

REVISTA
BRASILEIRA

SAÚDE DA FAMÍLIA



Publicação do Ministério da Saúde - Ano IX - Maio de 2008

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Uma Realidade no SUS

Entrevista com
Xiaouri Zhang, coordenadora da OMS

Abram alas para os novos
movimentos sociais

As novas formas de saúde: Práticas,
representações e valores culturais na
sociedade contemporânea



Revista Brasileira Saúde da Família

Ano IX, Edição Especial, Maio de 2008

Tiragem: 50.000 exemplares

Coordenação, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

6º andar, sala 655

CEP: 70058-900, Brasília-DF

Tel.: (61) 3315-2497

Fax. (61) 3226-4340

Home page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:

Luis Fernando Rolim Sampaio

Coordenação Técnica:

Antônio Dercy Silveira Filho

Claunara Shilling Mendonça

Carmem De Simoni

Iracema Benevides

Coordenação Editorial:

Inaiara Bragante

Redação:

Eduardo Dias

Patrícia Alvares

Diagramação e Arte-final:

HMP Comunicação Ltda

Projeto Gráfico:

Wagner Alves

Jornalista Responsável:

Patrícia Alvares (MTB – 3240/DF)

Revisão:

Amanda Reis

Fotografias:

Eduardo Dias; Patrícia Alvares; SMS/Vitória; Projeto Quatro Varas; SMS/São João Del Rei .

Colaboração

Flávia Davide

Iracema Benevides

Tradução

Flavius Augusto Olivetti Albieri

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Distribuição gratuita

Revista Brasileira Saúde da Família. – Ano IX, Ed. Especial (Maio 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008

Trimestral.

ISSN: 1518-2355

1. Saúde da família. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título.

Tiragem: 50.000 exemplares
Impresso na Gráfica e Editora Brasil Ltda.
PDJK, Pólo de Desenvolvimento JK
Trecho 01 Conj. 09/10, Lotes 09/10/22
Santa Maria-DF
Brasília, maio de 2008

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

REVISTA
BRASILEIRA **SAÚDE DA FAMÍLIA**



Saúde da Família

Brasília/2008

Revista Brasileira Saúde da Família

Edição Especial

- 3 **Apresentação**
- 4 **Entrevista**
Xiaouri Zhang
Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde
- 8 **Opinião**
As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea
Madel T. Luz
- 20 Terapias integrativas fazem história em Campinas
- 26 Auto-massagem: benefício coletivo
- 30 Amapá conta com centro de referência para toda a região Norte
- 35 Lian Gong: Uma conquista coletiva no interior de São Paulo
- 38 Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos
- 44 Medicina antroposófica a serviço do ser humano
- 50 Vitória: Fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde
- 54 Acupuntura e fitoterapia no acompanhamento do Climatério
- 58 Goiás investe na formação dos profissionais em Práticas Integrativas
- 62 **Artigo**
Abram alas para os novos movimentos sociais: Saúde da Família e Práticas Integrativas e Complementares
Nelson Filice de Barros
- 64 **Artigo**
Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento
Eliane Cardoso de Araújo
- 70 **Artigo**
As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Realidade e desafios após dois anos de publicação da PNIPIIC
Carmem De Simoni, Iracema Benevides, Nelson Filice de Barros



Departamento de Atenção Básica - DAB

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G". Edifício Sede, Sala 655

CEP: 70.058-900 - Brasília/DF. Telefone: (61) 3448-8337

Há dois anos, em 3 de maio de 2006, foi publicada a Portaria 971, que passou a assegurar o acesso aos usuários do SUS à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, além de constituir observatório de práticas em saúde para o Termalismo e a Medicina Antroposófica.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) inseriu o Brasil na vanguarda das práticas integrativas no sistema oficial de saúde no âmbito das Américas. Essa política responde ao desejo da população manifesto nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde desde 1988.

Esta edição especial da Revista Brasileira Saúde da Família é um espaço para algumas experiências exitosas que já podem ser percebidas no Brasil, mesmo com a pouca idade da Política. Experiências essas, que podem ter início por meio da iniciativa de um profissional ou um grupo, mas que foram abraçadas pelos gestores e, principalmente, pelos usuários que procuram, de forma cada vez mais crescente, as Práticas Integrativas e Complementares.

A Revista Brasileira Saúde da Família - edição especial - procurou contemplar todas as regiões brasileiras e o ponto em comum encontrado em todas elas foi o ganho em qualidade de vida. Como não poderia deixar de ser, outro ponto refere-se à atuação das Equipes Saúde da Família (ESF) e como as Práticas Integrativas e Complementares estão diretamente ligadas à Atenção Básica/Saúde da Família. Contudo, embora as Práticas estejam sendo aplicadas em diversas cidades do Brasil, isso ainda se faz de maneira não-uniforme, de acordo com a realidade local e diversos outros fatores.

Das cinco regiões visitadas, a Revista procurou destacar o papel decisivo da gestão na implementação das práticas, a aplicação de técnicas da Medicina Tradicional Chinesa como Do-in, Acupuntura e Lian Gong e a importância de centros de referência em Práticas Integrativas e Complementares que podem se tornar futuros Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), possibilitando, assim, o aumento da qualificação e/ou capacitação das ESF. Este número traz, também, as experiências relativas à Medicina Antroposófica e o uso da Terapia Comunitária como elemento de manejo para pequenos conflitos, além de abrir espaço para a valorização da cultura e conhecimento do povo brasileiro, que tem muito a contribuir com o desenvolvimento do trabalho das ESF.

Além de valiosos artigos, a Revista Brasileira Saúde da Família - edição especial, traz, ainda, entrevista com a Dra. Xiaouri Zhang, coordenadora da área de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde.

Ministério da Saúde

Entrevista

Xiaouri Zhang
Coordenadora do
Departamento de
Medicina Tradicional da
Organização Mundial de
Saúde

Como identificou seu interesse pela medicina e se transformou em “médica de pés-descalços” na China?

Durante as décadas da Revolução Cultural nos anos 60 e 70, fui enviada da capital, Pequim, para um pequeno vilarejo, em uma área remota da Província de Shan Xin. Durante aquele período, houve uma falta de serviços médicos em zonas rurais, particularmente nas áreas distantes da China. Onde eu morava, havia 4 vilarejos com uma população total de 8 mil habitantes, aproximadamente. O Posto de Saúde mais próximo ficava a 50 km de distância dessas quatro aldeias e, em caso de um paciente necessitar de cuidados médicos, tinham que atravessar duas montanhas.

Quando os agricultores locais queixaram-se desta dificuldade para mim, senti-me muito triste. Eu já detinha um pouco de conhecimento de medicina e acupuntura, e quando os agricultores apresentavam problemas de saúde simples, eles me procuravam para prover a assistência médica. Devido às solicitações dos agricultores, tornei-me, mais tarde, uma “médica de pés-descalços”. Após isso, fui enviada pelas autoridades do vilarejo para um hospital na capital, Pequim, por duas semanas, para aprender as práticas de uma parteira.

Eu tratei muitos pacientes utilizando a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), incluindo acupuntura e fitoterapia e, também, a alopatia. Eu cultivava plantas medicinais e as vendia no mercado. Utilizava o dinheiro arrecadado na compra de alguns medicamentos básicos. Dessa forma, meus pacientes foram tratados gratuitamente, e isso nos ajudou a encarar os desafios relacionados aos cuidados em saúde. Eu fui muito bem acolhida pelos moradores locais desses quatro vilarejos. Por essas minhas ações, muitos pacientes não precisavam se deslocar por 50 km entre montanhas para serem atendidos pelos médicos do Posto de Saúde para resolver seus problemas de saúde mais simples.

O que você traz como experiência fundamental do período em que trabalhou como “médica de pés-descalços”?

Primeiramente, eu conquistei muito conhecimento e experiência na identificação e cultivo de plantas medicinais com os agricultores locais. Eu também acumulei experiência clínica usando a Medicina Tradicional Chinesa para tratar de problemas mais comuns. Aprendi também que a Atenção Primária em Saúde era necessária aos moradores locais e, para atender essa demanda, apliquei tanto a Medicina Tradicional Chinesa como a Medicina Ocidental. Todas essas experiências foram valiosas para a minha carreira como médica, como funcionária nacional e como membro das Organizações Intergovernamentais, como a OMS.

Como foi estudar e depois dirigir o curso de medicina tradicional e biomedicina da Universidade de Medicina Tradicional de Beijing?

Embora eu tenha aprendido muito sobre a prática médica durante os quatro anos nos vilarejos, eu ainda detinha um grande número de questões relacionadas ao conhecimento científico em bio-medicamentos e às práticas da Medicina Tradicional Chinesa. Eu estava muito interessada em saber cada vez mais, visando atualizar meus conhecimentos em ambas áreas. Na China, existem duas vertentes nas Universidades de Medicina: as que seguem a Medicina Ocidental e as da Medicina Tradicional Chinesa/MTC.

Nas Universidades com linha em MTC, a todos os estudantes é dado de modo curricular o aprendizado clínico básico, tanto para Medicina Tradicional Chinesa como para a Medicina Ocidental. Os estudantes graduados nas Universidades com MTC devem ser capazes de praticar os dois tipos de medicina em seus pacientes.

Após a minha graduação, eu trabalhei como obstetra-ginecologista em um hospital com 800 leitos. Apliquei ambas técnicas para tratar os pacientes, apoiada em dois princípios: utilização do método mais efetivo nos cuidados médicos e respeito na escolha da prática metodológica pelo paciente.

Creio que os pacientes foram mais beneficiados por essa abordagem combinada. Devido às minhas ações prestadas com boa qualidade, fui escolhida como "Funcionária do Ano" todos os anos em que trabalhei lá, até que fui nomeada Diretora Adjunta do Hospital após apenas seis anos. Fiquei nessa posição por mais três anos, antes de passar à próxima etapa do meu trabalho.

Quando foi convidada para coordenar o Programa de Medicina Tradicional na Organização

Mundial de Saúde (OMS) em 1992, o que encontrou?

O Programa de Medicina Tradicional (TRM) foi criado em 1976. Quando eu entrei para a OMS, em 1992, o programa estava constituído com um único profissional e um orçamento muito limitado desde 1976. Havia apenas duas publicações: sobre normas internacionais de nomenclatura em acupuntura e a outra, uma guia da OMS para avaliação de produtos fitoterápicos. O TRM foi um dos programas mais negligenciados dentro da OMS e a sua remoção da sede da Organização para os escritórios regionais era considerada freqüentemente.

O que destacaria como eventos importantes deste período em que coordena o Programa?

A Medicina Tradicional tem sido cada vez mais utilizada por mais países e essa dispersão colocou em evidência uma série de problemas relacionados à sua segurança, eficácia e qualidade. Contudo, o dever da OMS em lidar com esses problemas não é claro, porque o uso da Medicina Tradicional Chinesa é variável em demasia em cada país. Trabalhei no desenvolvimento de documento sobre a Estratégia da OMS acerca dos Medicamentos Tradicionais entre os anos 2000 a 2005. A Estratégia foi o primeiro documento a apresentar o diagnóstico, os desafios e as potencialidades da Medicina Tradicional



de um modo claro e completo. Além disso, clareou o papel e os objetivos da OMS no campo da Medicina Tradicional. Essa Estratégia foi discutida e aceita por consenso na Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2003. Muitos Estados-Membros responderam favoravelmente e apreciaram as contribuições feitas pela OMS neste campo. O programa também tem recebido apoio financeiro generalizado, e hoje o TRM possui quatro membros na equipe.

A fim de apoiar os Estados-Membros durante a execução da Estratégia, o TRM tem desenvolvido uma série de políticas, documentos técnicos e guias. (Veja anexa uma lista das publicações em TRM desde 1990)

Progresso dos Estados-Membros no Campo da TM/CAM				
Objetivos	Indicadores	1999	2003	2007
		Status	Reportado	Reportado
TM/CAM integrada nos sistemas nacionais de saúde	Número de Estados-Membros com política em TM/CAM	25	39	48
Segurança, Eficácia e Qualidade da TM/CAM reforçada	Número de Estados-Membros com normatização da fitoterapia	65	82	110
Uso racional da TM/CAM provida pelos consumidores e fornecedores	Número de Estados-Membros com Instituto Nacional de Pesquisa em TM/CAM	19	56	62

Os Estados-Membros têm demonstrado um grande progresso no campo da Medicina Tradicional Chinesa.

Quais são as perspectivas do Programa de MT em curto, médio e longo prazo?

Conforme o papel da OMS no campo da Medicina Tradicional, como objetivos a curto e médio prazo, a Organização continuará o seu apoio aos Estados-Membros para:

- expandir o reconhecimento de TM/CAM;
- apoiar a integração do TM/CAM nos sistemas nacionais de saúde baseados na circunstância de uso da TM / CAM nesses países;
- fornecer informações e orientações técnicas a fim de propiciar a prática em TM/CAM de forma eficaz e segura;
- preservar e proteger os conhecimentos em Medicina Tradicional e Fitoterapia para o uso sustentável das mesmas.

A Diretora Geral da OMS, Dra. Margareth Chang, determinou seis objetivos prioritários para os próximos cinco anos:

1. Saúde e desenvolvimento
2. Saúde e segurança
3. Sistemas de Saúde
4. Informação e conhecimento
5. Parcerias
6. Desempenho

Para os Sistemas de Saúde, destacam-se quatro principais áreas básicas:

- Atenção Primária de Saúde (APS), como inspiração para o trabalho sobre os sistemas de saúde;
- Prestação de Serviços Integrados;
- Do nascimento à morte;
- Prevenção, promoção e tratamento contínuos – incluindo os autocuidados no atendimento.

Cada sistema de TM/CAM e Biomedicina tem as suas vantagens e desvantagens. Finalmente, TM/CAM será progressivamente integrada em todos



os sistemas nacionais de saúde e os pacientes terão acesso aos benefícios dos dois tipos de práticas médicas.

