos e com infra-estrutura para ampliar os serviços e o acesso dessa especialidade à população.

Espera-se que a oficialização da homeopatia colabore e acelere o processo de adequação e organização para a implantação dessa prática nas unidades básicas de saúde superando os obstáculos iniciais, principalmente no que se refere ao período da consulta homeopática, como relatam os profissionais abaixo:

“Quanto à homeopatia, a natureza e a especificidade da especialidade trazem dificuldades pelo tempo de atendimento desses profissionais. E a meu ver esse profissional deveria fazer um atendimento qualificado o que não contempla as características e as especificidades dessa prática pela dificuldade de atuação junto à equipe da unidade de saúde”.

(MÉDICO)

“Não há práticas implantadas, mas houve uma tentativa de implantação da homeopatia que não foram boas nessa unidade. O homeopata, que está aqui há doze anos, teve resistência muito grande pela própria equipe, e isso se deu em relação aos próprios médicos que não concordavam com o período de uma hora de consulta na homeopatia. Outro problema é que alguns médicos homeopatas não conseguem se adaptar porque a maior queixa é a demanda que o projeto Paidéia contempla e prioriza, dificultando os atendimentos que demandam mais tempo”.

(MÉDICA)

Quanto aos dados qualitativos é importante ressaltar em nossa pesquisa a representação social dos coordenadores de unidades básicas de saúde no que se refere à evidência que esses agentes entrevistados fizeram em relação a sua disponibilidade, enquanto coordenadores de implantar essas terapêuticas nas unidades básicas de saúde.

Em nossa pesquisa todos os coordenadores entrevistados mostraram-se favoráveis a implantação dessas práticas. Apontaram como dificuldades, mas não como impedimento, os problemas em relação ao espaço físico e adequação das unidades, a necessidade de maior contingente de recursos humanos, provisão de materiais, estabelecimento de diretrizes para a implantação da capacitação profissional, a organização dos horários de atendimento e conscientização de toda a equipe através de maior informação sobre o assunto.

Em relação aos pontos positivos argumentam que essas práticas são compatíveis com os fundamentos do SUS, melhoram a qualidade de vida da população e contribuem para a diminuição da medicalização e no incentivo ao auto-cuidado. Os trechos das entrevistas abaixo demonstram esse resultado:

“Acabamos de ter uma reunião com a Secretária de Saúde e ela mencionou que uma das coisas mais importantes que houve nesse ano foi a implantação das práticas complementares e alternativas na rede pública, apontadas por todos os coordenadores de unidades básicas entre as seis pontuações de importância como um ganho, um caminho positivo.”

(FONOAUDIÓLOGA)

“Quanto à implantação das práticas é tranquilo, porque o usuário vai aos poucos percebendo que as alternativas que promovem a saúde são menos lesivas, mas ao mesmo tempo são um pouco provocativas porque essas práticas trazem em seu bojo o conceito de co-responsabilidade, de auto-cuidado, resgata a autonomia do sujeito para com a sua saúde e isso é o que elas trazem de complementar e deve ser estimulado.”

(MÉDICO)

Esses resultados corroboram os dados qualitativos obtidos na pesquisa do GTRIS quanto às disponibilidades dos coordenadores de unidades básicas de saúde em implantar essas práticas onde: “entre os 68 entrevistados, 68% teriam

disposição positiva, ao passo que 32% não teriam disposição para a implantação dessas terapias” (BARROS, 2002). A pesquisa também aponta para os mesmos aspectos positivos relatados acima. Segundo o GTRIS, na avaliação de sua pesquisa ressalta:

“Pode-se afirmar que a existência de práticas complementares e alternativas na rede pública municipal de saúde de Campinas não é circunstancial ou conjuntural. Certamente esse município é um dos poucos no mundo que tem levado a sério a proposta da Conferência Mundial de Atenção Primária, em 1978, que preconizou “Saúde para todos no ano 2000”, principalmente, a partir da associação com outras práticas de atenção, tanto das alternativas popular e informal, quanto da alternativa profissional do campo da Saúde. Sem dúvida, por isso, a maior parte dos coordenadores dos serviços está disposta a implantar práticas complementares, pois qualifica de maneira positiva o seu desenvolvimento para os usuários e as equipes profissionais.”.

Como conclusão deste capítulo, gostaríamos de enfatizar que a experiência da implantação das áreas de desenvolvimento das medicinas tradicional, complementares e alternativas, pelo Grupo de Trabalho de Racionalidades Integrativas em Saúde - GTRIS - na rede municipal de serviços de saúde indicam conquistas inegáveis visando promover a organização dessas terapêuticas no âmbito das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

A contribuição deste grupo da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas chegou até o Ministério da Saúde que recentemente criou um grupo de estudos com a finalidade de discutir a elaboração de políticas públicas com a intenção de implantar as terapias complementares e alternativas em âmbito nacional, incentivando a oferta através do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional.

Esse grupo de trabalho, do qual elementos do GTRIS fazem parte, denomina esta área de políticas das medicinas naturais e práticas complementares em saúde e trabalham na implantação de quatro áreas fundamentais: homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica e fitoterapia. A idéia inicial do Ministério da Saúde é criar Núcleos de Saúde Integral,

que seria uma instância intermediária entre as equipes locais de referência e as equipes de especialidades que poderiam contar com profissionais das diversas práticas complementares em saúde para a inserção dessas práticas nos pólos de capacitação, com garantia de fonte de financiamento. Este fato poderá dar suporte a uma preocupação de todos os membros do GTRIS quanto à continuidade ou não do trabalho pela próxima administração municipal.

Certo tempo ainda é necessário para avaliar a contribuição dessas práticas, uma vez que a sua continuidade dependerá de muitos fatores como um suporte de políticas públicas que incentivem e financiem essa área.

A assistência prestada pelos profissionais das medicinas complementares e alternativas ainda se apresenta insuficiente em relação à alta demanda dos usuários por esse tipo de serviço e a necessidade de um posicionamento maior do GTRIS em relação ao planejamento da operacionalização dessas práticas nas unidades básicas. Os trechos das entrevistas a seguir mostram essa preocupação com o planejamento em relação a essas terapias.

“Penso que o GTRIS é um grupo pensador e em minha opinião, seria necessário que houvesse um grupo operacionalizado, porque há necessidade que haja grupos distritais para que se possam mobilizar os apoios institucionais. Há a palavra de ordem para a implantação, mas não o apoio para isso. Precisaria ter havido um cuidado maior com a implantação dessas práticas que a meu ver não houve no início. Penso que a maneira seja que dentro da política de saúde, deveria ter se pensado em uma política para as práticas alternativas.”

(MÉDICA)

“As práticas foram apresentadas pelo GTRIS, mas nunca além do que informação. Teria como sugestão não cometer os mesmos erros do início dessa implantação. Porque todas as práticas são importantes, mas nem todas cabem em todos os lugares. Por exemplo, acho que teríamos que ter um estudo da característica de onde você irá implantar. Por exemplo, a acupuntura não pode ser implantada linearmente, depende dos profissionais e do momento que aquela unidade está passando. Se você entra no momento certo você tem quase 100% de chance. É preciso planejar o que vai implantar. Acho que essas terapias vão potencializar e muito que a gente faz, porque o que a gente faz é pouco.”

(MÉDICA)

Porém não há dúvida que as transformações institucionais caminham em grande velocidade e que há, nesse processo, transformações significativas e muitos pontos positivos a serem destacados. A colocação por parte da profissional esclarece alguns pontos a serem observados para o futuro:

“Em minha opinião há que aliar o aspecto formal, ocupar espaços e regulamentar essas práticas complementares e alternativas. É necessário buscar os decretos que instituam e garanta a construção dessa prática aliada à vivência acadêmica, às experiências já testadas, fazer e escrever sobre o assunto”.

(MÉDICA)

“Há também a necessidade de identificar junto à população o interesse por essas práticas, porque eles procuram outras alternativas de tratamento. Como essa comunidade vê e busca e deseja essas práticas. Essa adequação é necessária pelo respeito ao que já existe com resultados já comprovados e aplicados em outras regiões. Estabelecer protocolos de atendimento para essas práticas também é prioridade.

O movimento das terapias alternativas foi um pouco dificultado em nossa administração pela avalanche de coisas, prioridades e as mudanças de gestão. Mas acredito que há possibilidade de rever e se firmar nesta direção”.

(MÉDICA)

**As Terapias Complementares e
Alternativas e as Representações Sociais
dos Profissionais de Saúde**

Nos capítulos anteriores pudemos observar os limites do paradigma positivista em abranger todas as dimensões da idéia de saúde e doença. Vimos também que há conflitos entre os próprios profissionais da saúde para ocupar espaço com as terapias complementares e alternativas, como uma opção diferente no campo hegemônico da saúde. Dessa forma a crise epistemológica, confunde-se com a crise administrativa e da saúde de uma forma geral, numa busca por alternativas.

Apresentaremos neste capítulo três temas que se apresentaram como pontos significativos das representações sociais dos profissionais entrevistados nessa pesquisa.

A primeira questão se refere à convivência democrática dessas práticas com a medicina hegemônica e o seu risco de fragmentação na adaptação ao modelo hegemônico. Para a análise deste contexto foram focalizadas as representações sociais sobre o conceito de terapias complementares e alternativas de seis profissionais médicos, um sociólogo, consultor do departamento de saúde e oito enfermeiros da rede de serviços de saúde.

Uma outra categoria que foi ressaltada nas representações sociais dos entrevistados diz respeito à diversidade de sentidos e de representações relativas à saúde e não a doença por parte dos usuários das práticas complementares e alternativas. Para esta questão foram analisados todos os sujeitos entrevistados. A escolha desses profissionais ocorreu em função de seu papel de comprometimento prático e teórico nas atividades oficiais que lidam com alguma prática alternativa.

E para finalizar apresentamos as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o Projeto Paidéia da Saúde da Família e a implantação das terapias complementares e alternativas, numa análise da reforma em curso na secretaria de saúde.

9.1 Relação das Terapias Complementares e Alternativas com a Racionalidade Médica Hegemônica: Convivência Possível?

A dissidência teórica e epistemológica de profissionais da saúde diante do modelo científico hegemônico na rede pública de serviços de saúde se dá através da crítica à medicina alopática no que se relaciona ao reducionismo biológico, a ênfase na estatística e a valorização do método sobre o fenômeno e da doença sobre o doente.

Merece ser destacado nessa postura o fato de que a superação do paradigma mecanicista não significa a sua exclusão, mas sim a sua transcendência. A opção por algum tipo de medicina alternativa não significa negar os procedimentos da medicina alopática, mas incluí-la numa dimensão mais abrangente (QUEIROZ, 2003). A citação da entrevista abaixo demonstra essa preocupação:

“A minha visão a respeito da relação da prática complementar e alternativa com a racionalidade médica dominante no serviço de saúde pública é que as duas se complementam mesmo. Não são excludentes. O que eu vivo na prática é uma dificuldade em relação à formação médica ser muito “fechada”, muito cartesiana, muito “biologicista” e isso faz com que esses profissionais tenham uma grande dificuldade em poder constatar e até experimentar uma outra prática e observar os seus resultados. Na minha avaliação dá para compor e eu tenho conseguido com alguns médicos esse trabalho.