Como você vê a iniciativa brasileira em formular uma política para TM/CAM, inserida no Sistema Oficial de Saúde do Brasil? Qual é a importância dessa iniciativa para outros países?

Como mencionei antes, cada sistema de TM/CAM e biomedicina tem vantagens e desvantagens próprias. Se a TM/CAM tornar-se integrada em todos os sistemas nacionais de saúde, os pacientes terão acesso aos benefícios dos conhecimentos médicos com uma abordagem mais ampla em saúde. Além disso, estando a TM/CAM integrada nos sistemas de saúde, garantirá a compreensão das práticas e dos seus efeitos ainda com mais segurança, eficácia e qualidade. Essa é a razão pela qual a OMS apóia a integração progressiva da TM/CAM nos sistemas nacionais de saúde de seus Estados-Membros.

No ano passado, a Diretora Geral definiu os sistemas de saúde como uma área prioritária para a OMS e incentivou os países a integrarem a TM/CAM em seus sistemas de saúde. A OMS apóia as integrações quando se combina Sistemas de Saúde com Medicina

Tradicional Chinesa, por exemplo. Durante a última década, cada vez mais Estados-Membros começaram a considerar a integração da TM/CAM em seus sistemas de saúde. No entanto, muitos deles não sabem como fazê-lo e pediram que a OMS forneça informações relevantes e experiências de outros Estados-Membros para facilitar o processo.

Ficamos muito satisfeitos ao constatar que o Ministério da Saúde do Brasil está muito interessado e apóia a integração da Medicina Tradicional e Práticas Complementares em seu sistema de saúde. Em maio de 2006, o Governo do Brasil aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Agradecemos todos os esforços feitos pelo governo brasileiro e também gostaríamos de ver compartilhada a experiência do seu país com os outros Estados-Membros. A OMS vai organizar o primeiro Congresso sobre Medicina Tradicional de 7 a 9 de novembro de 2008, em Beijing, China, e o governo do Brasil será um dos nossos convidados para partilhar com os outros Estados-Membros, sua Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde.

LISTA DE PUBLICAÇÕES SELECIONADOS DA OMS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL (1990 - 2007)

As seguintes abreviaturas são utilizadas para indicar a disponibilidade de língua das edições: [A] árabe; [C] chinês; [F] francês; [R] russo; [S] espanhol.

Regulatory situation of manual therapies; a worldwide review, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on selection of substances for quality control of herbal medicines, WHO, Geneva, (in preparation).

Report of WHO interregional workshop on the use of traditional medicine in primary health care, WHO, Geneva, (in preparation).

Key technical issues of quality impacting on safety of homoeopathic medicines, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on basic training in Thai Traditional Massage, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on basic training in Chinese Tuina, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on basic training and safety in Osteopathy, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on basic training and safety in Naturopathic Medicine and Naturopathy, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on basic training and safety in Unani Medicine, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on basic training and safety in Ayurvedic Medicine, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on basic training and safety in Chinese Traditional Medicine, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO monographs on selected medicinal plants commonly used in Newly Independent State, WHO, Geneva, (in preparation).

WHO monographs on selected medicinal plants, Volume 4 (ISBN 978 92 4 154715 5), WHO, Geneva, (in preparation).

WHO guidelines on assessing quality of herbal medicines with reference to contaminants and residues (ISBN 978 92 4 159444 8), WHO, Geneva, 2007.

WHO monographs on selected medicinal plants, Volume 3 (ISBN 978 92 4 154702 4), WHO, Geneva, 2007.

WHO guidelines on good manufacturing practices (GMP) for herbal medicines (ISBN 978 92 4 1546271), WHO, Geneva, 2007.

WHO good agricultural and collection practices (GACP) monograph on *Artemisia annua* L. (ISBN 978 92 4 159443 1), WHO, Geneva, 2006 [C].

Good manufacturing practices: Updated supplementary guidelines for the manufacture of herbal medicines, Annex 3 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations, Thirty-fourth report (ISBN 978 92 4 120937 2), WHO Technical Report Series, No. 937, WHO Geneva, 2006.

WHO guidelines on basic training and safety in Chiropractic (ISBN 92 4 159371 7), WHO, Geneva, 2006 [F] (ISBN 978 92 4 259371 6), [S] (ISBN 978 92 4 559371 5).

National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO Global Survey (ISBN 92 4 159323 7), WHO Geneva, 2005.

WHO guidelines on safety monitoring and pharmacovigilance of herbal medicines (ISBN 92 4 159221 4) , WHO, Geneva 2004 [C]*, [F]*, [S]*.

WHO guidelines on development of consumer information on proper use of traditional medicine and complementary/alternative medicine (ISBN 92 4 159170 6), WHO, Geneva, 2004 [C]*, [F]*, [S]*.

SARS: clinical trials on treatment using a combination of Traditional Chinese medicine and Western medicine (ISBN 92 4 154643 3), WHO, Geneva, 2004 [C].

WHO Guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants (ISBN 92 4 154627 1), WHO Geneva, 2003 [A], [C], [F], [R], [S].

Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials (ISBN 92 4 154543 7), WHO Geneva, 2002.

WHO monographs on selected medicinal plants, Volume 2 (ISBN 92 4 154537 2), WHO Geneva, 2002.

WHO Traditional Medicine Strategy: 2002-2005, WHO/EDM/TRM/2002.1, WHO Geneva, 2002 [A], [C], [F], [R], [S].

WHO Policy Perspectives on Medicines, Traditional Medicine - Growing Needs and Potential, WHO/EDM/2002.4, WHO Geneva, 2002 [A], [C], [F], [R], [S].

Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a world-

wide review, WHO/EDM/TRM/2001.2, WHO Geneva, 2001, [F]*, [R], [S]*.

Report of the Inter-Regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine (Bangkok, Thailand, 6-8 December 2000), WHO/EDM/TRM/2001.1, WHO Geneva, 2001.

General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine, WHO/EDM/TRM/2000.1, WHO Geneva, 2000 [F], [R], [S].

WHO monographs on selected medicinal plants, Volume 1 (ISBN 92 4 154517 8), WHO Geneva, 1999.

Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture, WHO/EDM/TRM/99.1, WHO Geneva, 1999, [F], [S].

Regulatory Situation of Herbal Medicines: a worldwide review, WHO/TRM/98.1, WHO Geneva, 1998, [F], [S].

Quality control methods for medicinal plant materials (ISBN 92 4 154510 0), WHO Geneva, 1998.

Basic tests for drugs: pharmaceutical substances, medicinal plant materials and dosage forms (ISBN 92 4 154513 5), WHO Geneva, 1998 [A], [C], [F], [R], [S].

Report of the Third Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine (Beijing, People's Republic of China, 23-26 October 1995), WHO/TRM/96.1, WHO Geneva, 1996.

Guidelines for the assessment of herbal medicines, Annex 11 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations, Thirty-fourth report (ISBN 92 4 120863 5), WHO Technical Report Series, No. 863, WHO Geneva, 1996, [F], [S]; this guideline is also included in: Quality assurance of pharmaceuticals: A compendium of guidelines and related materials, Volume 1 (ISBN 92 4 154504 6), WHO Geneva, 1997.

Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers, WHO/SHS/DHS/TRM/95.6, WHO Geneva, 1995.

Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care, WHO/SHS/DHS/TRM/95.5, WHO Geneva, 1995.

WHO/IUCN/WWF Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants, (ISBN 2 8317 0136 8), IUCN, Gland, Switzerland, 1993, [F], [S] (currently being updated).

As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea

Madel T. Luz

Professora Titular do Departamento de Política e Planejamento em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo.

*publicado originalmente em *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva*, Editora Hucitec, 2003.



RESULTADO de comunicações em congressos,¹ publicações em artigos ou coletâneas,² observação etnográfica e participante,³ bem como de análise assistemática de matérias da mídia impressa e televisiva,⁴ este capítulo dá seqüência à reflexão desenvolvida no projeto “Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde”, iniciado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 1992,⁵ ora em sua terceira fase. Nele comparei, inicialmente (primeira fase), sistemas médicos complexos (medicina homeopática, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica, biomedicina) quanto a paradigmas terapêuticos; em seguida, procedi à análise comparativa de práticas e representações de terapeutas e pacientes (segunda fase do projeto), buscando verificar a existência de mais de uma racionalidade médica atuando na cultura atual. Em seguida, iniciei a observação e a comparação de diferentes práticas coletivas em saúde, terapêuticas ou não, para apreender racionalidades específicas, através da análise dos diversos sentidos e significados atribuídos às práticas desenvolvidas pela sociedade civil (terceira fase do projeto).

Essas racionalidades coexistem de fato em nossa cultura, às vezes de maneira conflituosa, às vezes de maneira pacífica e mais ou menos integrada, freqüentemente de modo híbrido ou sincrético,⁶ tanto em termos teóricos como empíricos, isto é, justapondo ou integrando numa “colagem” prática aspectos conceituais de distintas racionalidades. Esse processo se verifica nas práticas e representações tanto dos agentes institucionais (médicos-profissionais) como nas dos pacientes envolvidos nos processos de diagnose, terapêutica e cura (Luz, 1998), e nas dos praticantes de atividades definidas como de “saúde”. No V Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Saúde, realizado em 1999 em Isla Margarita (Luz, 2000), comecei a abordagem das práticas de saúde ditas alternativas, acrescentando à análise realizada anteriormente (Luz, 1997) o conjunto de “atividades físicas” atualmente em voga na sociedade, compreendendo desde as fisicamente mais *hard*, como a musculação e as diferentes modalidades de ginástica aeróbica, até o tai chi chuan, a

yoga e a dança de salão, procurando esclarecer sentidos, concepções e representações de saúde nelas subentendidos e os valores culturais a que remetem. No VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Salvador em 2000, dei seqüência à reflexão, procurando estabelecer comparações entre valores sociais, éticos e as práticas de saúde na sociedade urbana atual, aprofundando as relações entre cultura, saberes e práticas sociais em saúde, ressaltando as aproximações entre estética, saúde e valores relativos ao corpo, através das imagens de *fitness*, presentes em um conjunto de atividades corporais que visam “modelar” ou aperfeiçoar o corpo, em oposição a outro conjunto, no qual predomina a idéia de equilíbrio ou harmonia corpo-espírito.

Neste capítulo, interessa-me discutir os sentidos e significados de diferentes representações e práticas de atores, tanto institucionais quanto “civis”. Também, de discursos (saberes, artes) e práticas (atividades de saúde) atuais implícitos no, aparentemente homogêneo e unificado, paradigma da Saúde. Interessa-me discutir, sobretudo, sua referência aos valores culturais dominantes, bem como compará-los por meio da diversidade das práticas, apreendendo os valores que as informam e os diferentes *ethos* a que remetem em relação à saúde, ao corpo e à relação entre corpo e espírito. Finalmente, interessa-me discutir em que medida tais valores e práticas, oriundos geralmente da sociedade civil, podem influir nas políticas públicas de saúde, através de sua incorporação em programas específicos implementados nos serviços descentralizados de atenção à saúde.

Quando examinamos de perto a grande diversidade de sentidos presentes nas práticas, percebemos que do mais duro modelo acadêmico epidemiológico ao mais aberto programa de práticas “alternativas”, desenvolvidas por profissionais com formação mais inconventional,⁷ tanto agentes institucionais como grupos sociais tendem a afirmar que o fundamental é adquirir, ter, conservar, promover a “saúde”, ou pelo menos evitar os “riscos” (à saúde). Por sua vez as pessoas, vistas individualmente, ou coletivamente, buscam cada vez mais conservar sua “saúde”, ou “mantê-la em forma”. A caça à saúde tornou-se, no presente, verdadeiro mandamento para os cidadãos de todas as classes, todas as idades, ocupações e gêneros. Interessa-me falar aqui deste monolito simbólico, até certo ponto ideológico em sua homogeneidade, apontando sua polissemia, desvendando nele a diversidade de um conjunto híbrido de imagens, representações, significados, diretrizes e práticas sociais sintetizadas (ou sincretizadas) no termo, procurando demonstrar o caráter fragmentário da unidade simbólica aparente sob o rótulo Saúde. A hipótese que desejo levantar neste momento, resultante de observações em serviços de saúde, na segunda fase do projeto, e de observação participante e etnográfica, na sua atual fase, em “atividades de saúde” desenvolvidas por diferentes grupos de classe média na sociedade urbana brasileira, especificamente no Rio de Janeiro,⁸ é que há mais de um paradigma – aqui entendido como estrutura

simbólica modelar a ser interiorizada e praticada pelos sujeitos – subjacente ao monolito saúde. Nesse sentido do termo, podemos destacar dois grandes paradigmas que atravessam culturalmente as práticas e as representações concernentes à conservação, expansão ou ampliação da saúde, ou mesmo à prevenção da doença: o da normalidade-patologia, ancorado no saber biomédico do último século (o conjunto de disciplinas que servem de base epistemológica à medicina), hegemônico em nossa cultura e dele dependente, e o da vitalidade-energia, ligado a tradições e saberes médicos e não-médicos, ocidentais e não-ocidentais.

Diferentes representações de indivíduo-pessoa, corpo-espírito, saúde-doença, cuidado-tratamento, cura-equilíbrio, estão presentes nos distintos agentes sociais, pacientes ou terapeutas, e mesmo em indivíduos “sadios” praticantes de atividades, sem referência à questão do adoecimento. Diferentes sentidos são atribuídos às distintas atividades desenvolvidas pelos agentes. As bases para as afirmações apresentadas a seguir, em parte ainda hipotéticas, estão nos resultados do Grupo de Pesquisa “Racionalidades Médicas”, em leituras de outros trabalhos de pesquisa e em reflexões motivadas por observações participantes em atividades de saúde (tai chi chuan, yoga, ginástica localizada, hidroginástica, alongamento e dança de salão) desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro entre os anos 1999 e 2002. Elas se propõem a ser o momento instigante de uma nova fase da investigação, em que o levantamento preliminar de modelos de práticas e atividades “físicas” concebidas como de saúde nos põe em contato com uma utopia da saúde, a um só tempo universalista e fragmentária, dominante na cultura urbana, ao mesmo tempo que nos interroga sobre os sentidos e as funções culturais dessa utopia.