___ Vamos fazer o exercício de viver juntos! Como é que seria o tratamento com o Toque Terapêutico em um paciente que apresenta hipertensão ou uma crise de enxaqueca? Vamos ver a evolução.

Mas como cientificamente a comprovação dessas terapêuticas ainda não é dada há resistência por parte de alguns profissionais, que não são a maioria. Em minha vivência dá para compor ainda que com algumas resistências de determinados profissionais.”

(ENFERMEIRA)

Para todos os entrevistados, o paradigma mecanicista, subjacente à medicina hegemônica alopática, já esgotou suas possibilidades de ampliar a visão humana e tende a ser superado por uma perspectiva mais abrangente. A introdução das práticas complementares nesses serviços, de acordo com a

argumentação dos entrevistados traz a possibilidade de criar uma nova ciência no interior de um novo paradigma com características integradoras da realidade.

O conceito de paradigma científico, ciência normal e revolução científica, a partir da teoria de KUHN (1975) são de fundamental importância para a população pesquisada no que se refere à edificação de uma ciência que admite um caráter subjetivo e humano. O pensamento de Kuhn tem seu eixo principal no fato de que o paradigma científico é sustentado principalmente pela comunidade científica e pela sociedade nos seus interesses sociais, econômicos e culturais.

As deficiências de nosso sistema atual de assistência à saúde, em termos de custos, eficácia e satisfação das necessidades humanas, estão ficando cada vez mais notórias e são cada vez mais reconhecidas como decorrentes da natureza restritiva do modelo conceitual em que se baseia. Os trechos de entrevistas a seguir nos mostram essa base de pensamento:

“Penso que as medicinas complementares e alternativas são iguais a todas as outras práticas só que são alternativas porque temos a ciência, hoje, que monopoliza a referência de produção do saber, de legitimação das práticas em saúde e esse monopólio é muito relativo do ponto de vista social, mas é extremamente forte e real na instituição pública de saúde que é quase toda dominada pela referência da ciência como legitimadora das práticas e do saber. Essa ciência parte do pressuposto que é muito preconceituoso, de que tudo deve ser validado por ela e isso traz um sentido de apropriação, certa dominação e controle que são valores da própria ciência. Nesse sentido é sempre muito arrogante, totalitário, às outras práticas e saberes não considerados científicos.

Mas hoje em dia, com a legislação do SUS e com os questionamentos internos da própria ciência nas últimas décadas já é possível na instituição pública e mais embrionariamente na academia inserir outra ciência, que chamamos de medicina ou práticas alternativas em saúde, que são novas ou muito velhas e que têm outras referências de legitimação de prática.

Em princípio eu penso que todas são válidas e ainda está por fazer o trabalho em comparação e de mediação entre os vários tipos de práticas e de saberes”.

(MÉDICO)

“A convivência é necessária e é utópico pensar que iremos chegar e mudar tudo com as medicinas complementares, mas a realidade está aí para ser pensada e vivida. Porque a nossa medicina não está mais dando respostas, a nossa medicação não está mais dando respostas, muito pelo contrário, ela às vezes agrava com os antiinflamatórios que não trazem

resultados e antidepressivos que não resolvem os problemas das pessoas. Eu acredito que este seja um movimento mundial e ele está criando células e num momento irá fazer a virada total. Há um movimento em direção a um novo paradigma que caminha e cada vez está se avolumando mais”.

(ENFERMEIRA)

Esse movimento em direção as terapêuticas alternativas propõe, segundo QUEIROZ, 2003, uma revolução científica que permitiria à ciência uma maior liberdade dos interesses econômicos e sociais que sustentam a ciência positivista, o que traria como possibilidade uma ciência mais humana, ecológica e integradora.

As questões de saúde atuais supõem uma visão mais ampla e integral da saúde da população com o emprego de meios terapêuticos mais universais e menos caros, com uso de tecnologia mais simples que possam assegurar práticas adequadas de promoção e recuperação da saúde, além de políticas públicas de infra-estruturas de saneamento e educação em saúde. A população estudada reconhece essas questões como podemos constatar no trecho da entrevista abaixo:

“As terapias complementares e integrativas vêm ocupando o seu espaço em parte em função de sua potencialidade naquilo que diz respeito às respostas que podem dar aos problemas de saúde enfrentados pelas pessoas e em parte em função da falência ou dificuldades que a medicina moderna, biomédica tem enfrentado no sentido de lidar com problemas mais comuns de saúde. Eu vejo sob esse duplo aspecto aquilo que ela tem de interessante para ofertar e num vácuo deixado pela medicina moderna. E isso criou uma demanda social imensa com a população em direção a essas terapias e podemos perceber esse movimento quando olhamos para os consultórios particulares e mais recentemente para os convênios de saúde. E essa demanda também existe por parte da população atendida pelo SUS e o serviço público não tem feito mais do que reconhecer este fato e fazer um pouco mais no sentido de atender essa população.”

(MÉDICO)

Segundo, LUZ (2003) o sucesso social e institucional das medicinas complementares e alternativas pode ser computado ao encontro cultural das medicinas tradicionais com as novas representações e concepções vitalista

relacionados ao processo saúde/doença, relação homem/ natureza, presentes atualmente na sociedade civil, em todas as camadas sociais que buscam alternativas em saúde. A demanda social e a pressão política em direção a legitimação das medicinas alternativas levarão progressivamente as instituições médicas a absorverem essas terapêuticas de forma institucional.

No entanto esse caminho para a legitimação das terapêuticas alternativas ainda encontram, principalmente em nosso país, uma contraposição da corporação médica. Atualmente, no Brasil, tramita no Congresso Nacional, uma proposta do Conselho Federal de Medicina de regulamentação do ato médico, assinalando uma tentativa de hegemonizar o diagnosticar e o intervir na saúde pelas especialidades médicas, pelo qual toda intervenção terapêutica deverá ser previamente autorizada por um médico.

Em manifestação contrária a esse projeto de Lei os Conselhos Regionais e Federais de todas as profissões ligadas á saúde se uniram numa campanha nacional na tentativa de evitar que esse ato se consume. Numa declaração de apoio a esses Conselhos, LUZ, (2004)¹ se posiciona, num artigo que se intitula “Ato Médico: conceito ético ou categoria ideológica?”:

“Nas últimas três décadas, por razões macro estruturais, a saúde das populações no mundo e, sobretudo em países com desigualdade social profunda, deteriorou-se acentuadamente, provocando uma demanda explosiva de recursos terapêuticos, percebendo-se na demanda da população a procura da atenção e do cuidado integral que a medicina não tem oferecido, por sua opção como objeto de conhecimento pela especialidade, e de intervenção pelas patologias, que busca identificar através de custosas pesquisas e de equipamentos tecnológicos altamente especializados e complexos. O crescimento e a legitimação das disciplinas e terapêuticas como a enfermagem, a nutrição, a fisioterapia, a fonoaudiologia, a psicologia, a educação física, que respondem na prática a esses desafios, têm embasamento também nesta demanda social não atendida. Dentro desse cenário, portanto, não há “ato médico”: há sim práticas diagnósticas e terapêuticas específicas, desenvolvidas por profissionais de numerosas disciplinas do campo da saúde, que têm formação específica, com currículos adequados para transmitir informações, fazer praticá-las através de cursos, estágios, residências, exatamente como a formação médica.

Desse ponto de vista, a proposta do “ato médico” é uma categoria ideológica, que visa a concentrar direitos corporativos em uma única

¹ www.naoaoatomedico.com.br/index/index.cfm23112004

profissão do campo da saúde. É tudo menos ética e esperamos que pelo bem da saúde da população, que esse atraso não se consume.”

(LUZ, 2004)

Ressalta CAPRA (1988) que o modelo biomédico é muito mais do que um modelo. A profissão médica adquiriu o status de um dogma e para o grande público está inextrincavelmente vinculado ao sistema comum de crenças culturais que para suplantá-lo será necessário uma profunda revolução cultural.

Esse cenário de disputas ideológicas também traz preocupação para os profissionais ligados ao movimento em direção as praticas complementares e alternativas, aos quais eles demonstram estar atentos. Os trechos de duas entrevistas a seguir mostram como esses profissionais se posicionam:

“Tudo o que se está fazendo na cidade de Campinas hoje, em relação às práticas alternativas, vai estar em disputa na próxima gestão municipal. Penso que estamos num movimento que ainda é incipiente, mas está caminhando, o tanto que vai avançar, em que velocidade ou se vai ter momentos de retrocesso vai depender muito das forças que atuam tanto de quem é governo, como de quem está na rede dos serviços, os profissionais de saúde.

Os médicos estão brigando para regulamentação do ato médico e apesar de ser médica e compreendendo que se tem que ter uma lei que regulamente isso eu não posso pretender que ao regulamentar o ato médico eu feche as portas para todos os outros profissionais. Com isso eu discordo. Mas tudo está em disputa. Se essa Lei for aprovada, haverá interferência com as nossas práticas aqui e dependendo de quem assumir a secretaria da saúde essas práticas também vão estar em disputa. Vai depender muito de como os profissionais se organizam e de quanto eles estão motivados para garantir seus direitos de exercerem essas suas práticas e os usuários de as solicitarem.”

(MÉDICA)

“Os interesses que moldam esse modelo hegemônico são muito fortes, como a indústria farmacêutica, de equipamentos, de exames laboratoriais. Tenho dúvida dessa co-existência pacífica e num médio prazo, por exemplo, uma unidade que conseguiu introduzir essas práticas com resultados satisfatórios, que levaram a menos consumo de medicamentos, creio que possa haver um “bombardeio”, até da mídia, não valorizando esse ganho. Por outro lado, acredito que essas conquistas, esses avanços das práticas complementares foram muito importantes e a sociedade não pode negar isso. Precisamos de mais avaliação e o tempo poderá mostrar.”

(MÉDICA)

Em seu trabalho, LUZ (1993) demonstrou que distintas racionalidades médicas coexistem na cultura atual e que os sistemas médicos complexos têm cinco dimensões básicas que se exprime em termos teóricos e ou simbólicos numa doutrina médica (que define em cada sistema o processo saúde e doença), numa morfologia humana (estrutura e forma da organização do corpo), numa dinâmica vital humana (movimento da vitalidade, equilíbrio e fisiologismo), num sistema de diagnose e num sistema terapêutico.

Verificamos na medicina ocidental uma tendência a incluir técnicas terapêuticas das medicinas tradicionais orientais como mera apropriação mecânica de aspectos terapêuticos que são parte de um sistema coerente e integrado, desprezando assim o significado filosófico e médico dessas racionalidades (LUZ, 2003).

Os sistemas médicos tradicionais complexos, como por exemplo, a medicina tradicional chinesa tende a ser institucionalizados e inseridos nos serviços de saúde pública em nosso país, apesar das resistências da corporação médica, porém apresentam como declara LUZ (2003, p.60) “uma forte tendência ao sincretismo terapêutico, tanto do lado do paciente, como do lado do terapeuta”.

Isto provoca uma fragmentação dos elementos de terapêutica dessas racionalidades médicas sendo utilizadas conforme a necessidade da demanda de cuidados e de tratamentos. O relato de um médico entrevistado resume esta questão:

“O que me preocupa é uma grande tendência de ocidentalizar em excesso, no mal sentido, o exercício dessas práticas e temos que fazer um contra ponto no sentido que não se perca o sentido maior que é o respeito à pessoa e não ao sintoma. O que caracteriza e é o grande diferencial dessas práticas é a visão holística, ou seja, é o fato de lidar com as pessoas sem fazer divisão de aspectos psico-sociais, espirituais e biomédicos.

Acho que há possibilidade e temos que estimular essa convivência entre as racionalidades. Até como uma forma de sobrevivência os profissionais das terapias alternativas tenderam a trabalhar em núcleos e a não conviver com as outras práticas e isso de certa forma ajudou a garantir a sobrevivência dessas práticas. Agora estamos em momento diverso e temos que estimular que os profissionais convivam e troquem experiências porque isso tende a enriquecer as diversas práticas e claro

isso gerará transformações para todos, inclusive para o paradigma das racionalidades integrativas”.

(MÉDICO)

Apesar de o compartilhamento de profissionais e pacientes de um determinado sistema médico em partilhar paradigmas e representações de sua racionalidade facilitar as relações terapeuta/ paciente, melhorando o processo terapêutico, o risco que se corre com esse sincretismo é o de não se levar em consideração o paradigma dessas racionalidades que são centrados na terapêutica e no processo individual de adoecimento de cada sujeito relacionado a padrões de desarmonia (LUZ, 2003; QUEIROZ, 2003). A previsão da possibilidade de fragmentação dessas práticas se encontra no relato de um profissional consultor entrevistado:

“Acho que num primeiro momento haverá a fragmentação dessas práticas, empobrecerá a prática, perderá a filosofia dessas práticas, mas começa-se a construir uma outra cultura que suporta a diferença e não só mais a prática biomédica. Estamos sendo “engolidos”, nesse momento, mas o fato de coexistir a diferença vai produzir uma coisa diferente. O que não consegue ainda prever são as conseqüências disso e o que visualiza é que está havendo uma abertura de uma outra cultura de suporte. O próprio profissional de saúde está entendendo que ele pode tentar agir diferente e isto faz a diferença. Existir pessoas assim faz a diferença!”

(SOCIÓLOGO)

No entanto, apesar de haver certo perigo, principalmente em relação á fragmentação dessas terapêuticas, há uma atmosfera de otimismo entre os profissionais que optaram por essas práticas no que se relaciona a convivência e perspectivas futuras.

Considera-se que a crise existente na área da saúde contribuiu e continua a contribuir para a expansão do movimento em direção as medicinas tradicionais complementares e alternativas. Há consciência, entre os profissionais entrevistados de que os espaços conquistados são significativos e os paradigmas alternativos são respostas adequadas a essa crise.

9.2 A Mudança de Paradigma — Um Enfoque para a saúde.

Outra categoria que foi ressaltada pelos entrevistados diz respeito à diversidade de sentidos e de representações relativas à saúde e não à doença na cultura atual e o desenvolvimento de novos valores relacionados ao processo saúde/doença e corpo/mente por parte dos usuários das práticas complementares e alternativas. Para a apresentação desses resultados analisamos todos os 37 sujeitos entrevistados.

O modelo biomédico é geralmente aceito pelos usuários dos serviços de saúde, estando seus princípios básicos enraizados em nossa cultura que ele se tornou até o modelo popular dominante da doença. A maioria dos clientes não entende muito bem a complexidade de seu organismo, pois foram condicionados a acreditar que só o médico sabe o que os deixou doentes e que a intervenção tecnológica é a única coisa que os deixará bons de novo (CAPRA, 1988).

Embora exista um descontentamento generalizado em relação à medicina atual e aos médicos, a maioria dos usuários da rede de serviços públicos de saúde não se apercebe de que uma das principais razões do atual estado de coisas é a exígua base conceitual da medicina hegemônica. Os trechos das entrevistas a seguir nos mostram essa realidade:

“A implantação dessas práticas na rede encontram dificuldades porque há uma grande parte da população dependente do médico. Recentemente ficamos três meses sem médico psiquiatra na unidade e foi um pânico para a população e para a equipe de saúde, pois os pacientes estavam com dependência química e tentávamos convencê-los a repensar o medicamento, o “diazepam” e sugerimos a ginástica, ou o LianGong, no sentido de ajuda-los. Será que a participação em algum grupo não pode ser o fator determinante para esses pacientes aderirem ao tratamento e acreditarem que eles são os responsáveis pela sua saúde? E que ninguém vai caminhar por eles! O remédio não é só isso! Às vezes eu tenho a impressão que a felicidade deve estar embalada em algum lugar, em alguma caixinha que as pessoas querem levar pronta! Com as práticas complementares o equilíbrio irá chegar. Acho que essas práticas potencializam as ações de saúde a partir do momento que resgatam a adesão ao tratamento pelos vínculos criados.”

(MÉDICA)

“Um aspecto negativo em nossa realidade de trabalho atual está na imensa demanda da população que “grita” por cuidados centrados no

atendimento médico. Nós, os próprios profissionais, educamos de uma maneira errada, voltamos a atenção da saúde exclusivamente para o medicalização. E a população exige que tenha sempre um médico para atender para poder sair com uma receitinha na mão. Só agora estamos tentando mudar essa cultura e acho que o ponto negativo agora, na realidade é isso: a dificuldade na mudança da cultura.”

(ENFERMEIRA)

Ainda em relação à cultura da medicina hegemônica, outro trecho ressalta muito bem este aspecto:

“Retiramos do usuário a autonomia de decisão sobre a sua saúde e eu sei que isso é socialmente produzido e como é que você muda? Acho que esta questão da autonomia de operar a vida, que é fundamental e que no modelo de desenvolvimento na saúde nós tiramos completamente alertando: “nunca se automedique!”, “nunca! porque você não sabe!” e “nem as avós sabem!”.

Felizmente o movimento que estamos fazendo, contra hegemônico, junto com outras ações do governo e movimentos da sociedade permitem termos esperança de caminhar em outro rumo.”

(MÉDICA)

Essa atitude pública torna muito difícil para os médicos envolvidos com as terapêuticas alternativas, mudarem os modelos atuais de assistência à saúde, na tentativa de alterarem as atitudes das pessoas a respeito da saúde, para que eles não insistam em que lhes seja dada uma receita, mas o poder de crenças dos pacientes faz com que esses esforços sejam frequentemente frustrados.

A relação médico-paciente tende a ser pouco considerada no modelo biomédico ocidental que incentiva a objetividade e a neutralidade neste contexto e prioriza a tecnologia, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos em detrimento desse relacionamento. Estabelece-se um distanciamento onde o paciente tende a se sentir como mero objeto, despojado não apenas de seu corpo e de seu psiquismo, como também de suas crenças e significados pessoais (LUZ, 2003). Veremos no trecho abaixo como um médico relata sua experiência em relação a esse tema:

“A receptividade com as práticas alternativas é grande e os pacientes são muito abertos. A maior parte deles pratica essas terapêuticas porque

aprenderam com a família ou vizinhos, têm contato, conhecem e respeitam. Mas eles falam muito pouco porque em geral os médicos falam mal dessas práticas e eles têm medo de falar com os médicos sobre isso. Há uma censura velada e eles acabam falando aquilo que os médicos querem ouvir.

Mas se você souber perguntar e souber ouvir o que os pacientes têm a dizer, a receptividade da população é muito grande e eu digo que é cada vez mais generalizada e se tem alguma resistência é em relação ao procedimento tecnicista e invasivo da medicina científica que desrespeita muito a subjetividades do paciente. Semanalmente eu tenho que administrar uma porção de conflitos de pacientes que não querem ser operados pelos cirurgiões e não conseguem falar isso para eles, não conseguem se comunicar com eles. Isso é uma coisa de todo dia. Isso é mais evidente em cidades grandes onde existem muitas universidades e muita tecnologia em saúde.”

(MÉDICO)

Porém a abordagem biomédica da saúde ainda será extremamente útil, tal como a estrutura cartesiana-newtoniana continua sendo útil em muitas áreas da ciência clássica, desde que suas limitações sejam reconhecidas. É necessário que a medicina, enquanto ciência compreenda que a análise reducionista do corpo, visto como uma máquina, não pode fornecer-lhes uma compreensão completa e profunda dos problemas humanos.

As mudanças de paradigma na área da saúde ocorridas nas últimas décadas com o advento das práticas terapêuticas complementares e alternativas na sua convivência com outras racionalidades médicas vêm trazendo uma transformação sentida pelos profissionais de saúde que pode ser interpretada como um novo significado por parte da população atendida e de suas relações com o processo da doença e da saúde, segundo LUZ (2003).

O trecho da entrevista a seguir mostra o desconhecimento de outras formas de assistência que não o centrado no médico por uma população e sua abertura para as práticas integrativas:

“Acho que a procura pela população vem de acordo com o que se oferece como atendimento, como foi o caso de um médico homeopata que atendia na unidade de saúde e era disputado pelas pessoas em relação ao atendimento. Porém no início alguns usuários estranharam as prescrições deste médico que aos poucos foi mudando os conceitos e esclarecendo a população sobre as práticas alternativas de forma que

quando da sua saída realizaram um mobilização para a permanência dele no centro de saúde. Aos poucos a população foi optando por ele por dar mais atenção às pessoas e àqueles usuários que tinham dificuldades para aderirem ao tratamento foram se modificando em direção a aceitação. Não houve possibilidades de manter o médico no centro de saúde pela forma de contrato. Em relação a esse momento no centro de saúde foi muito positivo para a população.”

(PSICÓLOGO)

As terapias complementares e alternativas buscam acentuar a autonomia do paciente para o seu auto-cuidado, na busca de um paradigma centralizado na saúde e não na doença. Isso traz uma consequência importante em relação à promoção da saúde e a recuperação, onde para que se expresse dessa maneira, o terapeuta dessas abordagens em saúde necessitam ver o paciente como um todo.

Segundo LUZ, (2003, pág.68), “não se trata de simplesmente combater ou erradicar doenças: trata-se de incentivar a existência de cidadãos saudáveis, autônomos, capazes de interagir em harmonia com outros cidadãos, e de criar para si e para os que lhe são próximos um ambiente harmônico, gerador de saúde”.