O PARADIGMA UNIVERSAL OU A UTOPIA DA SAÚDE

Reconhecendo a incontestável hegemonia do modelo dito biomédico ou biomecânico⁹ na cultura contemporânea, e a formidável medicalização social observada na segunda metade do século findo, comentada por vários autores desde a década de 1970,¹⁰ quero, entretanto, discutir a presença de outros modelos e práticas de saúde atuantes na sociedade civil (e mesmo nas instituições de atenção médica) nas últimas décadas, sobretudo durante os anos 1980 e 1990. Tanto os modelos como as práticas e representações agasalham-se sob um guarda-chuva simbólico dito “saúde”. Este “guarda-chuva” sim, é que se constitui no grande paradigma, no mandamento universal (no “monolito” a que me referi há pouco) dirigido a todos e a cada um em particular. Todos devem ter saúde, todos precisam ter saúde ou, com se diz popularmente, “manter a saúde em forma”, sendo por ela considerados responsáveis.

Nesse sentido, a saúde torna-se realmente um mandamento, um paradigma universal com efeito normalizador e adquire características, como afirma Lucien

Sfez (1995),¹¹ de uma utopia, de um projeto que supera, por sua natureza praticamente religiosa (dado seu caráter universalista), a ideologia, que, embora pretenda a universalidade, é socialmente reconhecida como discurso particular, isto é, originário de uma parcela da sociedade, sendo, portanto, discurso parcial.

Do meu ponto de vista, o mandamento “ter saúde”, ou “conservar a saúde”, não se restringe a evitar as doenças, a “preservar-se”, a “não correr riscos”, a permanecer na normalidade médica. Essa é só uma das versões do paradigma-mandamento, ou se preferirmos, da utopia da saúde. Essa versão é a hegemônica, predominante na biomedicina. Mas dizer predominante significa dizer que essa não é a única versão de saúde atualmente existente no conjunto de discursos e práticas designados por Foucault, nos anos 1970, como saber médico.¹² Pode-se afirmar que nos últimos dez anos, pelo menos, desenvolveu-se e tomou espaço, tanto na clínica de diversas especialidades (geral, internista, cardiologia, ginecologia, endocrinologia, entre outras), quanto na epidemiologia (ligada à clínica pela pesquisa clínico-epidemiológica) uma versão positiva da saúde, originária do enfoque preventivista dos “estilos de vida”, mas dele se distanciando e ganhando um cunho acentuadamente higienista, até mesmo vitalista, em que a saúde é vista como “expansão de vitalidade”, como “bem viver a vida”, ou como forma de aumentar a longevidade com “qualidade de vida”¹³ através de hábitos saudáveis, de exercícios, de regimes alimentares, de sentimentos positivos (evitar o estresse, a competição, a inveja, mágoas e ressentimentos etc.). Quando se lêem os “Cadernos” dedicados atualmente à “saúde” nos grandes jornais de circulação diária, além das numerosas revistas dedicadas a esse fim, cujas colunas costumam ser assinadas por médicos especialistas ou fisioterapeutas (ou terapeutas “alternativos”), tem-se uma clara indicação que o paradigma da saúde-vitalidade tornou-se parte significativa do saber médico.

Além disso, todo um conjunto de pesquisas clínicas desenvolveu-se nos anos 90, sobretudo nos Estados Unidos da América, analisando fatores de sobrevida ou melhora em pacientes internados por crise aguda (acometidos de infarto do miocárdio ou derrame cerebral, por exemplo) ou doentes crônicos, em que aspectos concernindo a representações, crenças, sentimentos ou práticas religiosas desses pacientes, como a oração, ou o otimismo, ou o pertencer a redes ou grupos de apoio (religiosos ou não) ou autoajuda são considerados fatores positivos para recuperar a saúde (ou vencer a doença, ou ter melhor “qualidade de vida” mesmo sendo doentes incuráveis) em relação aos pacientes que não dispõem desses mesmos recursos.¹⁴

Não deve ser desprezada, por outro lado, a discussão teórico-conceitual em curso nos últimos dez anos no campo da Saúde Pública e da Epidemiologia, sobre a questão da “prevenção” (dos riscos) e da “promoção da saúde”,¹⁵ acentuando-se aspectos sociais e psicossociais que favorecem ou desfavorecem a saúde das populações

e dos indivíduos que, ineditamente no campo, começam a ser considerados como elemento teórico importante da discussão, isto é, como “sujeitos” da saúde, indicando assim a incorporação de conceitos e perspectivas das ciências sociais nesse campo. Nessa discussão está implícito (e muitas vezes explícito) que não basta prevenir doenças ou medicalizar as populações: é necessário também assegurar uma qualidade de vida (categoria incorporada ao discurso epidemiológico) básica, que não compete à medicina proporcionar, mas ao Estado e à sociedade, para que possa haver uma população efetivamente sadia.

No campo da Saúde Coletiva – e a simples mudança, nos anos 1980, das expressões medicina social, ou saúde pública, historicamente marcadas pelo paradigma da prevenção da doença, para Saúde Coletiva é sintomática – é necessário também assinalar a presença de programas em serviços de saúde pautados, não mais pela intervenção campanhista, ou pela medicina comunitária, ou atenção primária, mas pela atenção local integrada. Nesses programas, as equipes de saúde, muitas vezes gestoras dos serviços, podem contar com representantes da própria localidade, organizados (associações de moradores) ou não, como agentes de saúde, e com o médico, ora um médico de família (no caso do programa médicos de família), ora um elemento da equipe multiprofissional atuante no local, que procura ter visão de conjunto sobre as condições sociais dos grupos que estão a seu encargo, sendo, não raro, consciente do peso dessas condições na saúde dos que assiste.¹⁶

Até o momento, mencionei apenas as transformações no campo da medicina e das instituições de saúde, no sentido da absorção recente de um paradigma da saúde-vitalidade, sem que essa incorporação represente a superação do paradigma tradicional da normalidade-patologia no campo. É preciso ressaltar que estou falando, até aqui, apenas do que se pode resumir sob a expressão genérica de ordem médica.¹⁷

PRÁTICAS, VALORES E REPRESENTAÇÕES EM SAÚDE NA SOCIEDADE CIVIL

Quando se avança, entretanto, na direção das práticas, valores e representações de saúde da sociedade civil, isto é, dos indivíduos, grupos e coletividades que a compõem, tem-se que mencionar a multiplicidade e a diversidade de modelos, discursos, práticas e representações nela presentes, ligados a saberes tradicionais ou atuais, a sistemas médicos complexos (como os sistemas tradicionais indígenas) ou a terapias descoladas de uma racionalidade médica específica, e justapostas a outras, originárias de contextos culturais diferentes dos da “colagem” efetuada. Diversidade, fragmentarismo, colagem (ou, se preferirmos a expressão cunhada por Lévi-Strauss, bricolage), hibridismo e sincretismo, características culturais atribuídas à pós-modernidade, estão seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea.

Aqui também a positividade da representação de saúde

ganhou força nos últimos trinta anos, em face de uma visão até então dominante de saúde como normalidade- ausência de doença, ou capacidade-incapacidade de trabalhar ou de desempenhar atividades.¹⁸ Voltarei a esse tema mais adiante.

No momento, creio ser mais importante discutir o porquê desta “unanimidade”. Por que a “saúde” tornou-se tão importante na cultura atual, a ponto de Sfez (1995) referir-se a ela como uma nova utopia?

Acredito que podemos começar pelo custo social que a saúde passou a representar para os indivíduos, as famílias, o Estado e a sociedade civil nos últimos vinte anos. Adoto essa hipótese, macroanalítica, como uma hipótese interpretativa inicial com função de elemento teórico de contextualização socioeconômica.

Ela não é suficiente, entretanto, para explicar a pluralidade de sentidos e significados, de representações sociais e práticas, sintetizados na categoria saúde, presentes na sociedade atual.

Pluralidade que remete à complexidade do universo simbólico presente na cultura e pede outro tipo de hipóteses, ancoradas na sociologia da cultura e na antropologia cultural, que sejam capazes de interpretar a diversidade de atribuições de sentidos e significados, de representações, de adoção de identidades individuais e coletivas geradas pelo que denomino monólito simbólico da saúde. No universo simbólico da cultura contemporânea há um conjunto de representações relativas aos valores dominantes na sociedade, como o individualismo (a compreensão dos sujeitos como unidades pontuais autônomas), a competição entre os indivíduos como regra básica do relacionar-se, o consumismo, entendendo por esse termo a disposição dos indivíduos para adquirir bens materiais ou simbólicos que possam diferenciá-los hierarquicamente dos outros indivíduos como objetivo do viver, o cuidado do corpo como unidade central (e muitas vezes única) delimitadora do indivíduo em relação aos outros, bem como de estratégias de valorização desse corpo para obter, a partir dele, dinheiro, status e poder. As estratégias dominantes concernindo a essa valorização são basicamente estéticas e incluem representações e imagens corporais de juventude, beleza e vigor. Essas representações e estratégias permeiam os sentidos atribuídos às práticas de saúde, subsumindo-as, e dirigindo-as no sentido da ratificação e do fortalecimento dos valores centrais da sociedade já mencionados.

Quando me refiro, por outro lado, ao custo social da saúde, não quero restringir-me ao aspeto econômico restrito, financeiro, gerencial ou contábil, que tem caracterizado grande parte das discussões sobre o assunto no campo da saúde coletiva, sobretudo na área de Planejamento em Saúde. Já está evidente para todos a grande deterioração social e psicossocial em curso devida ao processo macroeconômico das últimas décadas denominado “globalização”. O impacto desse processo atua nas relações de trabalho, provocando o surgimento da precariedade do emprego, a desestruturação da

organização clássica do sistema de divisão industrial do trabalho (e sua representação política junto ao Estado, através dos sindicatos), a desfiliação progressiva de setores da população dos serviços de seguridade – com a crise fiscal do *Welfare State*. Também provoca exclusão social crescente de grandes camadas populacionais, até mesmo da população economicamente ativa (ou apta para o emprego, como os jovens, ou já nele inserida), como fenômeno de grande impacto nas condições de saúde dos salarizados (ou “salaríáveis”). Uma grande discussão concernindo à relação entre o processo de mundialização do capitalismo e a exclusão social está em curso nas ciências humanas desde o início dos anos 1990, na tentativa de apreensão, explicação ou interpretação do fenômeno, não sendo objeto deste texto.

A questão das condições de vida, do emprego, do trabalho e da qualidade de vida, no sentido social e psicossocial da expressão, ressurge, neste contexto, como lugar privilegiado de discussão, não apenas teórica mas simbólica, na definição do que é saúde. Para muitos, atualmente, ter saúde é poder trabalhar, mas agora não mais no sentido de ter disposição ou força física para o trabalho, mas sim no sentido de estar empregado, na melhor das hipóteses, de ter estabilidade no emprego. Esse é o sentido socioeconômico mais amplo, a que me referi, do custo social da saúde.

Evidentemente, esse sentido está também ligado a outro, ao de custos do cuidado médico (dos planos de saúde) no contexto atual de tecnificação da medicina e de sua absorção pela economia de mercado.

Nesse contexto a medicina vem se transformando numa atividade de produção de bens (enquanto “ofertante” de serviços médicos) e em instância social de consumo de bens de saúde (pelo lado da “demanda” de serviços pelo paciente, reduzido a cliente).¹⁹

Desse ponto de vista ter saúde significa, muitas vezes, não mais poder adoecer, não ter mais este direito. Na verdade, adoecer significa para numerosos indivíduos e famílias atualmente, na América do Norte ou na Europa, na América Latina ou na Ásia, perder o emprego, abrir falência, cair abaixo da linha da pobreza e daí provavelmente não sair. Cuidar da saúde, ou “manter a saúde em forma” implica, neste momento, cuidar também do emprego, portanto, da própria sobrevivência.

Tal situação de insegurança e instabilidade torna-se, por sua vez, fonte do constante desconforto, inquietação e perturbação, designado medicamente como estresse, gerador de adoecimento em grandes faixas da população. Além disso, como assinali no capítulo precedente, a mudança acelerada, com manifesta desagregação de valores na cultura contemporânea, atingindo relações sociais e setores da vida social relativamente estáveis, como as gerações, os gêneros, a sexualidade, as formas de socialização baseadas na educação e no trabalho, além da ética concernindo a relações interpessoais, profissionais e políticas, tem gerado perturbação e agravos à saúde física e mental de parcela crescente de indivíduos na sociedade atual. Um grande mal-estar psicossocial

está em curso, produzindo sintomas e síndromes indefinidos, muitas vezes não identificáveis pela biomedicina, sendo responsável pela perda de milhões de horas de trabalho em todo o mundo e configurando, como afirmei no capítulo anterior, uma crise sanitária, e uma constante busca de cuidado das pessoas em um conjunto de atividades, todas vistas como terapêuticas, dentre as quais se sobressaem as práticas terapêuticas alternativas.

AS NOVAS FORMAS DA SAÚDE: A PLURALIDADE DE ATIVIDADES E MODELOS

A universalidade do paradigma ou utopia da saúde pode ser constatada não apenas na quantidade e na diversidade das atividades e práticas atualmente designadas como “de saúde”, mas, sobretudo, na tendência a ressignificar atividades anteriormente vistas na sociedade como atividades lúdicas de jogo ou lazer, esporte ou recreação, ou ainda estéticas, ou mesmo eróticas, como atividades de saúde. O esporte, a dança, o namoro, as relações sexuais, o alimentar-se, o dormir, o caminhar, o trabalhar, tudo pode e deve ser visto como prática de saúde. Ou de risco de doença, dependendo da intenção, da intensidade, da frequência e da quantidade com que é feito. Pois todas as atividades devem ser praticadas com equilíbrio, comedidamente, isto é, sem excessos. Quero chamar a atenção para a questão do comedimento como uma das representações fundamentais da saúde, embora não única, na cultura contemporânea, originária em suas raízes da própria sociedade moderna burguesa.²⁰ Todo excesso é visto, nesse contexto, como risco à saúde porque desequilibra, e desequilíbrio gera adoecimento, isto é, a chegada da doença.

Entre pacientes da rede pública de saúde, por exemplo, encontra-se com frequência uma representação autoculpabilizante dos “excessos” no comer, no beber, ou em outros hábitos, como origem do seu adoecimento (Luz, 1998). A medida do agir, do comportar-se ou do controlar-se, está nos sujeitos, pois são eles os responsáveis por não “danificar” sua saúde com excessos. A questão da “falta”, de outro lado, é sempre vista na perspectiva do excesso de alguma qualidade vital negativa: falta de exercícios, por exemplo, é sempre vista em função da vida sedentária, em que “sobra descanso” ou “inatividade física” e assim por diante. O equilíbrio, no caso, é fruto não de balanceamento entre forças ou pesos opostos, mas de contenção, e a contenção supõe o autocontrole, que remete por sua vez ao comedimento dos sujeitos.

A contenção dos excessos, entretanto, não é o único modelo de comedimento presente na cultura contemporânea. Quero salientar que há vários modelos de equilíbrio que não se reduzem ao paradigma da normalidade-doença, fugindo ao modelo do comedimento ligado ao controle médico. Existem representações positivas de equilíbrio em grupos e coletividades na sociedade civil, associadas à vitalidade e sua conservação, ao aumento da “energia” (sinônimo de vitalidade, nesse modelo) vista como força, juventude e beleza, ou harmo-

nia, vistas, por sua vez, como sinônimo de saúde. Manter a saúde em forma é, neste caso, “manter a forma”, no sentido estético da palavra forma.²¹ Um conjunto muito importante de “atividades de saúde”, com um número crescente de adeptos, decorre desse modelo.

Voltarei a esse assunto mais adiante. O que me interessa assinalar neste momento é que é a estética, mais que a racionalidade médica e seus modelos (normalidade-patologia, ou vitalidade-energia), o critério sociocultural de enquadramento dos sujeitos para determinar se realmente são “saúdáveis”, ou se precisam exercer alguma “atividade de saúde”, através do estabelecimento de padrões rígidos de forma física.

Aqui, o comedimento, tomado como mandamento da saúde, está mais ligado à boa forma do corpo que ao modelo doença-prevenção-cura.

Nesse caso, as representações e práticas atuais concernindo à saúde, tanto as ligadas à biomedicina como as que se ligam às propostas médicas vitalistas ou mesmo às conhecidas como naturistas, estão atravessadas por representações estéticas relativas ao corpo, as quais estão, por sua vez, ancoradas nos valores individualistas dominantes na cultura contemporânea.

Deriva desta interpenetração simbólica entre saúde influenciada pela ordem médica, pela estética e pelo individualismo, uma série de conseqüências interessantes quanto a práticas e estratégias de inclusão-exclusão social de indivíduos e grupos, para as quais me interessa chamar a atenção neste trabalho, o que farei nas páginas seguintes.

Em primeiro lugar quero chamar a atenção para um conjunto de atividades ditas de saúde que se organizam na sociedade urbana atual, destinadas a lidar, de acordo com os diferentes extratos sociais, sua mentalidade e sua inserção na estrutura da produção e da cultura, com os processos de inclusão ou, mais frequentemente, de exclusão social que decorrem da interpenetração mencionada acima. Tais atividades tendem a tornar-se estratégias e táticas de resistência a esses processos, com a possível criação de novos valores e práticas de sociabilidade. As atividades de saúde podem ser vistas, neste contexto, como um tipo de estratégia de sobrevivência social, de rompimento com o isolamento provocado pela cultura individualista e narcisista que predomina nas sociedades capitalistas atuais. Voltarei a mencionar essas estratégias mais adiante. A meu ver, elas indicam a diversidade de sentidos e de representações relativas à saúde na cultura atual e o desenvolvimento de novos valores concernindo às relações saúde-doença, corpo-mente, vigor-juventude, beleza-saúde, saúde-juventude etc.

SAÚDE É FORMA: APOLO BIOMECÂNICO

Tratarei agora do conjunto de “atividades” ou “exercícios” de saúde mencionados há pouco, que são os mais presentes nos grandes centros urbanos.

Trata-se das atividades físicas praticadas coletivamente no espaço das academias de ginástica, com predominância

das faixas etárias mais jovens (18-35 anos), mas com tendência de expansão para faixas etárias mais avançadas (40-60 anos), conforme reportagens e noticiários da mídia. Esse conjunto de atividades, historicamente conhecidas como ginástica, tem tradição milenar na cultura ocidental, tendo tido grande desenvolvimento na sociedade urbana durante as últimas décadas do século XIX e no século XX (Andrieu, 1992). Associada à prática do esporte, a ginástica moderna nasceu sob o signo do paradigma saúde-vitalidade, estreitamente ligado ao modelo higienista (posteriormente eugenista) do último terço do século XIX (Arnaud, 1991; Luz, 1994). Evidentemente, a tradição ocidental mais longínqua associa ginástica, esporte e competição à Grécia clássica das cidades-Estados, tendo essa prática alcançado seu maior esplendor no período das disputas entre Atenas e Esparta. Ali também a ginástica é associada à saúde e à beleza, porém representada como equilíbrio-harmonia em uma totalidade individual e social. Minha intenção, entretanto, é limitar-me ao momento atual da prática, ascendente em nossa cultura a partir dos anos 1970. A ginástica praticada há um século atrás não tinha a mesma finalidade social ou ideológica da do final do século; a primeira, associada à educação física e ao esporte, era dependente do paradigma da saúde-vitalidade, mas visava ao equilíbrio corpo-mente dos cidadãos, numa recuperação moderna nacionalista da concepção latina de *mens sana in corpore sano*. A segunda, vigente entre nós neste início de terceiro milênio, é estreitamente ligada à estética do corpo individual, e visa “modelar” os corpos dos indivíduos para que eles adquiram uma forma condizente com as rigorosas normas de beleza da cultura fisicalista em voga.

Não se trata mais apenas equilibrar mente e corpo na busca do equilíbrio-saúde, mas fortalecer e tornar aparentes certos tecidos do corpo, “desenhando” músculos, “levantando” seios e nádegas, tornando fortes músculos e tendões, modelando assim uma imagem de saúde que associa força, juventude e beleza. A prática sistemática de exercícios repetidos em ritmo acelerado, frequentemente acompanhados por música coerente com tais ritmos, visando pôr “em forma” o corpo, caracteriza esse conjunto de exercícios físicos como um movimento regido pela estética na cultura atual. Há, entretanto, variadas formas de exercícios corporais praticados no mesmo espaço, isto é, na mesma academia, incluindo frequentemente modelos diferentes de práticas. Há, no Rio de Janeiro, demanda de público para todas estas categorias de atividades, que podem incluir modelos e paradigmas distintos de saúde, do mais “biomecânico” ao mais “bioenergético”, incluindo desde a musculação até a Yoga, a(s) dança(s), a capoeira, as artes marciais. A demanda de público para a prática de todos esses tipos de atividades é crescente nas metrópoles.

O resultado esperado pela maioria dos praticantes das atividades mais “físicas” é estético, e não propriamente de saúde. Entretanto, considera-se neste meio que indivíduos não praticantes estão “fora de forma” e, não são, conseqüentemente, saudáveis.

Como a busca da beleza-juventude é o grande empenho, muitas vezes há um excesso nas práticas mais *hard* do fisiculturismo que acaba danificando a própria saúde. É freqüente o uso de esteróides anabolizantes e outras substâncias químicas pelos praticantes de modalidades como musculação, sobretudo os de sexo masculino, no sentido de fazer “crescer” músculos, torná-los mais aparentes, e de evitar o cansaço para poder praticar mais exercícios. A cultura fisicalista está fortemente estabelecida nesse meio, associada a um individualismo competitivo, em que o corpo “modelado” e “forte” é o critério básico de reconhecimento e classificação social estabelecida entre as pessoas (Sabino, 2002).

A busca de sucesso, *status* e dinheiro, assim como o consumismo associado ao “corpo em forma” entre os jovens de classe média das academias é atualmente perceptível, nesses espaços, embora esses não sejam os únicos valores presentes.²² O corpo é representado como um capital potencial, um investimento que pode (e deve) ter retorno. Fica patente, neste contexto, que o corpo individual “modelado” é o centro do universo simbólico desse público, independentemente até de gênero.²³ Relações sociáveis de cooperação que ultrapassem os umbrais do salão da academia, às vezes do próprio horário das aulas freqüentadas pelos alunos, são desconhecidas.

Evidentemente essa caracterização é grosseira e restrita às faixas mais jovens dos praticantes das atividades de *fitness*. Todas as atividades físicas coletivas praticadas em espaços fechados (ou mesmo abertos, como parques, praças e jardins públicos) acabam gerando atividades de cooperação e de identidade de grupo, como passeios, excursões, festas de aniversários dos praticantes etc., mesmo nas academias de “malhação”. Essa observação, que reconheço pontual, é até certo ponto subjetiva, pois que fruto de observação pessoal em diversos períodos de prática de atividades físicas, como ginástica, natação, ioga, tai chi chuan, alongamento e dança de salão ao longo dos últimos dez anos. Entre as atividades corporais que denomino *hard*, em razão do esforço que demandam dos seus praticantes, incluem-se as formas principais de ginástica aeróbica, em geral “marcadas” por *thecnomusic* ou ritmos semelhantes, conhecidas entre os brasileiros como “malhação”. As práticas mais “suaves”, como o alongamento, a hidroginástica, a Yoga, a biodança e outras danças praticadas como ginástica (incluindo a capoeira) comportam outras representações de corpo e de saúde, em que harmonia e equilíbrio aparecem como base da vitalidade. O próprio ritmo dos exercícios (e da música que os acompanham), com sua concepção implícita de tempo “lento”, e mais “singularizado” (individualizado) dos movimentos, exclui a busca de “produtividade”, entendida como resultado imediato, fruto de quantidade ou intensidade prática, que caracteriza a fisicultura.

É necessário ressaltar, entretanto, que a prática continuada das atividades corporais tem como resultado comum o fato de ampliar os limites individuais no desempenho de exercícios físicos e mentais, e na sensação

de bem-estar, bem como na auto-estima dos praticantes, obtendo como conseqüência desses resultados uma certa autonomia em face dos medicamentos, das próteses, aparelhos e outros procedimentos tecnológicos característicos da terapêutica ocidental. Os professores e instrutores de ginástica, alongamento, hidroginástica, dança, yoga, tai chi etc., insistem freqüentemente na necessidade de os praticantes buscarem superar seus limites, indo gradativamente “um pouco mais além” a cada dia, para adquirirem mais vitalidade e autonomia. Essa contínua busca de superação individual representa, ao mesmo tempo, uma disciplina e uma competição cotidiana do indivíduo consigo próprio que, entretanto, deve adquirir com a prática a noção concreta de seus limites corporais para evitar acidentes ou danos à saúde.

No contexto das academias de aeróbica e musculação, entretanto, os indivíduos têm pressa em adquirir um corpo “saudável”, isto é, modelado, que possa ser utilizado como instrumento de ascensão ou promoção social, ou para a conquista de pares com mesmo nível de beleza e saúde no mercado sexual.

Também para conseguir inserção no setor do mercado de trabalho baseado na forma estética do corpo, como as profissões de modelo, ator etc. A conservação da juventude ou a obtenção do rejuvenescimento por meio do exercício físico, isto é, da “forma física”, e da saúde como decorrência da beleza, da juventude e do vigor configuram os sentidos atribuídos a estas atividades, bem como as representações que lhe estão associadas. Paradigma e representações enraizados na cultura do corpo, dominante entre jovens de classe média das grandes cidades do mundo atual, e associadas a uma florescente indústria de vestuário, cosméticos, alimentos e fármacos, voltada para a conservação ou recuperação da forma, ou *fitness*. Sob a égide desse paradigma, um número crescente de jovens dessa classe faz apelo às cirurgias plásticas para “corrigir defeitos” da natureza: a remodelação de orelhas de “abano” (descoladas) ou narizes

grandes, a redução ou o aumento de tamanho dos seios ou das nádegas, configuram um conjunto de intervenções médicas visando “restituir a auto-estima” ou retirar do isolamento os jovens discriminados por suas “imperfeições”, em face do rígido paradigma atual de beleza.²⁴

SAÚDE É CUIDADO: A BUSCA DE ESCAPE DO ISOLAMENTO

Seguramente, à medida que se avança em faixa etária e se desce em estratificação social a ênfase nestes valores diminui. A freqüência de mulheres de meia e terceira idades aparece como majoritária, como, aliás, em quase todas as atividades de saúde da atualidade.

Uma suavização dos valores individualistas pode ser notada em aulas de academias freqüentadas predominantemente por essas faixas de mulheres (40-65). Aparentemente as mulheres nessa faixa etária buscam, mediante o cuidado com a saúde (e de uma sonhada recuperação da juventude), a ruptura do isolamento em que caem freqüentemente as maduras e idosas, em nossa cultura, vítimas dos valores do corpo jovem e belo como critério de aquisição de *status* e de ascensão social. Mas são minoria as mulheres maduras ou idosas que desejam fazer a ginástica aeróbica, praticada geralmente pelos jovens. Nos espaços das academias de “malhação” tais mulheres tendem a sentir-se deslocadas e inferiorizadas em função da depreciação de seu corpo. Além disso, os médicos freqüentemente desaconselham esse tipo de exercício para pessoas acima de quarenta anos, a não ser sob estrito acompanhamento.²⁵ Geralmente as mulheres maduras e idosas, no Rio de Janeiro, que desejam praticar exercícios físicos coletivos buscam modalidades mais “leves”, como a hidroginástica, a antiginástica, o alongamento. Parte crescente delas, sob influência da mídia, vem buscando os exercícios ligados às medicinas alternativas, como o tai chi chuan, a yoga, a biodança ou a dança de salão, como tenho podido notar em observação participante.