“O movimento das práticas alternativas é parte sim de um processo de mudança cultural na forma como vemos saúde e doença porque estamos todos procurando novos significados, estamos passando por uma época de grandes mudanças, onde o conhecimento que valia ontem não vale mais hoje e parece que estamos vivendo uma crise, e as terapias complementares vêm trazendo um novo “olhar” para a saúde. Talvez muitos de nossos problemas estejam aí, no nosso trabalho com a lógica focalizada na doença, com o cuidado para a doença. Talvez essa seja a causa de tanta demanda de pacientes e tantos problemas econômicos enfrentados pelos nossos serviços de saúde. Agora se trabalharmos mais com a lógica da saúde teremos a possibilidades de reorganizar o nosso trabalho, reorganizar todo o sistema de saúde que ficará mais barato e mais humano. Acredito que as medicinas alternativas seguem essa lógica porque pensamos em saúde, em promover a saúde e nesse contexto menos pessoas adoecem.”

(ENFERMEIRA)

Para QUEIROZ, (2003, pág.105), o novo paradigma científico a que a população pesquisada se refere denota:

“... uma postura que pretende superar o positivismo cartesiano e newtoniano. O novo paradigma aponta que o intelecto é apenas um entre vários atributos humanos e que outras dimensões como a emoção, a intuição e a sensibilidade são aspectos importantes do ser. A harmonização dessas dimensões ampliaria o foco científico dirigido à realidade e traria uma ciência mais harmônica”.

As medicinas tradicionais, complementares e alternativas dispõem de uma postura terapêutica que tem como categoria central de seu paradigma uma abordagem vitalista nos processos de adoecimento e cura, que estão presentes não apenas na dimensão terapêutica, mas na dimensão da diagnose, estabelecendo para as ciências médicas o papel de promotora e recuperadora da saúde das pessoas (LUZ, 2003).

Essa concepção vitalista baseia-se na concepção sistêmica da vida que não considera o universo como uma máquina, mas como um sistema vivo, dinâmico, auto-organizador. Essa noção de equilíbrio dinâmico é um conceito útil para definir a saúde como uma experiência de bem estar resultante de um equilíbrio que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como as interações com o meio ambiente natural e social.

Nesses modelos tradicionais de saúde o “equilíbrio dinâmico” reconhece as forças curativas inerentes a todo organismo vivo, a tendência inata do organismo para voltar ao estado de equilíbrio, ao ser perturbado. A doença é, portanto, uma consequência de desequilíbrio e desarmonia e pode ser vista com muita frequência como falta de integração. Os trechos transcritos a seguir dão um sentido afirmativo a essas questões:

“Na minha prática pergunto: Qual é o problema de eu ampliar a minha prática? Que venham por completo essas práticas alternativas!”

No momento que as pessoas fazem o uso dessas práticas elas estão ampliando a sua visão de mundo e pouco a pouco irão dando mais valor a essas terapêuticas do que as usuais e não só no sentido de curar a dor em si, mas no que está por traz dessa dor que pode estar causando o desemprego, a depressão, a tentativa de suicídio, ou seja o todo. Porque as terapêuticas complementares vêem o homem como um todo, inserido no ambiente, fazendo parte do universo, num ambiente em que as suas

atitudes, a sua existência transformam o mundo em que ele vive.”

(ENFERMEIRA)

“ As terapias complementares e alternativas vêm muito de encontro a ampliar o olhar do profissional de saúde para o ser humano como um todo, no resgate da sua espiritualidade e sua visão cósmica. Quando saímos da faculdade temos uma visão tradicional da cadeia epidemiológica, do processo saúde-doença num enfoque biológico e da patologia. A prática alternativa resgata olhar para o paciente, para o usuário como um ser humano em sua totalidade. E aí conseguimos entender, quando se depara por exemplo, na medicina tradicional chinesa, com novos conceitos como as questões do vento, do frio, do calor, da idéia de que a doença tem fatores emocionais, do ambiente e também da espiritualidade. Que há pessoas que adoecem não só em função de sua patologia física, mas de outros fatores também. E isso hoje é aceito muito melhor do que quando me formei onde nem se ouvia e se desconsiderava outros saberes o que também o que paciente podia trazer.”

(ENFERMEIRA)

Em nossa pesquisa foi demonstrado que os profissionais de saúde reconhecem essa dinâmica que nega o aspecto mecânico do fenômeno, mas o compreende num sentido mais amplo, mais profundo que inclui a subjetividade e a dimensão emocional, social e coletiva, numa postura epistemológica qualitativamente diferente da medicina científica alopática.

A partir das perspectivas abertas pelas representações sociais de profissionais de saúde descritas acima vimos que a postura de uma medicina tradicional, complementar e alternativa não é antagônica à medicina alopática, mas colocam-se numa posição mais abrangente e numa dimensão que procura superá-la e transcendê-la através de terapêuticas de tradições diversas e o que as unifica é um sentido mais harmônico e ecológico do ser.

Como ressalta LUZ, (2003) essas racionalidades médicas, regidas por um paradigma vitalista, tendem a promover um restabelecimento nos conceitos do modelo biomédico atual, auxiliando na retomada de sua função terapêutica em face da saúde das populações.

Essas práticas de saúde, mediante os valores que expressam, apontam para a existência de sentidos e significados em formação na cultura relativos à

saúde e estão em desenvolvimento nas instituições de saúde projetando uma realidade mais rica, em expansão, multidimensional que transcende a racionalidade positivista em saúde.

O sentido epistemológico crítico em relação ao desenvolvimento das ciências trazido pelos dados empíricos levantados neste capítulo demonstram a possibilidade de convivência democrática de diferentes paradigmas e abordagens científicas.

9.3 Profissionais de Saúde e suas Representações Sociais sobre o Projeto Paidéia da Saúde da Família e a Implantação das Terapias Complementares e Alternativas.

Neste capítulo procuraremos analisar a apresentação dos dados quantitativos onde temos a oportunidade de compará-los a outros estudos na mesma linha de pesquisa e as representações sociais de todos os profissionais de saúde do setor público que participaram de nossa pesquisa, tendo como referência o processo de implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família em curso na Prefeitura Municipal de Campinas e as terapias complementares e alternativas.

É oportuno lembrar, como dissemos nos capítulos anteriores que o nível das representações sociais, entendido como uma dimensão da cultura pode assumir importância decisiva na dinâmica social principalmente quando se trata de implementar políticas públicas.

Numa situação de transição, por que passa o serviço público de saúde, num contexto de instabilidade onde se busca propostas de mudanças no âmbito público, coletivo e social desse setor apontando para a necessidade de novos paradigmas no campo da saúde pública, o modo como esses profissionais de saúde percebem, avaliam e representam o processo de implantação das práticas alternativas e do Projeto Paidéia é de suma importância para o êxito do mesmo.

Na ocasião da presente pesquisa dos 37 profissionais entrevistados, 78% pertencem ao sexo feminino e 21% ao sexo masculino e na distribuição etária do grupo observou-se que 56% dos profissionais encontram-se entre 31 e 40 anos e 27% entre 41 e 50 anos.

A distribuição desses profissionais em relação à formação profissional é de 29% são médicos, 48% enfermeiros, 2% psicólogos, 5% terapeuta ocupacional, 2% odontólogos e 5% fonoaudiólogos, sendo que 51% desses agentes possui especialização em Saúde Pública, 10% pós-graduação em nível de mestrado, 8% pós-graduação em nível de doutorado e 43% outras especializações.

No que se refere à distribuição em relação à dedicação ao trabalho público se identificou que 54% cumprem dedicação exclusiva de trabalho e 43% possuem mais de um emprego e 2% possuem três empregos. Além disso, observou-se também que 43% possuem até 10 anos de tempo de serviço público, 48% de 11 a 20 anos e 8% de 21 a 30 anos.

Um último dado da identidade desses agentes entrevistados no campo da saúde é sobre a distribuição por ocupação de cargos na Secretaria de Saúde onde um profissional é secretário da saúde (2%), um é coordenador de distrito de saúde (2%), um é tutor do projeto Paidéia de Saúde da Família (2%), seis são membros do GTRIS (16%), um é consultor do GTRIS (2%), seis são enfermeiros de unidades básicas de saúde (16%) e vinte e um profissionais são coordenadores de unidades básicas de saúde (56%).

É freqüente a representação equivocada diante do desenvolvimento do sistema de saúde de que na rede básica de saúde pública encontramos uma composição de recursos humanos bastante simplificada. Os dados comprovam, no entanto que isso não ocorre, uma vez que 94% dos entrevistados possuem pós-graduação lato-sensu em Saúde Pública e outras e 18% pós-graduação no nível de mestrado e doutorado, indicando uma preocupação crescente com a formação e atualização profissional.

Outro dado importante é a concentração de trabalhadores na faixa etária de 31 a 40 anos (56%) com 10 a 20 anos de formados (45%), mostrando nova tendência no quadro de profissionais em relação à pesquisa realizada por QUEIROZ (1988), onde, dos 100 profissionais entrevistados, 80% tinham menos de 10 anos de formados e 76% estavam na faixa etária de 20 a 40 anos.

Naquela época foi demonstrado que para a carreira dos profissionais com formação universitária, a rede básica constituía um primeiro degrau de suas vidas profissionais. Vemos nossos dados sendo corroborados pela pesquisa recente de BARROS (2002), com os 68 coordenadores de unidades básicas de saúde onde se observou o predomínio da faixa etária entre 31 e 45 anos de idade correspondendo a 70% da população entrevista (QUEIROZ, 1994; BARROS, 2002).

Uma outra característica importante encontrada na totalidade dos agentes entrevistados da rede de serviços de saúde de Campinas encontra-se no fato de que 78% deles serem do sexo feminino. Dado este corroborado por QUEIROZ (1994) com 75% e BARROS (2002) com 76% de predominância do sexo feminino nas populações estudadas.

Segundo CAPRA (1988, p.27) um dos padrões culturais de nossa situação atual que abalarão profundamente o nosso sistema social, econômico e político em direção a um novo paradigma deve-se "... ao lento, relutante, mas inevitável declínio do patriarcado". Para este autor o movimento feminino é uma das mais fortes correntes culturais de nosso tempo.

Dentre as profissões da saúde a medicina era a única em que havia predomínio masculino, porém entre os médicos está havendo uma feminilização, aonde algumas turmas de estudantes apresentam 60% a 70% de mulheres. Segundo BARROS (2002, pág.32) "... poder-se-á afirmar que na saúde o número de profissionais do gênero feminino é maior em todas as profissões".

Verificou-se também, entre a população entrevistada a presença de muitos profissionais não médicos, principalmente entre os 21 coordenadores de

unidades básicas, onde 80% estão distribuídos entre profissões como a enfermagem, odontologia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Estes dados mostram a tendência iniciada pela Secretaria de Saúde em 1988 que já admitia à época a possibilidade de outros profissionais com formação universitária, que não necessariamente médica, assumirem a chefia de unidades de saúde (QUEIROZ, 1994).

Essa perspectiva demonstra que a saúde coletiva se consolida como campo científico e âmbito de práticas que incorporam propostas inovadoras na assistência integral à saúde exigindo o concurso de outros profissionais e a afirmação de um campo interdisciplinar dinâmico, renovado, porém enfrentando desafios para se articular aos novos paradigmas da saúde.

Para o grupo de 21 coordenadores de unidades básicas de saúde, com o propósito de avaliar a inserção das terapias complementares e alternativas nas unidades básicas foi questionado sobre a disponibilidade dos entrevistados de implantarem essas práticas nos centros de saúde sob sua coordenação e se essas práticas contemplam os princípios do SUS e do Projeto Paidéia de Saúde da Família. Em todas as questões as respostas foram positivas demonstrando interesse e disponibilidade para as implantações e relacionando os pressupostos teóricos das terapias complementares alternativas com os princípios do SUS e do PAIDÉIA já descritos nos capítulos anteriores.

Este padrão foi também observado diante da questão que perguntava sobre a autonomia decisória para incorporar alguns elementos das práticas alternativas às condutas da medicina oficial. Neste caso também houve concordância integral entre os entrevistados. De acordo com esses profissionais na relação com a direção da Secretaria Municipal de Saúde atualmente há autonomia decisória para o papel de coordenador sobre essas questões. A ampla aceitação destas questões por parte dos coordenadores de unidades de saúde surpreende, tendo em vista a resistência que as instituições da medicina, em geral, apresentam diante deste tipo de proposta.

No que diz respeito ao projeto Paidéia de Saúde da Família como uma ampliação das ações de saúde coletiva na rede de serviços de saúde de Campinas, procuramos qualificar, a partir do ponto de vista de todos os 37 entrevistados, os aspectos negativos e positivos da organização e implantação do projeto em relação à inserção das terapias complementares e alternativas.

A rede de serviços de saúde pública do município de Campinas, ao longo das últimas décadas se revelou como pioneiro na implementação de políticas públicas de saúde e liderou a implantação do Sistema Único de Saúde. Um fator importante na difusão deste posicionamento menos positivista e mais social da medicina na rede de serviços de saúde é exercido pelos médicos formados pela Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. Esta influência ocorre não só pelo número de médicos egressos dessa universidade que a rede básica emprega, como também dos cursos de especialização e pós-graduação que influenciam na prática médica desses serviços (QUEIROZ, 1994).

Além disso, há muitos sanitaristas que foram militantes da Reforma Sanitária e sempre lutaram pela implantação do SUS e cabe lembrar que o projeto Paidéia de Saúde da Família foi idealizado pelo então secretário da saúde na atual gestão e professor daquela universidade.

Algumas avaliações referentes ao projeto Paidéia de Saúde da Família, colhidas entre nossos entrevistados indicam que em relação ao princípio da universalidade os objetivos foram alcançados, uma vez que o número de atendimentos dobrou em todas as áreas, e o acesso melhorou para inúmeras pessoas que estavam fora do programa. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, no ano de 2004 houve uma ampliação da assistência à saúde a 150 mil famílias e foram realizadas 5,2 mil consultas domiciliares de médicos e enfermeiros (CAMPINAS, 2004).

Em relação à equidade as ações são coletivas, incluindo o âmbito de assistência social, no encaminhamento das desigualdades, suprimindo as necessidades das pessoas e procurando resolução através de outras áreas senão a saúde. Quanto à integralidade das ações ela é conseguida junto aos

profissionais de saúde de uma forma interdisciplinar e de acordo com o interesse desses profissionais.

O projeto Paidéia contou com uma capacitação através de cursos de especialização em Saúde da Família realizados na Unicamp e oferecidos a médicos e enfermeiros com a distribuição de cinquenta bolsas ofertadas pela Secretaria de Saúde. Seminários e cursos também foram organizados para envolver todos os profissionais da rede de serviços de saúde nas várias especialidades para divulgação do projeto e segundo a Secretaria cerca de três mil funcionários foram qualificados para o projeto Paidéia, incluindo os agentes de saúde.

No processo de implantação do projeto Paidéia, a participação dos coordenadores foi ativa e houve um acompanhamento por parte da Secretaria de Saúde em relação às orientações, direcionamento e uma preocupação que as informações sobre o andamento do projeto fossem homogêneas para serem comparadas e analisadas posteriormente. Esta iniciativa por parte do serviço público costuma ser raríssima, segundo opinião de uma médica tutora do projeto.

Destacam-se também nessas representações aspectos positivos e dificuldades por que passa o projeto Paidéia durante o processo de implantação das práticas complementares e alternativas na rede de serviços públicos de saúde.

Apesar dessas sinalizações por parte dos entrevistados queremos ressaltar que foi opinião unânime entre eles a necessidade de mais tempo para a avaliação das propostas do projeto Paidéia de Saúde da Família e das práticas complementares e alternativas.

Uma forma praticamente consensual com que se observaram os aspectos positivos do projeto Paidéia que contribuíram para a implementação das práticas alternativas em saúde referem-se ao acolhimento, a oportunidade de trabalho multiprofissional com a participação dos agentes comunitários na equipe de trabalho, e a clínica ampliada que proporciona uma maior aproximação com a

clientela. Nos trechos a seguir veremos a opinião dos entrevistados que corroboram essa questão:

“O que o projeto Paidéia trouxe de positivo, em minha opinião, foi o acolhimento numa forma multidisciplinar e a capacitação de muitos profissionais para poderem estar com alguém em sofrimento e ter condições para o encaminhamento, conhecendo os recursos da comunidade para tal. A abordagem da pessoa em suas múltiplas necessidades como problemas de habitação, educação, emprego que antes eram questões apenas do social passaram também a pertencerem à saúde. O sistema dobrou praticamente a capacidade do atendimento. Porém a equipe da saúde da família integrou-se às equipes dos centros de saúde com os médicos generalistas, enfermeiras da família e os agentes de saúde que foram capacitados para compor e cuidar de uma determinada área geográfica, onde se conhece o perfil epidemiológico da demanda, onde a equipe pensa em projetos terapêuticos coletivos e tudo isso passou a ser, sim, responsabilidades da saúde”.

(MÉDICA)

“Quanto ao Paidéia acho que ele tem uma aceitação quase que inequívoca por parte da população em função do que significou em termos de aproximação da população junto às equipes. Acho que as terapias complementares e alternativas vão dar uma grande resposta e esse é o espaço maior que teremos no sentido de ampliar essas formas de cuidar. Essa aproximação da população com as equipes da família faz com que se pense em maneiras outras de lidar com problemas de saúde além do médico e do remédio. E isso tem um efeito dinamizador brutal. Esse é o momento da multiplicação de profissionais com formação em terapias integrativas e também da divulgação dessas práticas dentro da saúde da família e do Paidéia”.

(MÉDICO)

A reestruturação das instituições sociais requerida pela nova concepção holística de saúde será ampliada em direção ao próprio sistema de assistência à saúde.

Nesse contexto o enquadramento das práticas alternativas e complementares feita pela maioria dos entrevistados no contexto da clínica ampliada do projeto Paidéia se justifica porque o mais importante passo em direção a uma abordagem integral da terapia será conscientizar o cliente da natureza e da extensão de seu desequilíbrio. Isso significa que seus problemas terão de ser situados no amplo contexto de onde provêm o que envolverá um cuidadoso exame dos múltiplos aspectos da enfermidade pelo terapeuta e pelo

cliente. Só o reconhecimento desse fato e da teia de padrões inter-relacionados que levam ao distúrbio, já é altamente terapêutico, porquanto diminui a ansiedade e proporciona esperança e autoconfiança, iniciando-se assim o processo de reequilíbrio do ser como um todo que é a base de entendimento das terapias complementares e alternativas.

Essas diretrizes do projeto Paidéia, apontam para a construção da autonomia dos usuários e a dimensão do trabalho coletivo relativo à solidariedade numa sociedade de um país em desenvolvimento indo de encontro aos pressupostos da promoção de saúde indicado pela Organização Mundial da Saúde, no sentido de uma construção de uma “nova saúde pública”, mais abrangente, pautadas na solidariedade e na possibilidade de preservação da saúde e redução do sofrimento humano.

Segundo PAIM (1998), a saúde coletiva enquanto âmbito de práticas se constituirá em um permanente processo de autocriação, orientada por seus efeitos concretos sobre a realidade de saúde, onde a qualificação do conjunto de necessidades sociais em saúde será entendida como “ideais de saúde”, ou “projetos de vir a ser”. Esse contexto é colocado como busca da “utopia”, de “sonhos e esperança” representados pelos dizeres abaixo:

“De positivo quanto às diretrizes do Paidéia e Saúde da Família de Campinas, está em trabalhar a dimensão do coletivo, da vivência, da solidariedade, do trabalho em rede que basicamente o Paidéia é isso, a construção de redes de solidariedade, de enfrentamento dos problemas que a gente vive. E eu tenho isso como lema e acredito que seja possível embora seja muito difícil porque vivemos numa sociedade que prega o tempo inteiro outras coisas como a competição, o consumismo, o ter valendo mais que o ser, uma sociedade muito desigual onde a violência doméstica, o narcotráfico, a violência como um todo se faz presente e tem que ser encarada, desafiada e são coisas muito grandes. Ao mesmo tempo em que as diretrizes me afirmam o que eu quero construir enquanto vida profissional e pessoal, para mim e para o grupo em que trabalho me coloca também os limites que são coisas quase utópicas, são sonhos e o percurso é árduo e a maioria dos profissionais de saúde é extremamente conservadora.

E as mudanças, como essas trazidas pelas práticas alternativas vão continuar sendo perseguidas. Eu fico otimista com os rumos da saúde pública, mas as possibilidades não são dadas, nós construímos possibilidades”.

(MÉDICA)

Embora considerem que a implantação do projeto Paidéia representa um avanço considerável no sentido de democratizar e universalizar as ações de saúde, os entrevistados percebem a situação atual como apresentando conflitos e dificuldades na consolidação do projeto como um todo.

São levantados fatores de aspectos negativos relacionados com os recursos humanos, no que diz respeito ao número insuficiente de profissionais para atender ao aumento de demanda de usuários promovido pelo projeto Paidéia.

As equipes de saúde das unidades básicas estão sobrecarregadas, dificultando os atendimentos e a implantação das práticas complementares, uma vez que muitos funcionários estão optando em trabalhar diretamente com essas práticas provocando defasagem nas equipes. Os trechos de entrevistas a seguir demonstram essa realidade:

"No trabalho do Paidéia há dois momentos contraditórios: de fato há espaço para as terapias complementares e alternativas, por outro lado esse espaço é sufocado pelo fato de o projeto ter proporcionado uma abertura muito grande para a demanda de atendimento da população. Tentou-se diminuir os emperros burocráticos para o acesso o que sufocou os profissionais com o volume de pessoas para serem atendidas. O Projeto Paidéia estimula práticas alternativas em saúde mas ao mesmo tempo a demanda bloqueia um pouco essas iniciativas. É necessário que o profissional tenha habilidade e se desdobre em dois para conseguir implantar algo diferente e não ser sufocado pela demanda. Acho que é possível a implantação das práticas alternativas e apesar do projeto Paidéia ter essa diretriz, na prática isso está difícil".