Nesse caso, o paradigma da vitalidade-energia está presente e a saúde é representada como equilíbrio-harmonia.

O corpo é vivido como uma dimensão da pessoa, percebida como unidade bioespírita. A busca da beleza e da forma associam-se à recuperação da saúde, ou flexibilidade, ou rejuvenescimento. A cordialidade e a cooperação entre as praticantes é habitual, com freqüentes atividades comuns de conagração, incentivadas pelas academias, possivelmente para manter a unidade e a permanência das turmas, em virtude da flutuação sazonal desse público.

Desejo ressaltar, entretanto, que não são apenas mulheres maduras e idosas que sofrem de isolamento na cultura dos corpos jovens, belos e fortes, isto é, dos corpos "saudáveis".²⁶ Também homens de meia ou terceira idade, embora com menor freqüência que as mulheres, porque raramente estão sós, os obesos, os deficientes físicos e mentais em menor ou maior grau, e os jovens desprovidos de dinheiro e beleza, são, quando não discriminados, situados em lugares inferiores da escala social onde o "capital corpo" está, por deterioração ou incapacidade, depreciado.

A separação entre juventude e beleza é possibilitada não apenas por critérios estéticos, em que a diferença é vista como anormalidade ou anomalia (orelhas de "abano", nariz ou seios grandes, excesso ou falta de altura etc.), mas também raciais. Frequentemente, apesar de mudanças recentes, um jovem negro ou mulato, maioria no país, pode ser visto como feio, já que o padrão internacional de beleza estabelece ainda hoje o branco de olhos azuis ou verdes como medida estética com base na qual os indivíduos jovens são avaliados.

Por outro lado, os valores dominantes, já mencionados no capítulo anterior, entre os quais se sobressaem a competição como forma estratégica de relação social, a busca de sucesso e dinheiro como finalidade básica da vida, o consumismo como forma de afirmação e diferenciação social e o uso narcísico do corpo como instrumento a serviço desses valores, tendem a acentuar o isolamento progressivo de número crescente de pessoas, com a perda de sentido e horizonte para suas vidas, o cultivo do pessimismo e da desesperança, do medo e da desconfiança, com a conseqüente incomunicabilidade com outros seres humanos, e a presença de angústia e depressão que levam ao adoecimento físico e mental.

É compreensível que parte considerável dos atendimentos em ambulatórios da rede pública das metrópoles brasileiras – acredito mesmo que de todo o mundo contemporâneo – estimada às vezes em cerca de 80%, seja motivada por queixas relativas ao que poderia ser designado como síndrome do isolamento e pobreza. Acentuo a palavra pobreza para salientar sua importância no momento atual da sociedade capitalista mundializada, com as conseqüências graves e duradouras que tem sobre as condições de saúde das classes assalariadas do planeta. Quero ressaltar que dessa perspectiva, a situação

socioeconômica vem sobredeterminar o isolamento já propiciado pela cultura individualista, piorando a situação de exclusão e de perda de horizonte existencial das pessoas dessas classes. Acentuo também que a pobreza psicológica e cultural de onde vivem vem juntar-se a pobreza material com seu cortejo de privações, de humilhações e de violência crescente cotidianas.

Velhos e velhas, aposentados de ambos os sexos, desempregados de todas as idades e qualificação profissional, jovens empobrecidos pelo não-acesso ao emprego ou por remuneração vil, menores abandonados, mulheres sós ou com família a seu cargo, configuram atualmente a população mundial majoritária.

Também essa população quer ter saúde. Também almeja estar "saudável", ou ao menos escapar do fatalismo da doença e da morte precoce. Quem não está nas filas de atendimento dos serviços públicos, despojado de autonomia em relação à sua saúde, irreversivelmente medicalizado,²⁷ busca também "cuidar" da saúde. Para esta imensa parcela da sociedade, que inclui estratos médios e baixos da escala social, obter saúde significa, em grande parte, ser cuidado.

A saúde é, nesse caso, representada como preservação da dor, do sofrimento, do envelhecimento e, na medida do possível, da morte precoce.²⁸ Por outro lado, estar saudável é também ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros (família, amigos). Desse ponto de vista, ter saúde é poder romper o isolamento provocado pelas situações que a sociedade contemporânea relega a parte importante de seus componentes, em razão da idade, da doença, do desemprego, da pobreza, considerando-se as principais fontes de isolamento. A saúde representa, nesse caso, uma vitória contra a morte social. Em outras palavras, a conquista da "saúde" não deixa de ser, muitas vezes, fruto de uma vitória contra a cultura.

É na faixa da população mencionada que se encontra parcela considerável da clientela das medicinas alternativas e naturalistas. É também nela que a representação de tratamento é mais perceptível como cuidado (Luz, 1999). Também aqui se pode encontrar com freqüência a busca de saúde como autocuidado, e mesmo como troca de cuidados, sobretudo na camada média com formação educacional universitária, acessível e sensível a doutrinas esotéricas, naturalistas, psicológicas e morais presentes nos manuais de autocura *new age* em moda na cultura contemporânea.

Do meu ponto de vista, essa busca contínua e constante de cuidado é parte de uma estratégia de saída do isolamento imposto pelo individualismo e pela constante ameaça de perda de *status* e de pobreza a que está exposta essa população.

O universo simbólico dessa camada e sua mentalidade são, por assim dizer, diferentes do público das academias, com seus valores individualistas e fisiculturistas. Por um lado, a redução dos sujeitos a um corpo em forma, típica desse público, não acontece neste. A presença dominante de um

espírito ou mente (às vezes denominada também “cabeça”), significando um conjunto de funções emocionais e espirituais, de sensações, pensamentos, emoções, sentimentos, é fundamental nas representações de saúde das pessoas que fazem parte dessa população.²⁹

As duas “partes” cartesianas do indivíduo (corpo-mente) são vistas como inseparáveis ou não são vistas como “partes”. Tal representação, encontrada também nos setores mais populares da sociedade, difere claramente da representação fisicalista, originária da cultura médica, na qual adoecimento é visto como fruto da invasão de um organismo por uma patologia, quando suas defesas estão enfraquecidas. Mas há inegável convivência cultural com as representações biomecânicas do corpo como máquina, da saúde como “bom funcionamento da máquina” etc.

Nas representações populares da doença, a imagem de ruptura de equilíbrio espiritual aparece freqüentemente como causadora do adoecimento. A cura dependerá da recuperação da totalidade espiritualmente determinada, com um papel importante da dimensão espiritual para reequilibrar o todo. Os sistemas de que privilegiam este aspecto têm, por isso mesmo, grande aceitação nessa faixa de população.

Entre eles convém destacar não apenas os sistemas religiosos de cura, como o espiritismo, a umbanda, o candomblé ou as igrejas pentecostais, mas também as chamadas terapias alternativas, destacando-se entre elas a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, através da acupuntura, e a terapêutica popular tradicional de base fitoterápica ou, melhor dizendo, de terapia baseada nas três fontes da natureza: vegetal, animal e mineral.

O que considero importante ressaltar neste capítulo é o papel de resignificação da saúde, do adoecimento e da cura que representam as atividades de saúde ou práticas terapêuticas para seus doentes, e a contribuição que efetivamente representam para retirá-los do isolamento social que significam, em nossa sociedade, a pobreza, o envelhecimento e a doença.

As práticas de saúde propiciadas por esses sistemas, sejam coletivas ou não, favorecem o restabelecimento da comunicação, a criação de interações sociais, a formação de grupos, redes e mesmo movimentos – ainda que focalizados pela “saúde”, ou pelo menos pela cura. Relações de solidariedade, ou ao menos de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de “novos amigos”, de “trocas sociais” (de informações, experiências, conselhos, orientações) que vão pouco a pouco formando um tecido social comunicativo, com criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde.³⁰ O isolamento é aos poucos vencido e ressurgem nos indivíduos o otimismo e a esperança, com o restabelecimento da confiança no outro, mesmo que no restrito grupo e no curto espaço de tempo onde a atividade é exercida.

São estas formas de exercício, focais de solidariedade, que se tornam pequenos e múltiplos pontos de resistência ao individualismo dominante, pondo a fraternidade e a

cooperação no lugar do valor dominante da competição. Embora esse tipo de relação seja especialmente favorecido pelas atividades mencionadas, isto não significa que não apareça também em atividades desenvolvidas em instituições médicas, como o hospital universitário ou o ambulatório, ou em serviços públicos locais de saúde. Sempre que há programas centrados em atividades grupais – e atualmente, no sistema brasileiro de saúde (SUS) há vários desses programas – essas relações tendem a aparecer. Podem aparecer mesmo em filas de espera de atendimento.³¹ Desejo sublinhar com estas observações, além da existência da diversidade de práticas e de sentidos atribuídos à saúde na cultura atual, que a grande utopia da saúde, embora seja atualmente mandamento universal, nem sempre reproduz os valores centrais dessa cultura. Nesse sentido, algumas formas específicas de atividades físicas ditas “de saúde” favorecem mais o individualismo e o cultivo do corpo que outras. Trata-se também de afirmar que valores e representações sobre saúde, corpo, doença e cura variam não apenas com o tipo de prática de saúde mas também de acordo com grupos e classes sociais e suas representações. Assinalo aqui que as representações fisiculturistas, narcisistas, individualistas e consumistas típicas da classe média superior são apenas parte das representações e ideologias de saúde presentes na cultura contemporânea, mesmo considerando-se seu poder de difusão na sociedade pela mídia. Valores de cooperação, apoio e solidariedade, assim como representações de saúde e doença irreduzíveis ao físico, estão presentes e em ascensão, configurando um outro *ethos* em saúde. São freqüentes em atividades de práticas de cura de diferentes estratos e grupos sociais, independentemente de idade, gênero e posição social dos praticantes. A saúde é vista, no caso, como recuperação da vida e da alegria individuais e coletivas, como vitalidade.

A SAÚDE É ALEGRIA (E AGILIDADE): DIONISO POPULAR E A DANÇA DE SALÃO

Desejo encerrar este capítulo apresentando brevemente um exemplo deste tipo de atividade atualmente em alta nas práticas de saúde: a dança de salão. Originária no Brasil das populares gafeiras, presentes na sociedade carioca desde a primeira metade do século XX, profundamente influenciada nos centros urbanos pela cultura negra, tornou-se na última década opção de lazer para a classe média cultivada: artistas, intelectuais, estudantes e profissionais universitários em geral. Tornou-se, além disso, uma indicação médica crescente para depressões, melancolia, timidez, isolamento, osteoporose, problemas de dores na coluna, obesidade e outros males crônicos não identificáveis com alguma patologia orgânica conhecida. A expansão das academias de dança de salão desde o início dos anos 1990 é inequívoca nas classes médias, atingindo hoje praticamente todas as faixas etárias.³² Gostaria de contrapor essa “atividade de saúde” seus valores de prática, isto é, seu *ethos* e suas representações, assim como seu público praticante, ao modelo das academias de ginástica. Contraporei ao Apolo biomecânico das academias um Dioniso

popular, do ponto de vista das representações de corpo e saúde e dos valores que caracterizam essas atividades.

Em primeiro lugar, quero examinar a questão dos corpos e sua “forma” para a dança de salão: um corpo de dançarino de salão não precisa – nem pode, sob pena de perder a flexibilidade – ser torneado e duro como o do praticante de musculação. Homens sem músculos aparentes, ou barrigudos, mulheres gordas, moças de baixa estatura, adolescentes muito magros e quase imberbes, o rosto cheio de acne. Jovens e velhos, brancos, negros e mulatos de ambos os sexos: eis o universo físico da dança de salão.

Contrariamente à uniformidade da academia de ginástica, a academia de dança de salão cultiva a diversidade das formas dos corpos. Aqui, não é a “modelagem” do corpo que importa, mas sua agilidade.

Agilidade situada sobretudo nos pés e pernas. Em vez de dureza, leveza, o que não significa ausência de força. A força está neste caso, a serviço da agilidade, e deve favorecer o deslizar dos corpos. Pode-se ver o adolescente quase imberbe fazer girar rapidamente pelo salão a matrona gorda sem o dispêndio de nenhum esforço aparente. Isso só é possível porque a dama farta de carnes é flexível – e graciosa – e o jovem vigoroso em sua condução.

Em segundo lugar, do ponto de vista ético, quero assinalar o papel da dança (considerada ao mesmo tempo atividade artística e de lazer) como valor para seus praticantes, acima dos indivíduos, que só podem ser valorizados se desenvolvem seu próprio “estilo”.

Como a dança de salão é vista como arte, a suprema arte para seus praticantes, o aprendizado envolve um treinamento de mestre a discípulo, e a prática constante e disciplinada de um conjunto de regras que inclui atitudes, esquemas corporais, formas de agir, de trajar e de sentir, configurando-se assim a transmissão de um *habitus*, no sentido em que Bourdieu definiu este conceito.³³

Neste *habitus* além, evidentemente, da disciplina dos horários e das posturas de corpo, da forma de vestir-se (com “elegância”) e dirigir-se aos colegas e professores, a ética (da dança) tem papel destacado.

Uma das regras principais dessa ética diz respeito ao cavalheirismo, entendendo-se como tal o tratamento respeitoso e cordial das damas, não sendo admitidas durante as aulas táticas ou estratégias de sedução para com as alunas ou, ao contrário, de discriminação em função de idade, cor ou compleição física delas. A competição entre os alunos só é admitida como desenvolvimento de “estilo”: o melhor dançarino, por sua identificação com o mestre e com o “espírito da dança de salão” (sua técnica e sua ética), é capaz de criar seu próprio estilo.³⁴ Um sinal de maturidade dos cavalheiros é poder conduzir qualquer dama, fazendo-a dançar independentemente de seu conhecimento ou habilidade para a dança, chamando a si sempre a responsabilidade por eventuais “erros” de sua dama (“uma dama nunca erra, ela é malconduzida”).