(MÉDICO)

O projeto Paidéia, propiciou dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde a aproximação da saúde pública com a assistência, criando uma série de conflitos com os profissionais de saúde, segundo a população entrevistada. Isto se dá principalmente com os profissionais médicos por estarem acostumados ao trabalho de consultório, onde a demanda de usuários vinha através de encaminhamentos e a sua tarefa se resumia em receitar apenas.

Com a reformulação do processo de trabalho através da clínica ampliada e da criação das equipes locais de referência ampliada, para o

profissional conhecer a demanda ou a população de usuários é necessário sair da unidade de saúde e ir até a pessoa ou a família assistida.

Porém a formação dos profissionais de saúde ainda contempla os currículos voltados para a área hospitalar não enfatizando a formação dos médicos e de outros profissionais para a saúde pública. Atualmente a rede pública de saúde de Campinas conta com um grande número de profissionais especialistas em sua maioria vindo de experiência na área hospitalar. Esse contexto foi considerado por todos os entrevistados como um ponto de desequilíbrio no processo de implantação do Paidéia, como expressa a entrevista abaixo:

“Sinto que os profissionais sentem dificuldade em compartilhar o seu saber! Porque sair de sua “cadeirinha”, “de trás da mesa”, do lugar do saber para ir para um lugar onde o seu saber, no mínimo, pode ser compartilhado e discutido é uma situação nova, é diferente. Inspira medo e os profissionais têm muito medo, medo dos outros. Num mundo onde o que vale é a individualidade, a privacidade, que é o que se tem cultivado em nosso sistema e você começa a dizer que não, que as decisões são coletivas, precisam ser discutidas... A formação da saúde é intervencionista, onde o domínio é do profissional e no projeto Paidéia isto é aberto, depende da autonomia do profissional. Eu tenho muita autonomia, muita autonomia, porém tudo é decidido coletivamente, o profissional tem que compartilhar essa decisão dentro da unidade.”

(MÉDICA)

“Em termos conceituais todos falam da integralidade e no SUS isto acontece no âmbito político, mas as práticas complementares e alternativas trabalham no nível da integralidade mesmo, da busca da cura não só por um caminho. O projeto Paidéia é uma adaptação política de um projeto maior, é um bom projeto que na prática, a meu ver, está tendo experiências pontuais, em alguns locais e em função de alguns profissionais. Ele ainda não é hegemônico. Este projeto é uma adaptação do PSF, melhorado e mais viável, inclusive. Porém o que temos assistido é que os profissionais não estão preparados, não têm vontade, não têm desejo porque dá muito trabalho você se responsabilizar, ter que estabelecer vínculos, olhar o paciente como um todo e para isso não são todos que estão preparados. Trabalhar o ser como um todo é uma função que os profissionais da saúde pública não estão preparados. Mas o Paidéia contempla essas práticas. As práticas do corpo em movimento estão indo muito bem, mas isso está nas mãos de quem? Dos agentes comunitários e da enfermagem.”

(ENFERMEIRA)

Quanto à formação de profissionais de saúde para as práticas complementares e alternativas, a Organização Mundial da Saúde tem estimulado os países membros a organizar programas de formação que permitam aquisição de conhecimento básico em medicina tradicional, complementar e alternativa disponibilizando referências bibliográficas e material informativo e educativo para elevar a consciência da necessidade do uso racional dessas terapias e orientar a população para o uso seguro dessas práticas.

A estratégia da OMS até 2005 é conseguir resultados como: formação básica em terapias complementares e alternativas de uso comum para os profissionais alopáticos; formação básica em atenção sanitária primária para praticantes de medicinas tradicionais; informações confiáveis aos consumidores sobre o uso correto de terapias de medicina tradicional, complementar e alternativa e melhora na rede de comunicação entre os profissionais alopáticos e seus pacientes a respeito do uso de MT/MCA (OMS,2002).

O conjunto desses dados revela que um tempo ainda é necessário para avaliar com maior profundidade a iniciativa da Secretaria Municipal de Campinas em propor um projeto de ampliação do programa da saúde da família.

Porém é possível dimensionar, que apesar da rede de serviços de saúde pública privilegiar o modelo mecanicista centrado nas ciências naturais e biológicas, é notável a abertura da grande maioria desses profissionais de saúde pesquisados, nas suas diversas áreas de formação e atuação, a fatores sócio-econômicos e culturais na determinação da doença, na promoção da saúde e no sucesso terapêutico.

É também interessante a abertura verificada em relação às práticas alternativas pelos profissionais coordenadores de unidades básicas e conseqüentemente à visão de que a ciência não deve e nem pode ser encarada como um parâmetro objetivo de verdade independente de avaliação dos critérios sociais.

Formular um ponto de vista crítico com respeito às políticas públicas de saúde é uma questão que de certa forma coloca o profissional de saúde num campo de atuação mais próximo da população e mais independente das forças econômicas e políticas mais amplas.

Neste trabalho de pesquisa focalizamos a estrutura conceitual da medicina tradicional, complementar e alternativa em contraposição ao modelo hegemônico de saúde pública e a implantação e sistematização dessas práticas na rede pública dos serviços de saúde de Campinas. As divergências teóricas, metodológicas e epistemológicas foram analisadas a partir das representações sociais dos profissionais de saúde dessa instituição.

A experiência do município de Campinas, na delimitação do presente estudo, envolve problemas complexos, tanto do ponto de vista teórico quanto empírico. E essa complexidade traz dimensões que vão de uma realidade objetiva a uma realidade subjetiva que só pode ser entendida através de um processo de compreensão que envolve questões culturais e de ordem de senso comum, de representações sociais dos atores envolvidos.

No que se relaciona aos aspectos de ordem, política e administrativa, numa abordagem prática e operacional ligados às políticas públicas relacionadas às práticas complementares e alternativas no âmbito da implantação nas unidades básicas de saúde, nossa pesquisa demonstrou conquistas inegáveis uma vez que houve ampla aceitação por parte dos coordenadores do serviço de saúde do município de Campinas. Esta adesão foi demonstrada nas representações sociais dos profissionais coordenadores de unidades básicas, onde houve unanimidade dos entrevistados no sentido de se mostrarem favoráveis à implantação dessas práticas.

Esses dados demonstram um avanço no processo de inserção dessas práticas nos serviços públicos, em concordância com a pesquisa de QUEIROZ (2003), onde foi demonstrado que essas terapêuticas resistiram à pressão econômica, política e simbólica da realidade social hegemônica que detiveram a sua expansão numa primeira tentativa de inclusão nas universidades e serviços de saúde do município de Campinas.

Este fato está diretamente relacionado com a implantação do projeto Saúde da Família, operacionalizado no município de Campinas pelo projeto

Paidéia no que se refere principalmente a sua diretriz na clínica ampliada, com a ampliação das ações coletivas no nível local e a diretriz do acolhimento e responsabilização por parte dos profissionais de saúde.

O progresso dos sistemas de saúde em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde, tem dado relevância aos enfoques de promoção da saúde atendendo a uma maior inclusão social. O emprego de meios terapêuticos mais universais e menos caros, com uso de tecnologia mais simples asseguraram práticas adequadas de promoção e recuperação da saúde indo de encontro aos pressupostos teóricos das terapêuticas complementares e alternativas.

Segundo TUCKET, (1980) numa pesquisa realizada no sistema de saúde inglês, 40% da demanda de queixas por parte dos usuários dos serviços de saúde pública estavam relacionados a fatos não médicos. Foi demonstrado também nesta pesquisa, que uma política de contenção da demanda, de redução da oferta sanitária e de melhoria no nível de eficiência e eficácia dos serviços ofertados, contribui para a crise do bem-estar social.

Ao mesmo tempo as representações sociais dos profissionais de saúde praticantes das terapias complementares e alternativas mostraram-se otimistas em relação a uma convivência democrática com as práticas da medicina hegemônica, num contexto claro da possibilidade de divisão de espaço dessas terapêuticas para as práticas complementares e alternativas.

No entanto é necessário salientar que não houve adesão por todos os profissionais de saúde, aludindo que um maior tempo será necessário para a avaliação de efetivação definitiva dessas terapêuticas nos serviços de saúde pública e que muito dependerá dos rumos políticos que irão se desdobrar na próxima administração municipal.

Entre a população entrevistada a presença de uma equipe multidisciplinar entre os coordenadores de unidades básicas, onde 80% estão distribuídos entre profissões como a enfermagem, odontologia, psicologia,

fonoaudiologia e terapia ocupacional demonstram que a saúde coletiva se consolida como campo científico e âmbito de práticas que incorporam propostas inovadoras na assistência integral à saúde exigindo o concurso de outros profissionais.

A grande virtude do paradigma cartesiano/iluminista, na civilização moderna, é a diferenciação entre as diferentes áreas do conhecimento e a especialização do saber humano e do indivíduo em relação ao seu meio social e cultural. Tal diferenciação trouxe dignidade ao processo da modernidade e permitiu ao lado do desenvolvimento sem paralelo do conhecimento humano, o movimento em direção à democracia liberal.

Atualmente, porém são muito fortes as evidências de que a racionalidade iluminista perdeu boa parte de sua hegemonia de que um dia usufruiu o que de certa forma, pode estar relacionado ao seu aspecto dissociativo, na divisão entre o indivíduo, o objeto e a coletividade, privilegiando os aspectos naturais em detrimento do ser, da cultura e do meio social.

Uma perspectiva integradora, de harmonia envolvendo todos os aspectos do ser buscado pelas terapias complementares e alternativas na área da saúde traz em seu fundamento o princípio vitalista como propulsor de um novo paradigma.

Com esse sentido, uma nova concepção de saúde, sustentada por um paradigma mais abrangente e democrático do que o positivista permitiria uma perspectiva integradora envolvendo o indivíduo, seu meio sócio-cultural e a natureza e a participação do indivíduo no processo de cura.

A respeito dessa visão, no campo da saúde, a Teoria Comunicativa de Habermas lança luz a um pressuposto de que uma nova civilização, baseada em um novo paradigma, deve transcender o paradigma cartesiano, incluindo ao mesmo tempo as suas contribuições e trazendo uma concepção pós-moderna ao campo da saúde. (QUEIROZ, 2003).

É importante mencionar, no entanto, que a superação do paradigma mecanicista na área da saúde não significaria a sua exclusão, mas sim a sua transcendência, no sentido de perceber a doença como um processo inalienável da experiência subjetiva do indivíduo. Essa transcendência, no entanto, vai a um sentido contrário às propostas de um entusiasmo não crítico e um ceticismo não informado, que advogam um retrocesso, ao invés de um avanço a esse movimento.

A opção por algum tipo de medicina tradicional, complementar ou alternativa, nesse contexto, não significa negar os procedimentos da medicina positivista, mas incluí-la em uma dimensão mais abrangente e universal. Essa busca pela universalidade é compatível com a proposta iluminista de KANT (1975).

Se tais aspectos configuram claramente uma concepção pós-moderna de saúde, é evidente que a sua implementação prática ainda permanece dependente de um processo amplo de transformações sociais e culturais. Mas quando atentamos para a situação a partir de uma ampla perspectiva evolutiva, esses fenômenos tornam-se compreensíveis como aspectos inevitáveis da transformação cultural.