Uma dama de salão, por seu lado, tem de ter a sutileza de estar sempre em suspenso, nunca sabendo *a priori* aonde vai, para poder estar sincronizada com o próximo passo de seu cavalheiro. Este “estar em suspenso” lembra o estado

“pleno” do tai chi chuan (ou de “vacuidade” zen) em que o guerreiro se desloca estrategicamente de acordo com os movimentos do seu adversário, não se antecipando a ele nem com ele se confrontando.

O que quero deixar claro com essas observações é que o estilo individualista competitivo de interação social dominante entre nós fica culturalmente deslocado com essas práticas. O contato com o corpo do par, ou adversário, a expectativa de seus movimentos, a necessidade de entrar em harmonia rítmica com o parceiro como possibilidade mesma de realização da dança (ou da arte marcial) nos levam ao conhecimento da existência de um outro padrão de interação entre os sujeitos, no nível individual e coletivo que rompe com o isolamento individualista. Desejo assinalar aqui a presença de um outro modo de o sujeito relacionar-se com seu próprio corpo e o do outro. Em vez do “uso da máquina” ou do “controle da máquina”, temos um padrão de contato prazeroso com o corpo, motivado pelos movimentos rítmicos e pelo contato de um corpo com outro. A harmonia aqui é sinônimo de integração, interna e externa. Desaparece a dualidade corporeamente sob a sensação de ser um corpo fluido (“sutil”) em movimento – diferente de ter um corpo que precisa ser “malhado” para recuperar ou obter sua forma. A harmonia, porém, só é alcançada se o praticante se abandona ao ritmo do movimento (arte ou dança) “perdendo o controle da máquina”. Esse estado traduz-se, no tocante a sentimento, como uma espécie de alegria, um deleite estreitamente ligado aos movimentos corpóreos, que devem desenvolver-se sem esforço, o que não acontece com outros exercícios físicos.

No caso da dança de salão, quando este deleite se instala nos sujeitos, realiza-se o “espírito” (*ethos*) da dança de salão. Para os praticantes, a saúde resume-se a este estado. No espaço daquela aula, ou daquele baile, a saúde é alegria.

Voltando ao início deste capítulo, posso agora levantar a hipótese de que o apelo à saúde tornou-se tão importante na cultura contemporânea porque os valores que asseguram sua presença estão ausentes.

A cooperação, a cordialidade, a solidariedade, mesmo “focalizada”, o prazer de estar em contato com o outro e consigo mesmo, que favorecem a integração e a criatividade sociais, estão negados pelos valores da sociedade atual. O fato de certas atividades trazerem-nos de volta como base da saúde nos indica que talvez seja o momento de trazê-los para a frente da cena da cultura para que a saúde, como vitalidade e alegria, possa ser realidade e não utopia.

Isto supõe, a meu ver, a superação ética e política dos valores atualmente dominantes. Supõe a superação ética do individualismo (e seu fetiche narcisista), da competição e do consumismo como fundamentos das relações sociais que caracterizam o capitalismo mundializado. Se as novas práticas em saúde podem ou não ser um passo nesta direção é um assunto a ser aprofundado em outro momento.

Entretanto, é necessário acentuar a diversidade de sentidos de que são portadoras, e as diferentes representações e valores, concernindo não apenas à saúde mas também à própria vida em sociedade. Talvez as práticas que rompem com o isolamento fruto do individualismo anunciem um novo *ethos* para o viver em comum, importante para o milênio que começa.

NOTAS

¹ Comunicação apresentada ao V Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Saúde, Isla Margarita, 1999; comunicação apresentada ao VIII Congresso Latinoamericano de Medicina Social, Alames, Havana, 2000; comunicação apresentada ao VI Congresso de Saúde Coletiva, Abrasco, Salvador, 2000.

² Luz, M. T. Cultura contemporânea y medicinas alternativas: nuevos paradigmas en salud al final del siglo XX. In: Bronfman, M. N. & Castro, R. (orgs.). Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México, DF: Edamex-INSP, 1997, pp. 363-82. Versão em português: Physis, vol. 7, no 1. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1997; La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades.

In Briceño-Leon, R.; Minayo, M. C. & Coimbra Jr., C. E. A. (coords.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, pp. 25-39.

³ Observação participante desenvolvida em academias de ginástica, em parques (tai chi chuan) e escolas de dança de salão no município do Rio de Janeiro, num período médio de três anos (mais de dez anos de prática de tai chi chuan).

⁴ Análise qualitativa e assistemática de reportagens e notícias publicadas nos cadernos "Saúde", "Vida", "Família", de diários como O Globo, Jornal do Brasil, O Dia e Folha de S.Paulo, ou de programas "de Saúde" multiplicadas nos anos de 1999 a 2002 em canais do Sistema Globo (NET).

⁵ Uma extensa produção de artigos, teses de mestrado e doutorado são o fruto desta linha de pesquisa, que podem ser encontradas nos periódicos Physis, Revista de Saúde Coletiva ou Série Estudos em Saúde Coletiva, ambas do I.M.S. da Uerj, mas também em outras revistas nacionais e internacionais. O conceito ideal típico de racionalidade médica encontra-se definido na bibliografia.

⁶ A idéia de sincretismo de imagens, representações, conceitos, e outros hibridismos culturais como marca da pós-modernidade globalizada é exposta por Massimo Canevacci em Sincretismos – uma exploração das hibridações culturais. São Paulo: Studio Nobel, 1996.

⁷ Embora, na verdade, atualmente os terapeutas das práticas de saúde ditas alternativas desenvolvam um modelo de formação e treinamento praticamente "clonado" da formação acadêmica de especialistas, com seminários, estágios, cursos de disciplinas com carga horária compatível com uma especialização biomédica etc. Tendem a constituir-se no que Bourdieu designaria como um subcampo dentro do campo médico, o subcampo das terapêuticas, com sua carreira profissional, suas hierarquias estatutárias, suas estratégias de legitimação, etc. Ver Bourdieu, P. O poder simbólico. Lisboa: Difel, 1989.

⁸ Reconheço que a categoria classe média é pouco rigorosa conceitualmente, pois engloba um conjunto diversificado de estratos sociais com inserção de classe, mentalidade e ideologias diferenciadas – para não dizer, muitas vezes opostas. Adoto-a neste trabalho, chamando a atenção para o fato que esta categoria não deve ser

empregada como se designasse uma unidade social indiferenciada. Estudos sociais, sobretudo na área de comunicação, que aplicam a categoria classe média a um conjunto social supostamente uniforme tendem a atribuir certa onipotência ideológica e simbólica ao estrato superior da classe média, aquele com educação formal e renda superiores aos demais estratos do composto social denominado classe média.

⁹ Entendo por modelo biomecânico o presente na medicina ocidental contemporânea, que tem suas bases cosmológicas fundamentadas na física newtoniana e na metáfora cartesiana do corpo como máquina direcionada pela mente. A propósito ver Luz, M. T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2004 e Buenos Aires: Lugar, 1997 (trad. para o espanhol).

¹⁰ Entre os principais, deve destacar-se Illich, com seu polêmico Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, que acentuava o caráter de heteronomia e contraproduzibilidade da medicina atual, com a medicalização de diversas funções da vida social, antes desempenhadas por outras agências ou instâncias da sociedade.

Também devem ser mencionadas, na mesma década, as obras de Dupuy & Karsenty (L'invasion pharmaceutique. Paris: Seuil, 1974; de Clavreul (L'ordre médical. Paris: Seuil, 1978), de Attali, J. (L'ordre canibale. Paris: Grasset, 1979); de Boltanski (As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, edição brasileira de 1979) e evidentemente, a obra de Michel Foucault como um todo, com o clássico Nascimento da clínica (Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977, tradução de Naissance de la clinique. Paris: Plon, 1963). Toda essa reflexão ressaltava o caráter ao mesmo tempo socialmente invasivo, e estreitamente ligado à ordem política, social e econômica das sociedades industriais da medicina nascida com a revolução industrial e tornada hegemônica nos últimos 150 anos.

¹¹ Lucien Sfez defende a tese da existência atual de uma utopia (diferentemente de uma ideologia, que seria vigente em uma sociedade marcada pela modernidade, ou mesmo pela pós-modernidade) da saúde, que será vigente no milênio, a partir do estudo de três projetos científicos baseados na genética e na biologia. Esse trabalho pretende apontar para representações da "saúde" presentes não apenas na ideologia científica biológica, mas em outras áreas da cultura, na sociedade civil e nas atividades institucionais de atenção médica.

¹² Ver, a este propósito, a coletânea de textos organizada por Roberto Machado e editada em 1979 sob o título de Microfísica do poder, publicada pela Graal, Rio de Janeiro.

¹³ Embora a expressão qualidade de vida tenha adquirido imprecisão crescente, por causa dos muitos sentidos nela incluídos (o que definir como "qualidade" na questão da vida pode variar muito com tendências e enfoques de análise) seu surgimento mesmo nos anos oitenta indica a presença de conteúdos novos, afirmativos, em relação à questão da saúde.

¹⁴ Tais pesquisas têm sido divulgadas na grande imprensa e em revistas de difusão científica. Ver a esse propósito, de Valla, V. Educação e saúde do ponto de vista popular, in: Valla, V. (org.). Saúde e educação. Rio de Janeiro: DP&M, 2000.

¹⁵ Ver, por exemplo, a discussão conceitual de Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção, Cadernos de Saúde Pública, v. 15(4).

¹⁶ Vi em 2001, no jornal noturno de maior audiência na TV brasileira, um médico de família num casebre “receitando” aos filhos doentes de desnutrição de uma família pobre da região Norte, a mais desfavorecida do país: “arroz, 1 kg; feijão, 1 kg, leite, 1 litro, farinha de milho, 1 kg”. E arrematou o médico: “o que esta família tem é fome, e enquanto eu topar com esses quadros esta é a única receita que posso e vou fazer”.

¹⁷ Entendo por “ordem médica” o conjunto de saberes, práticas e instituições médicas que instrumentam as políticas de saúde.

¹⁸ A representação, entre indivíduos das classes trabalhadoras, ou assalariados em geral, da saúde como capacidade ou incapacidade de trabalhar – em outras palavras, como força de trabalho – continua dominante mas outras, como “disposição” (no sentido de motivação para as atividades cotidianas), “alegria”, “ausência de dor” são também freqüentes. Ver Luz, M. T. (1979) Luz, M. T. (1999).

¹⁹ Este processo vem sendo enunciado em inglês pela expressão *medical commodification*, designando a absorção da medicina pela economia de mercado.

²⁰ O comedimento da sociedade burguesa não deve ser visto como sinônimo da “prudência” grega, aristotélica, ou do “caminho do meio” da doutrina zen, chinesa. O comedimento é, em nossa cultura, uma tentativa de controlar o medo do desvio dos indivíduos pelo excesso, e a perda conseqüente de limites que põe em perigo a Ordem. Medo que ronda sociedades excessivamente normalizadas e disciplinadas como a nossa. . . É necessário assinalar que o comedimento é um processo educativo que se inicia em nossa cultura no século XVII, com a disciplina dos sentidos e das paixões.

²¹ Uma versão em inglês dessa concepção é o termo *fitness*, tão em voga nas revistas de moda e saúde, e nas academias de atividades físicas.

²² Desde o início da redação do presente capítulo, em 2001, vários artigos sobre esta questão foram publicados em coletâneas, demonstrando o crescente interesse pelo tema entre filósofos, antropólogos e sociólogos. Dentre elas quero destacar os de Goldenberg, M. Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002 e Grando, J. C. A (des)construção do corpo. Blumenau: Edifurb, 2001, com ênfase no artigo de Couto, E. S. Gilles Lipovetsky: estética corporal e protecionismo técnico nas culturas higienista e desportiva.

²³ O padrão de beleza das academias é bastante indiferenciado quanto ao gênero, a ponto de levar o escritor Tom Wolfe a referir-se em entrevista a revista Veja, em 1998, às mulheres praticantes de exercícios físicos

dessas academias como “rapazes de seios”.

²⁴ Tem havido crescimento inquestionável de cirurgias plásticas estéticas em adolescentes na última década.

²⁵ Esta é uma forma médica de evitar os “excessos” nos exercícios que podem levar a tendinites, estiramentos musculares, deslocamentos ou luxações de vértebras, ou pior ainda, a enfartes ou derrames nessas faixas etárias.

²⁶ No Brasil existe uma gíria para designar atualmente esses corpos: “sarados”, que originalmente tanto pode representar “curados” como “sadios”.

²⁷ Grande parte da população de idosos, aposentados, e mesmo de homens e mulheres trabalhadores que formam a clientela dos serviços públicos de atendimento médico é considerada dependente de fármacos e procedimentos médicos.

²⁸ Uma representação freqüente e tradicional de tratamento e cura em classes populares é o alívio da dor, eliminação ou diminuição do sofrimento do doente, sendo este representado como um sofredor (um sofre-dor).

²⁹ Ver Valla, V. A educação popular e saúde diante das formas alternativas de lidar com a saúde, op. cit.

³⁰ É impressionante a criação de eventos ou de oportunidades para reuniões de confraternização, de excursões, passeios ou festas que os grupos de atividades de saúde, independentemente de seu modelo ou paradigma, propiciam. É uma forma de inserção no grupo mas é ao mesmo tempo um modo de sociabilidade próprio dessas atividades. Na placa de entrada da academia de dança que freqüentei pode ser lido: “Aprenda a dançar e faça novos amigos”.

³¹ Um médico chefe de serviços de atendimento no interior de Minas Gerais que realizou um estágio na pesquisa “Racionalidades Médicas”, conduziu um *survey* sobre as filas de espera de atendimento em sua cidade, Juiz de Fora. Descobriu, por meio de observação participante e de entrevistas, que as filas representavam um *locus* de sociabilidade para os pacientes (e não pacientes) que ali esperavam, muitas vezes fugindo do isolamento de suas casas. Houve grande movimentação do público contrária ao fim das filas em virtude da racionalização do horário das consultas.

³² A invasão das gafeiras pela classe média e a moda internacional da dança de salão na última década fez aparecer o fenômeno das “academias” de dança como elemento importante nas chamadas atividades físicas de saúde.

³³ Ver Bourdieu, P. O poder simbólico, op. cit.

³⁴ A competição entre as academias, entretanto, é fato incontestável, manifestando-se no estilo de cada uma. Cada academia tem seus próprios bailes, onde os alunos treinam, e visitas de cortesia de alunos de uma para outra são possíveis e acontecem com freqüência, desde que se trate de academias com o mesmo “estilo”, geralmente provenientes de um mesmo mestre. Há nas academias um verdadeiro “tribalismo”, como M. Maffesoli define este termo no capítulo IV do livro O tempo das tribus: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

A cidade de Campinas prova que é possível, quando se há vontade e profissionais engajados, ter uma rede voltada para o atendimento integrativo e complementar atendendo de forma eficiente aos usuários do SUS.

Terapias integrativas fazem história em Campinas



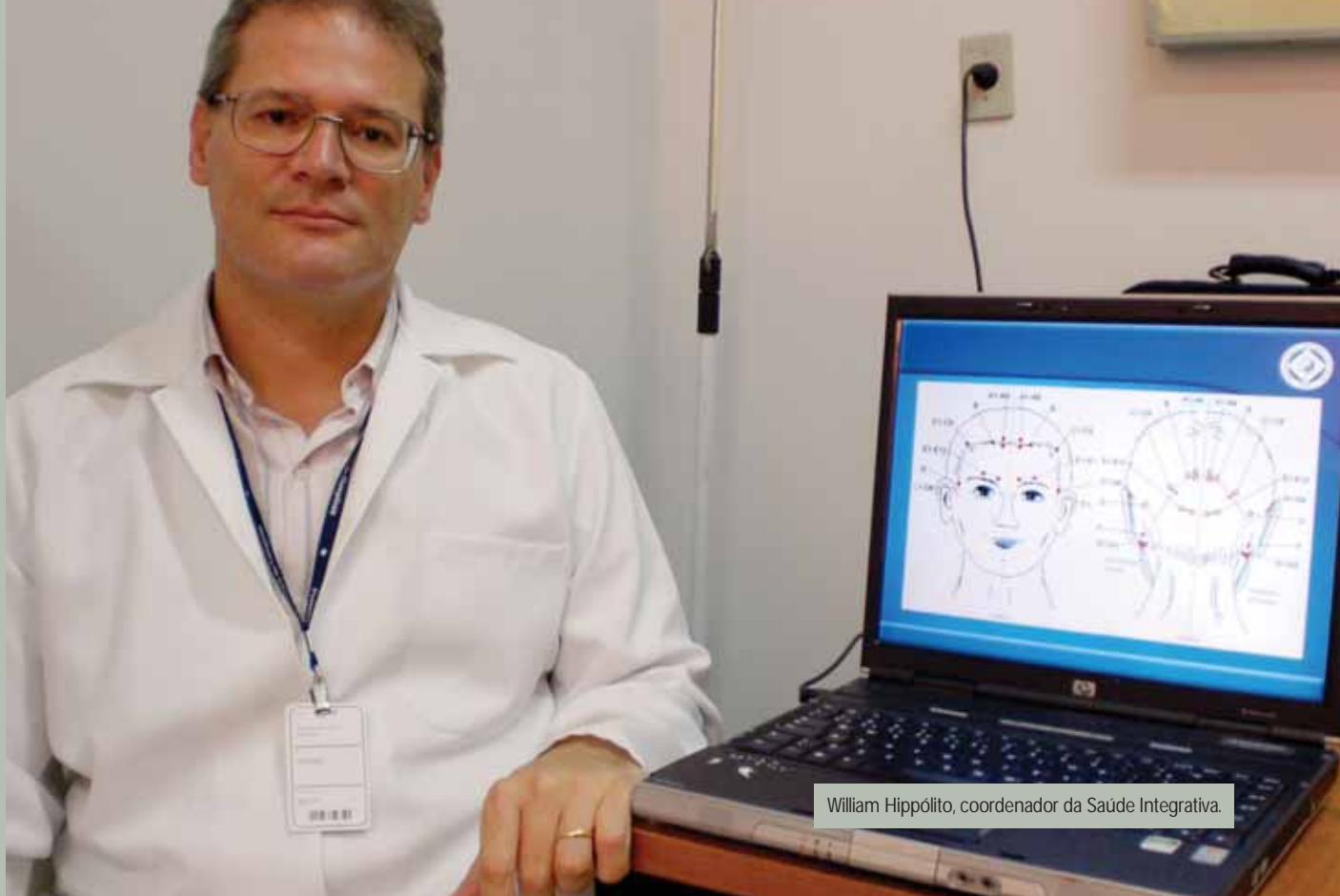
A farmacêutica e bioquímica Marli Ribeiro.

Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas há uma coordenadoria especialmente voltada para a estruturação dos trabalhos dos profissionais das práticas integrativas: a de Saúde Integrativa. Segundo o médico William Hippólito, um dos coordenadores da Saúde Integrativa, esse nome deve-se “à visão do ser humano e suas patologias serem resultados da interação do mesmo com os outros seres humanos, com os elementos da natureza, estilo de vida, alimentação, exercícios, etc. Somente com uma visão integral, poderemos encontrar a cura, ou, como dizem os chineses, o equilíbrio entre a matéria/energia, ou Yin/Yang”.

William Hippólito conta que todo o trabalho de gestão foi elaborado de forma a oferecer à população de Campinas esta estrutura. “A origem dessa Coordenadoria remonta a iniciativa de pessoas sérias e comprometidas, que criaram o Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas (GETRIS) visando condições de desenvolvimento de técnicas, até então pouco conhecidas do grande público”. Dentre as várias realizações do GETRIS na rede (que deu origem à Saúde Integrativa), destacaram-se: a introdução da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e Homeopatia nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF), a implementação da Fitoterapia e a criação da Botica da Família e do projeto Corpo em Movimento.

SAÚDE INTEGRATIVA

Com a criação da Saúde Integrativa, as iniciativas, que antes eram tidas como projetos, passaram a ser geridas como programas pela administração de saúde de Campinas e, com isso, o rol de atividades oferecidas foi incrementado. Isso numa cidade com mais de um milhão e cem mil habitantes, ou seja, que convive diariamente com todo o estresse de uma grande cidade e na qual, iniciativas como essas são fundamentais. Dentre os programas



William Hippólito, coordenador da Saúde Integrativa.

desenvolvidos na Saúde Integrativa, destacam-se:

HOMEOPATIA E FITOTERAPIA

Campinas conta com um Ambulatório Municipal de Homeopatia, desde 1989, e atualmente seis homeopatas trabalham em diversas UBS/SF, atendendo aos pacientes que procuram espontaneamente o serviço e solicitam marcação de consulta.

Botica da Família: Campinas conta com a *Botica da Família*, uma farmácia municipal de manipulação de medicamentos fitoterápicos – feitos a partir de plantas medicinais. A criação da *Botica da Família* possibilitou, segundo Marli Ribeiro, farmacêutica e bioquímica, diminuir o custo desses medicamentos que antes eram comprados pela Prefeitura Municipal de Campinas, por meio de licitações: “a nova farmácia facilita e aumenta o controle de qualidade dos fitoterápicos, desde a compra da matéria-prima e estocagem até a produção”, afirma Marli, que completa que a produção é voltada para o atendimento aos

usuários das UBS/SF da cidade, “manipulamos cerca de quatro mil fórmulas por mês aqui, num processo inteiramente manual e atendemos todas as 69 UBS de Campinas”.

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA/ ACUPUNTURA

Em 2003, o Projeto de Implantação da Medicina Tradicional Chinesa na Rede Municipal de Saúde de Campinas, foi implementado utilizando os profissionais com formação em Acupuntura. No ano seguinte, uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Saúde e o Instituto de Pesquisa e Ensino Médico em Acupuntura (Ipema) foi introduzida visando oferecer um maior número de atendimentos em acupuntura. Essa parceria foi intensificada em 2006 frente à grande demanda pela acupuntura e os atendimentos passaram a acontecer no Ambulatório do Hospital Mário Gatti.

Hippólito salienta, entretanto, “que apesar de acontecer no ambulatório de um hospital, todo o atendimento é



As Agentes Comunitárias de Saúde, Renata Silva, Josiane Franco Belloto e Regina Magalhães praticam o Lian Gong e dividem sua rotina de trabalho de ACS com a técnica, que ministram em suas UBS com os usuários cadastrados, “como ensinamos é preciso que também façamos todas as semanas, como reciclagem mesmo, além, claro, de todos os benefícios que traz pra gente”, coloca Josiane.

feito dentro dos procedimentos da Atenção Básica. Os pacientes lá atendidos são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde”.

Atualmente a cidade encontra-se com boa oferta de atendimentos em acupuntura, tanto que, desde 2005, os profissionais vêm trabalhando também com a técnica da Acupuntura de Yamamoto.

Nesse mesmo ano, a Associação Médica Brasileira de Acupuntura, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Paulista de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, firmaram uma parceria com a SMS, para criação de uma rede de formação de médicos na técnica de Yamamoto.

Esta técnica é indicada como complementação à acupuntura clássica, para abordagem de patologias agudas e crônicas: cefaléias, enxaquecas, cervicálgia, dorsalgias, lombalgias, dores nos joelhos, bursites, dores pós-cirúrgicas ou pós-traumáticas, doenças clínicas e psiquiátricas.

Sílvio Luis Oliveira, médico da UBS/SF Valença, é um dos médicos da Atenção Básica de Campinas que estão cursando a especialização nessa técnica de acupuntura. Segundo o profissional, que também é coordenador da sua UBS de atuação, não há cisão entre o tratamento convencional e o



Isaura da Cunha Álvares submete-se ao tratamento com a Acupuntura de Yamamoto, realizado pelo médico William Hippólito.

complementar (no caso a acupuntura), “somos profissionais de saúde e a medicina é uma só. Quando você se vê num limite com relação ao tratamento, deve apresentar opções ao paciente, usando todo o seu arsenal de conhecimento”, ressalta o médico que afirma que desde que começou a trabalhar a acupuntura com seus pacientes, notou visível redução no número de medicamentos prescritos, “isso melhora muito a resposta do organismo das pessoas. E é importante também porque algumas características do paciente a alopatia não vê. Em muitos casos, a medicina ocidental está preocupada em lidar com a dor, a consequência, e não com a causa do problema”.

Outro médico da Saúde da Família, da UBS São Cristovão, que aborda a questão do medicamento, o pediatra Luiz Roberto Drouet, que revela evitar ao máximo “o uso de antiinflamatórios. Só receita em último caso, pois é sabido hoje dos males que podem acarretar, principalmente às crianças, que têm suas vias aéreas danificadas”.

Dentre os dados fornecidos pela SMS de Campinas, um chama a atenção acerca do trabalho com a acupuntura: desde que a população teve acesso à nova técnica, houve a expressiva diminuição de mais de 74 mil antiinflamatórios receitados por ano na cidade, somente nos primeiros oito meses da implantação.

Pela primeira vez se submetendo à técnica, a dona-de-casa Isaura da Cunha Álvares, com fortes dores por causa de uma artrose no joelho, diz vir recorrendo, há anos, a medicamentos, sem muito sucesso. Ao fim da sessão, com visível alívio no rosto, Isaura, afirma ter sentido grande diminuição nas dores e maior facilidade para caminhar.

Isaura foi à sessão após a indicação da filha, Ana Paula da Cunha Álvares, que é terapeuta ocupacional da rede de Atenção Básica da cidade. Ana Paula, além de profissional de saúde da UBS Tancredão, é também adepta do Tai Chi Chuan e uma das alunas do curso de multiplicadores de ginástica harmônica, duas das atividades de outro programa da Saúde Integrativa, o Corpo em Movimento.



Para Sílvio Luis Oliveira, médico da estratégia Saúde da Família, “é preciso resgatar alguns princípios da medicina oriental. Apesar de continuarmos com nossos preceitos básicos, como médico, por exemplo, além de fazer o diagnóstico, é preciso saber conversar com o paciente, ouvir a queixa dele, tentar reduzir a prescrição de remédios e oferecer opções de tratamento”.



CORPO EM MOVIMENTO

Em 2001, a partir da identificação da baixa qualidade de prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos músculo-esqueléticos no Sistema Único de Saúde, em Campinas, foi criado o Corpo em Movimento.

Como definição, o programa se coloca entre uma das ferramentas a serem utilizadas pela rede de atenção à saúde na transformação do usuário em cidadão que produz sua própria saúde, no seu caminhar na vida.

As atividades do Corpo em Movimento são subdivididas em áreas e técnicas específicas, como Tai Chi Chuan, Ginástica Harmônica, Yoga, Atualização Terapêutica, Ginástica Postural, Lian Gong e Osteopatia

Tai Chi Chuan: A terapeuta ocupacional, Ana Paula, há 10 anos combate um tumor benigno na hipófise, adenoma que aumenta a produção de prolactina em seu organismo, “mesmo com medicação eu não conseguia regular, mas desde que comecei a fazer regularmente o Chikung (Tai Chi Chuan) e a meditação o

adenoma diminuiu. A melhora que eu não conseguia com a medicação, venho obtendo com os exercícios”, coloca.

O Tai Chi Chuan é baseado na Medicina Tradicional Chinesa, e em todos os exercícios de Chikung (chi= energia e Kung= modular). Com a formação de 50 instrutores, em 2008, Campinas iniciou a oferta da modalidade junto à população.

Ginástica Harmônica: Presente há mais de 10 anos em algumas UBS/SF, como a unidade Barão Geraldo, por meio da iniciativa de alguns profissionais capacitados, essa modalidade ganha espaço no SUS Campinas com a qualificação de novos profissionais.