A medicina tradicional, complementar e alternativa tem se desenvolvido de uma forma distinta da medicina convencional por serem influenciadas pelas condições culturais e históricas dentro das quais têm evoluído. Suas bases comuns são um enfoque holístico da vida, o equilíbrio entre a mente, o corpo e o ambiente e a ênfase na saúde em lugar da enfermidade.

Os profissionais de saúde, praticantes dessas terapias objetivam a visão do todo em relação ao paciente e não somente do sintoma ou da doença. Nossa pesquisa demonstrou que essa abordagem de saúde mais completa é uma opção para muitos profissionais de saúde.

No entanto essas práticas têm se desenvolvido dentro de culturas distintas, que muitas vezes diferem de modo radical do pensamento ocidental vigente não existindo ainda protocolos e métodos, nem nacionais, nem

internacionais que possibilitem o seu reconhecimento e a sua valorização. E isto pode provocar problemas de interpretações e de aplicações.

No entanto, a riqueza de experiências e conhecimentos clínicos acumulados pela medicina tradicional, complementar e alternativa merece ser conhecidos e associados com a investigação metodológica sólida em sua extensão e limitações práticas. Estas práticas podem integrar-se nos planos de tratamento interdisciplinares, desenvolvidos em cooperação com os pacientes.

Devemos ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde com a MT/MCA envolvendo todo o repertório de práticas sanitárias seguras e eficazes, ampliando totalmente os horizontes da saúde.

Estes imperativos ditam sérios esforços de pesquisa, formação, educação e comunicação entre todos os envolvidos: clientela, profissionais, universidades e governos através de políticas públicas que incentivem esses investimentos.

Entre todos os profissionais entrevistados nessa pesquisa, essa perspectiva foi explicitada no discurso e na ação dos agentes. Em todos eles encontramos uma afinidade com esse direcionamento evolutivo em direção a um novo paradigma, mais harmônico, natural propiciado pelo renascimento da medicina tradicional, complementar e alternativo.

Além disso, o conjunto desses dados empíricos sugere uma ampliação teórica levantada por QUEIROZ (2003), onde o campo da saúde está representando uma revolução científica e este fato introduz alterações fundamentais em todo o sistema de saúde hegemônico vigente.

ASTIN, J.A. Why patients use alternative medicine: results of a national study (letter). **JAMA**, 2 280(19): 1548-53, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIAN GONG EM 18 TERAPIAS. **Boletim informativo**, Ano 2, Julho/Agosto, São Paulo, 1999.

BANNERMAN. R.H. **La medicina tradicional em el programa de la OMS**. Crônica de la Organizacion Mundial de la Salud. Vol.31, n.11, Genebra, 1977.

BARATA, L.E.S. **Fitomedicamentos no Brasil: um diagnóstico**. Relatório final de pesquisa: Convênio Unicamp/Instituto de Química/Academia Brasileira de Ciências, Campinas, 1997.

BARBOSA, M.A., **A Fitoterapia como prática de saúde: o caso do hospital de terapias ayurvédica de Goiânia**. Rio de Janeiro, 1990. (Dissertação - Mestrado- Universidade Federal do Rio de Janeiro).

BARROS, N. F. **Medicina Complementar – uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2000.

BARROS, N.F. **As práticas complementares na rede pública Municipal de Campinas, Secretaria de Saúde de Campinas**. Relatório de Pesquisa, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Campinas, 2002.

BARTON, W.L. Alma-Ata: marco de uma nova era em saúde. **Revista Saúde do Mundo**, OMS p.11-14, Julho, 1979.

BIOCCHINI, J; FERREIRA, M.U.J.B. LUZ, M.T.; ZIBECCHI, M.E. As Práticas Alternativas na Reformulação do Sistema de Saúde. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 7; 1980, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 1980.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da reunião técnica dos Pólos de Capacitação, formação e educação permanente em saúde da família**, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica de 26 a 28 de maio de 1999, Brasília – Distrito Federal – 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação da Saúde da Comunidade, Brasília – Distrito Federal, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: quantos somos?** Disponível em <http://www.saúde.gov.br/psf//programa.index.asp> . Acesso em 25 de nov., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Ver. **Saúde Pública**, vol.34, no. 3, p.316-319, ISSN 0034-8910, jun.2000.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação: Resolução Quatro implanta a prática de Homeopatia nos Serviços Públicos de Saúde. DOU Brasília, 1988; Resolução 5 Implanta a prática de Acupuntura nos Serviços de Saúde. DOU Brasília, 1988; Resolução 6 Implanta o uso de Técnicas Alternativas de Saúde Mental nos serviços Públicos de Saúde. DOU Brasília, 1988; Resolução 7 Implanta a Prática do Termalismo ou Crenoterapia nos Serviços Públicos de Saúde, DOU, Brasília, 1988. Resolução 8 Implanta a Prática de Fitoterapia nos Serviços Públicos de Saúde. DOU Brasília, 1988.

BRENNAN, B. **Mãos de luz**, São Paulo, Pensamento, 1990.

BUSS, P.M. **Sistema de saúde – continuidades e mudanças**. São Paulo, Hucitec, 1995.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde, www.campinas.sp.gov.br/saude, 2003,2004.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda, São Paulo, Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forence-Universitária, 1982.

CANESQUI, A.M.; QUEIROZ, M.S. **Estratégias de consumo em saúde em famílias trabalhadoras**. Campinas, Convênio UNICAMP/NEPP/FINEP, Relatório Final de Pesquisa, 1987.

CAPRA, F. **O Tão da Física – um paralelo entre a física moderna e o misticismo oriental**. São Paulo: Cultrix, 1978.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**, Cultrix. São Paulo. 1988.

CAPRA, F. **Sabedoria incomum**, São Paulo; Cultrix, 1990.

CAPRA, F. **A teia da vida – Uma nova concepção científica dos sistemas vivos**. São Paulo, Cultrix, 1996.

CAPRA, F. **As Conexões Ocultas : ciência para a vida sustentável**. São Paulo, Cultrix, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Anais...** Relatório final, Brasília, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN, 197**: Boletim Informativo, v.18, n.4, p.8, Setembro, 1995.

DILTHEY, W. **Psicologia e Compreensão**. Lisboa, Edições 70, 2002.

DOSSEY, L. **As palavras curam**. São Paulo, Cultrix, 1996.

DURKHEIM, E. **The elementary forms of the religious life**. London, Allen & Unwin, 1957.

DURKHEIM, E.; MAUSS, M. **Algumas formas primitivas de classificação. contribuição para o estudo das representações coletivas.** Tradução de Maria Isaura Pereira de Queiroz, Mimeo, 1955.

EISENBERG, D.M. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. **JAMA**, 280(18): 1569-75, 1998.

FERRARI, B.T. **A redescoberta das plantas medicinais...**, 13 (8): 308-15, Ago., São Paulo, Ver. Brás. Clin. Terap, 1984.

FISCHER, P.; WARD, A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. **British Medical Journal**, 309:107-111, 1994.

FLEURY, S. Avaliação comparativa das Ações Integradas de Saúde. **Saúde em Debate**. Avaliação Tecnológica em Saúde, 78-81, 1991.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Ed.Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1977.

GERBER, R. **Medicina vibracional**. São Paulo, Cultrix, 1988.

GERBER, R. **Um guia prático de medicina vibracional**. São Paulo, Cultrix, 2000.

GLUCKMAN, M. **Custom and conflict in África**. Oxford: Basil Blackwell, 1973.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.

HAHNEMANN, S. **Organon da arte de curar – exposição da doutrina Homeopática**, São Paulo, publicação do Grupo de Estudos Homeopáticos “Benoit Mure”, 1989.

JONAS, W.B. Alternative medicine – learning from the past, examining the present, is advancing to the future. **JAMA**, 280(18): 1616-1618, 1998.

KRIEGER, D. **O toque terapêutico**. São Paulo, Cultrix, 1996.

KRIEGER, D. **Toque Terapêutico – novos caminhos da cura transpessoal**. São Paulo, Cultrix, 1997.

KRIEGER, D. Therapeutic Touch: two decades of research, teaching and clinical practice. Excepted from a lecture presented at the Twentieth Anniversary of Council Grove Conferences Voluntary Controls Program; The Menninger Foundation, Topeka, Kansas, april 4-8, 1988.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo, Perspectiva, 1975.

KUNZ, D.G. **A aura pessoal**. São Paulo, Pensamento, 1991.

LEE, M.L. **Lian Gong em 18 Terapias**. São Paulo, Pensamento, 1998.

LASKOW, L. **Curando com amor**. São Paulo, Cultrix, 1996.

LAUS, C.B. – **Manual de fitoterapia – projeto verde saúde** – Prefeitura Municipal de Curitiba, documento datilografado. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, 1994.

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

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática – Anos 80”. **Saúde em Debate** 27-32, Junho, 1991.

LUZ, M.T. **A arte de curar versus a ciência das doenças**. Rio de Janeiro, Dynamis Editorial, 1996.

LUZ, M.T. A medicina tradicional chinesa e os serviços públicos de saúde. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, 160, Rio de Janeiro, p.7-42, 1998.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas coletivas em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2003.

LUZ, M.T. **“Ato Médico: conceito ético ou categoria ideológica?”**. Artigo escrito em 23/11/2004 para o Conselho Federal de Psicologia – www.naoaoatomedico.com.br, Rio de Janeiro, 2004.

MALINOWSKI, B. **Os argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo, Ed. Abril, 1979.

MARTA, I.S.R. **Utilização do Toque Terapêutico no processo de cuidar de pessoas com dor crônica não-neoplásica: avaliação da experiência pelo paciente e verificação dos efeitos sobre a intensidade e o significado psicológico da dor e sobre a depressão**. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, São Paulo, 2000.

MARTINS, J. & BICUDO, M.A. **A pesquisa qualitativa em Psicologia**. São Paulo: Ed. Moraes, 1994.

MATOS, F.J.A. **Farmácias Vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**. Fortaleza, EUFC, 1998.

MENDES, E.V. **As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo, Hucitec, 1992.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. Zahar, Rio de Janeiro, 1978.

NEEDHAM, J. **Science and civilization in China**, Cambridge University Press, Cambridge, 1962.

NOGUEIRA, M.J.C. Homeopatia, apenas efeito placebo? **Enfoque**, v.13, n.3,p.26-28, São Paulo, 1985.

O'NEAL, P. **Health crisis 2000, WHO report**. London, Alden Press, 1983.

MERRHY, E.E. QUEIROZ, M.S., Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro, **Caderno de Saúde Pública**, 9 (2):177-184, Rio de Janeiro, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promoción y desarrollo de la medicina tradicional**. Série de Informes Técnicos (622), Genebra, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados Primários de Saúde, In: **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata**, URSS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Traditional medicine and health care coverage**, Bannerman et al, Genebra, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**, Cairo, Egito, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Datos de Recursos de Información, Inc.Scanner Data, citado em **Herbal Gram Journal of the American Botanical Council and the Herb Research Association**, 43:61, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Report: Technical briefing on traditional medicine**. Forty-ninth Regional Committee Meetin, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, Manila, Filipinas, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promoción de la salud, Glosario**, Ginebra, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Traditional, complementary and alternative medicines and therapies**. Washington DC, Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Americana de la Salud, USA, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cámara de los Lores, Gran Bretaña. Comité Selecto sobre Ciencia y Tecnología. Sesión 1999-2000. **6th Report complementary and alternativa medicine**. Londres, Stationery Office, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**, Ginebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Consultation meeting on traditional medicine and modern medicine : Harmonizing the two approaches**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. Ginebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Regional meeting on regulatory aspects of herbal products**. 13-16 de Noviembre de 2000, Informe Final, Washington DC. Oficina regional del a OMS para as Américas/Organización Panamericana de la Salud,2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report 2000**. Health Systems: Improving Performance, Ginebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Health Canada. Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. **A collection of papers prepared for Health Canada**. Ottawa, Health Canada, 2001.

PAIM, R.C.N. **Um paradigma para a enfermagem**. Niterói, CDB, 1991.

PAIM, J.S. As Políticas de saúde e a conjuntura atual. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.1, p.18-24, Março, 1989.

PAIM, J.S. Reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade** 29-47, São Paulo, 1992.

PAIM, J.S. e ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, São Paulo, 1998.

PAULO, E.P. **A Fitoterapia como terapêutica alternativa: estudo realizado junto aos clientes de um Centro de Saúde**. Rio de Janeiro, 1989. (Dissertação - Mestrado - Universidade do Rio de Janeiro UNIRIO).

PIETRONI, P. Beyond the boundaries : relationship between general practice and complementary medicine. **British Medical Journal**, 305:564-566,1992.

POPPER, K. **Normal science and its dangers**. In: LAKOTOS,I.;MUSGRAVE,A. (Ed.) **Criticism and the growth of knowlwdge**. Cambridge: Cambridge University Press,1970.

PREV-SAÚDE. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.1, p.16-7, março, 1989.

QUEIROZ, M.S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: Uma perspectiva Antropológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 20:309-17.,1986.

QUEIROZ, M.S. **Representações de saúde e doença**. Campinas, Editora UNICAMP, 1991.

QUEIROZ, M.de S. et al. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.26, p. 34-40, 1992.

QUEIROZ, M.S. CASTRO M.H.G.; VIANA, A. L. A organização dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas. **Cadernos de Pesquisa NEPP/UNICAMP** (26), Campinas, p.1-78, 1993.

QUEIROZ, M. S.; VIANA, AL. Organização e Gerenciamento dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.61-70, 1994.

QUEIROZ, M.S.; PUNTEL, M.A. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

QUEIROZ, M.S., **Um enfoque sobre saúde e doença: uma perspectiva antropológica.** São Paulo, EDUSC 2003.

RIBEIRO, E.M. As Várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de Saúde da Família (PSF). **Revista Latino-Americana Enfermagem**, 12(4); 658-64 Ribeirão Preto, São Paulo, julho-agosto, 2004.

ROGERS, M.E. **Introduction to the theoretical basis of nursing.** Davis, Philadelphia, 1970.

SA, A C.; SILVA, M.J.P. Aplicação do Toque Terapêutico em Mulheres Portadoras de Câncer de Mama sob Tratamento Quimioterápico. **Revista O Mundo da Saúde**, ano 27, V.27, n.2 abr./jun.2003.

SÁ, A.C.de A ciência do ser humano unitário de Marta Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática de Enfermagem. **Rev. Escola Enfermagem USP**, v.28, n.2, p.171-6, 1994.

SERAVALLE, L. BOOG, M.C.F. Introdução á discussão sobre o Ensino de Práticas Alternativas em Saúde. **Saúde em Debate**, 51:82-88, Londrina Paraná, Junho, 1996.

SILVA, M.A.P.D. **As representações sociais e as dimensões éticas.** Taubaté, Cabral Editora Universitária, 1998.

SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo, Brasiliense, 1993.

SILVA, M.J.P. et al. Entendendo o Toque Terapêutico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.44, n.4, p.69-73, 1991.

TUCKET, D. **An introduction to medical sociology**. London: Tavistock Publ., 1980.

TURNER, V. W. **The ritual process**. London: Routledge&kegan Paul, 1967.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Ed Hucitec, 1999.

WEBER, M. **A objetividade do conhecimento nas ciências e na política social**. Lisboa, Lisboa Ltda., 1974.

WEBER, R. **Dialogues with Scientists an Sages**. Routledge&Kegan Paul, Londres, 1988.



Anexo

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos Profissionais de Saúde da
Rede Pública de Saúde de Campinas

Estamos convidando-o a participar de uma pesquisa intitulada: “Utilização de Terapias Alternativas No Processo de Cuidar em Enfermagem: Uma análise na rede pública de serviços de saúde de Campinas” a ser realizada com profissionais de saúde, dentro da rede pública de serviços de saúde do Município de Campinas.

Este projeto de pesquisa tem por finalidade estudar a experiência da implantação de métodos terapêuticos tradicionais, complementares e alternativos na referida instituição. A preocupação com essas práticas terapêuticas volta-se em direção da dimensão institucional, dirigida aos profissionais da saúde da rede básica de serviços de Campinas, dando ênfase maior aos profissionais enfermeiros que adotam ou procuram adotar no processo de cuidar, uma abordagem alternativa.

O termo medicina tradicional, complementar e alternativa é definido pela Organização Mundial de Saúde, em seu documento “Estratégias da Organização Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, como: “Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou combinadas para manter o bem estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades”.

De acordo com este documento, o termo “medicina tradicional” deverá ser aplicado quando se fazem referência aos países da África, Latino-Americanos, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental e o termo “medicina complementar e alternativa” quando se faz referência aos países da Europa, América do Norte e

Austrália e, ainda, quando referido em sentido geral a todos os países, deve ser “medicina tradicional/medicina complementar e alternativa.”

Nas últimas décadas tem havido crescente atenção para o estudo dessas práticas terapêuticas dentro do contexto da atenção sanitária, tanto na prática da enfermagem como na atenção de pesquisadores e a atualização dos trabalhos de pesquisa realizados em diferentes países e no Brasil, vem comprovando a importância de refletir sobre esta nova conceituação, que adota uma postura integral diante da saúde e da doença verificada na área de saúde.

Sem excluir uma dimensão quantitativa, que procura levantar alguns aspectos da rede básica de serviços de saúde, a partir de uma perspectiva numérica, o projeto adota uma postura metodológica essencialmente quantitativa, envolvendo basicamente as representações sociais de coordenadores de distritos e centros de saúde, assim como de profissionais que adotam uma prática complementar e alternativa no processo de cuidar.

As representações sociais são concebidas como um tipo de saber que o indivíduo tem sobre a natureza dos eventos, objetos e situações em seu meio social. São uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Somente no interior de um determinado contexto social e cultural é que as representações adquirem sentido e significado. O método qualitativo da observação participante, introduzido pela antropologia moderna coloca o sujeito e o objeto em uma interação que se torna parte central e inevitável da investigação.

É um pressuposto fundamental da pesquisa que os sujeitos a serem entrevistados têm representações, embora incompletas, relativamente coerentes em relação ao universo vivido e experimentado. Trata-se de um conhecimento prático, de senso comum, que forma uma concepção de vida e orienta as ações individuais. Como sujeitos da pesquisa, identificam e analisam os seus problemas e propõem intervenções mais eficazes na realidade.

O conjunto dessas representações, compreendendo consenso e discórdia a respeito de vários tópicos relativos ao universo vivido e experimentado, deve oferecer, em seu conjunto, uma compreensão mais rica de uma realidade.

Teremos como objetivos desta pesquisa delinear as representações sociais sobre o conceito de práticas tradicionais, complementares e alternativas dos profissionais de saúde da rede pública de saúde de Campinas que trabalham com a abordagem integral no processo de cuidar.

Procuraremos avaliar o comprometimento com o desenvolvimento dessa nova visão, as condições que essas práticas complementares estão sendo introduzidas e sistematizadas no âmbito dos serviços de saúde e sua interferência de maneira positiva ou negativa no âmbito de atuação desses profissionais no que se refere à maior autonomia dos mesmos. Serão focalizados suas reivindicações, suas conquistas, os obstáculos e os compromissos e estratégias que desenvolvem para manter e expandir suas práticas profissionais.

A pesquisa pretende, numa primeira instância, que coordenadores de Centros de Saúde de Campinas respondam um pequeno questionário e participem de entrevistas gravadas e transcritas pelo pesquisador, de onde se pretende extrair dados sociológicos e econômicos gerais sobre o conjunto dessas instituições e suas representações sociais, além de detectar quais deles oferecem, já ofereceram ou pretendem oferecer serviços que incluam assistência utilizando terapias complementares e alternativas.

A partir desse levantamento, a pesquisa deverá concentrar-se nos profissionais de saúde que incluem essas terapêuticas complementares em sua assistência através de entrevistas realizadas pelo pesquisador que serão gravadas e transcritas e obedecerão a um total de uma entrevista por profissional. Os centros de saúde que não possuem essas práticas e aqueles que estão iniciando este tipo de assistência serão também objetos de estudo.

Gostaríamos de ressaltar que será garantido o sigilo que assegura a privacidade quanto aos dados confidenciais coletados nesta presente pesquisa.

Contando com a sua colaboração, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Silvana Cappelletti Nagai

Pesquisador responsável

Fone: (19) 3231-4929/ 9175-5783.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Fone: (19) 3788-8936.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome Profissional: _____

Profissão: _____

Telefone/Telefone p/ recado: _____

Local de Trabalho: _____

Aceito participar da pesquisa Sim Não

Data: ___/___/___

Assinatura do Profissional

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Nome Completo
2. Idade/Sexo
3. Formação Acadêmica/ Universidade que fez sua formação/ Tempo de formação/ Especializações/ Mestrado/Doutorado?
4. Tempo de Serviço Público/ Cargo que ocupa e há quanto tempo/ Outros locais em que trabalha?
5. Para você o que é terapia complementar e alternativa? O por quê do incentivo por parte da Secretaria de Saúde para a implantação dessas práticas na rede pública de saúde?
6. Qual é a sua prática em MT/MCA?
7. Qual a sua visão a respeito das relações das MT/MCA com a racionalidade médica dominante no serviço de saúde pública?
8. Sobre o processo de implantação? Recursos humanos e materiais? Processo de trabalho? Custo/benefício?
9. Adaptação das MT/MCA com a medicina hegemônica: possibilidade de convivência democrática? Possibilidade de fragmentação?
10. Sobre o interesse dos profissionais de saúde pelas MT/MCA/ Capacitação profissional?
11. Relação MCA/GTRIS e SUS/PAIDÉIA?
12. Autonomia da enfermagem e a MCA?
13. Experiência com a implantação do Toque Terapêutico?