Dentro de uma turma de 20 alunas, Ana Paula está se formando como facilitadora em ginástica harmônica. Com essa nova turma, o atendimento ampliará o seu alcance à toda a rede da cidade.

Essa ginástica é um dos recursos terapêuticos do Sistema Rio Abierto que trabalha, ao mesmo tempo, três planos – corporal, psíquico e espiritual – e objetiva o desenvolvimento harmônico do ser humano a partir de uma visão abrangente

e integrada. Foi criada nos anos 60 pela psicóloga argentina Maria Adela Palcos (com o apoio do Fundo Nacional de Artes de Buenos Aires). Desde sua criação está ligada à Fundação Internacional Rio Aberto – um centro de terapias psicocorporais e desenvolvimento humano, hoje com ramificação do trabalho em mais de 13 países.

Silvia Lúcia Pinto, uma das instrutoras da Ginástica Harmônica, relata que em outubro de 2005 foi apresentado pelas profissionais da técnica, no VII Congresso Internacional de Terapias Psico-corporais, em São Paulo, o trabalho “Resultados da Implantação do trabalho psico-corporal Rio Abierto na Comunidade de Campinas”. Na contramão da maioria das experiências na área de práticas integrativas que, em geral, são experiências empíricas, a instrutora apresentou os resultados de uma pesquisa, realizada com cem mulheres, em sua maioria provenientes de Unidades Básicas de Saúde, divididas entre praticantes da ginástica harmônica e sedentárias, e destaca: “chegamos a algumas conclusões interessantes com esse trabalho, como por exemplo que o número de mulheres sedentárias que apresentavam dores diversas pelo corpo era visivelmente superior àquelas praticantes da GH. Estas ainda



Ana Paula Álvares Cunha, terapeuta ocupacional.



Grupo de formação de instrutoras de Ginástica Harmônica, em Campinas - parceria com a Fundação Internacional Rio Abierto.

apresentaram mais facilidade para flexão do tronco e agachamento. Outro índice muito expressivo que obtivemos foi com relação à depressão entre as sedentárias; o número daquelas que queixaram-se de depressão foi oito vezes maior”.

Yoga: A Yoga é oferecida atualmente em Campinas, em três UBS/SF – Centro, São Quirino e Taquaral. A prática, que aplica o conceito de união na vida cotidiana para o desenvolvimento e integração do Ser, está na rede municipal desde 2006, a partir de uma parceria

entre o Instituto de Yogaterapia e a Secretaria Municipal de Saúde.

Atualização Terapêutica: Foram, segundo William Hippólito, capacitados 155 profissionais de saúde, entre médicos clínicos, generalistas e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, na abordagem dos transtornos músculo-esqueléticos. A técnica identifica riscos, a relação com o trabalho da pessoa, o diagnóstico e a terapêutica adequada do ponto de vista da Reumatologia.

Associada à Atualização Terapêutica está a Ginástica Postural, desenvolvida visando uma abordagem ampliada das pessoas que apresentam dor crônica proveniente das patologias da coluna vertebral. Conhecimento do próprio corpo e percepção de si mesmo – essa é a temática, através de um processo de educação corporal, da consciência de posturas mais adequadas, com menor gasto energético e incentivo do auto cuidado.

Entre os beneficiados em potencial da Ginástica Postural estão pacientes com patologias crônicas, como lombalgia, lombociatalgia, ciatalgia, hérnia de disco, cervicalgia, osteoporose na coluna vertebral, mialgias, escoliose, hiperlordose, tensões musculares, enxaqueca, depressão, ansiedade, hipertensão, diabetes, etc.

Lian Gong: A Secretaria de Saúde de Campinas iniciou a capacitação de Lian Gong, em 2002, para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Especialidades. Em 2006 houve a formação de quarenta instrutores da rede pública na terceira parte do Lian Gong, com o professor Néelson Iba.

Instrutora de Lian Gong há quatro anos, Renata Nascimento da Silva, também Agente Comunitária de Saúde, revela que todas as UBS/SF de Campinas têm, pelo menos, uma turma da técnica, “algumas das Unidades têm tanta procura que chegam a ter aulas todos os dias. Hoje temos aproximadamente três mil pessoas praticando o Lian Gong em Campinas e, em muitos casos, são os próprios médicos das unidades que encaminham os usuários para a gente”, coloca Renata.

Uma destas usuárias encaminhadas pela UBS/SF é Ercília de Lourdes Gomes, que “sentia fortes dores na coluna, então a médica me encaminhou para fazer o Lian Gong. Já faço há quatro anos e associo a prática à caminhadas. As dores diminuíram muito”.

Ao centro Silvia Lúcia Pinto, instrutora: a Ginástica Harmônica liga diferentes níveis de atenção à saúde na cidade em torno de um objetivo em comum: levar à população, a partir da Atenção Básica, conforto físico e emocional.



Outra usuária encaminhada por um profissional da estratégia Saúde da Família é Leda Lea Limonge, que tomou conhecimento da técnica por intermédio de uma Agente Comunitária de Saúde e começou a praticá-la há seis meses com o objetivo de tratar uma inflamação no ombro e nas articulações, “desde que conheci o Lian Gong achei a prática ideal para a minha idade e as minhas limitações físicas, pois aqui os exercícios são feitos de forma mais suave, sem muito impacto. E nós, que já estamos aposentados, temos mesmo que abraçar todas essas oportunidades oferecidas pelas Unidades de Saúde. São todos muito dedicados”.

Osteopatia: A osteopatia foi criada há 150 anos, nos Estados Unidos, e parte do princípio da relação das dores com outros fatores: emocional, postural, mal funcionamento de órgãos e vísceras entre outros, que por meio de manobras e trações visa ao realinhamento das articulações e o alívio das dores dos pacientes.

Disponível na rede de atendimento da cidade desde 2006, essa modalidade é reconhecida como especialidade profissional pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Atualmente, além dos Distritos de Saúde, é encontrada na cidade no Centro de Referência em Reabilitação, onde figura como estágio de campo supervisionado por professores do Núcleo de Estudos em Osteopatia e Terapias Manuais, associado à Escola de Osteopatia de Madri.

DEMANDA DOS USUÁRIOS

Segundo William Hippólito, todas essas práticas referentes às terapias complementares em Campinas são fruto de um amplo trabalho de equipes de profissionais organizadas em torno de um ideal, além de ser uma resposta à demanda gerada, “foi uma medida de gestão mesmo, de resposta à sociedade a demanda espontânea existente em



Campinas. As pessoas procuravam por terapias alternativas existentes na cidade”, ressalta o médico, e finaliza observando que todas essas ações acontecem a partir do fundo de saúde da própria cidade.

Atualmente, os recursos geridos, pelo município, para este fim respondem a uma Câmara Técnica da Saúde Integrativa, com representantes de cada área técnica que, em conjunto, definem os parâmetros municipais para investimento, observando as diferentes realidades encontradas nos diferentes distritos de Campinas.

“Sentia fortes dores na coluna, então a médica me encaminhou para fazer o Lian Gong. Já faço há quatro anos e associo a prática à caminhadas. As dores diminuíram muito”.

Ercília de Lourdes Gomes

Ercília de Lourdes Gomes, dona-de-casa, à esquerda na foto.



A Medicina Tradicional Chinesa encontrou, na cidade de Itajaí, litoral norte de Santa Catarina, um amplo e dedicado trabalho dos profissionais da rede pública de saúde, que podem incluir em seu trabalho cotidiano a prática milenar do Do-in.

Auto-massagem, benefício coletivo



“Tenho fibromialgia, que me afeta muito o braço, sentia dores terríveis e estava sempre tomando antiinflamatórios. Depois que comecei aqui no Do-in as dores diminuíram muito, o formigamento que sentia também diminuiu”,
Maria Alves Carneiro

Por meio da auto-massagem, a técnica Do-in utiliza-se basicamente dos mesmos pontos sobre a pele assinalados pela acupuntura para a estimulação corporal/sensorial. Valer-se de nada mais do que os próprios dedos (pressionados em pontos específicos) torna o Do-in uma prática acessível – inclusive economicamente – não-invasiva e de fácil realização.

A técnica milenar, pode ajudar no tratamento sintomático de diversas doenças agudas e crônicas, como cefaléias, lombalgias, náuseas, azia, dores no estômago, cólicas menstruais, cistites, otites, amigdalites, ansiedade, depressão etc., provocando alívio nesses sintomas, auxiliando no tratamento médico e reduzindo o uso de medicamentos, principalmente analgésicos e antiinflamatórios.

RESULTADOS POSITIVOS DESTACAM CIDADE DE SANTA CATARINA

Em Itajaí, cidade com pouco mais de 100 mil habitantes, o Do-in vem sendo introduzido, há pouco mais de um ano, como umas das estratégias de promoção da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família.

Para Marco Giostri, médico sanitário, que há 20 anos atua como clínico homeopata, e precursor da prática do Do-in na cidade, o município já enfrenta os problemas das grandes cidades, “Itajaí é uma cidade de médio porte com perfil epidemiológico de um município de grande porte”.

Situada às margens do rio que leva o mesmo nome, Itajaí consta, desde o ano passado, no *ranking* dos maiores portos do mundo. Apesar dos ganhos que a



O médico Marco Giostri ministrando o Do-in em paciente.

cidade tem a partir de conquistas como essa, os impactos negativos também começam a se manifestar por alguns dos males contemporâneos, como o aumento nos índices de violência, intensificação do trânsito e outros como “a constante urgência e pressa a que somos submetidos todos os dias em nossas relações de trabalho, familiares e sociais. Tudo isso faz com que as pessoas da cidade comecem a apresentar quadros de ansiedade, depressão, problemas no sistema nervoso, insônia, dermatite tópica, rinite, crianças com quadros virais etc.”, salienta Giostri.

Na tentativa de minimizar esses efeitos no corpo humano e no dia-a-dia das pessoas, o Do-in, afirma o médico, “vem surtindo um efeito benéfico desde que foi implantado e hoje é utilizado em várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade e também no acolhimento e nas pré-

consultas como uma forma de ir preparando o paciente”.

Para Marco Giostri, o Do-in guarda ainda outro grande benefício: “observamos a melhora na qualidade do sono das pessoas que se submetem à terapia e essa melhora traz como reflexos um ganho na capacidade imunológica e no bem-estar geral e humor dos pacientes”.

O DO-IN COMO PRÁTICA É UMA CONQUISTA DO MUNICÍPIO

Itajai tem atualmente 30 Unidades Básicas de Saúde, das quais 23 contam com a estratégia Saúde da Família implantada, totalizando 34 Equipes Saúde da Família. O município também possui uma boa cobertura da estratégia, atingindo, na área urbana, 80% da população e na rural, 100%.



A ACS Apolônia Pereira, umas das facilitadoras do Do-in na cidade.

O trabalho com Do-in teve início em novembro de 2006, na UBS Promorar II, que atende cerca de duas mil famílias. Um dos problemas enfrentados pelas Equipes Saúde da Família da Unidade era o grande número de encaminhamentos à ortopedia, ultrapassando a cota estabelecida para a UBS, gerando filas e conseqüentes reclamações. Uma reunião da equipe estabeleceu providências no sentido de aumentar a resolutividade da ESF para casos de

dores osteo-articulares, entre elas a criação de um grupo de Do-in.

Para a secretária municipal de saúde do município, Rosálie Knoll, "todo o contingente de trabalhadores da área de saúde em Itajai vive, diariamente, uma rotina exaustiva de trabalho". Por isso não só os usuários da rede pública municipal de saúde são beneficiados pelo Do-in: "Realizamos três vezes por semana, sessões coletivas de Do-in e logo junto aos nossos colaboradores, na tentativa de trazer um conforto

maior aos trabalhadores, e isso também nos ajuda despertar para a importância da oferta dessa prática na ponta da rede", completa.

MULTIPLICADORES DO CONHECIMENTO

Contudo, a prática não se encontra centrada no médico. "Trabalhamos com a capacitação de diversos profissionais de saúde, dos Agentes Comunitários de Saúde aos médicos, e essas pessoas vêm reproduzindo o Do-in, que na verdade é um conhecimento popular", destaca Marco Giostri.

A ACS da Unidade Promorar II, Apolônia Pereira, há sete anos na Unidade e há três envolvida com o Do-in, é uma das profissionais capacitadas como facilitadora. Para ela, a prática veio ao encontro de uma difícil realidade, "minha área de atuação tem um pessoal muito necessitado. É uma área de invasão, então são pessoas que vivem sob muita pressão, com muitos problemas, por isso nem sempre podem vir à UBS, mas então eu vou à comunidade e formo, lá mesmo, turmas para a prática do Do-in. É muito comum o diabetes, a hipertensão, problemas de coluna, e notamos a adesão das pessoas devido à melhora que elas encontram na auto-massagem".

FAMÍLIA UNIDA EM TORNO DO DO-IN

Para o casal José Airton Alves Carneiro e Maria Alves Carneiro o convite de uma ACS trouxe o alívio para dores que ambos sentiam há anos. José Airton, caminhoneiro aposentado, sente hoje, no próprio corpo, o peso dos anos passados ao volante, horas a fio sentado, o estresse



À esquerda casal José Airton Alves Carneiro e Maria Alves Carneiro e demais praticantes do Do-in da UBS/SF Promorar II.

que passam nas estradas com seus prazos apertados, “foi uma vida muito sacrificante para manter a família, comendo cada dia em um lugar diferente, e em geral, a comida vendida à beira da estrada é muito gordurosa. Hoje, além de problemas no estômago, tenho três bicos-de-papagaio e vinha sentindo muitas dores. Desde que comecei a fazer essa técnica dos dedos (Do-in) eu tenho me sentido bem melhor. Tem só três semanas que eu venho, mas estou até dormindo melhor”.

José foi apresentado ao Do-in pela esposa, que frequenta as sessões praticamente desde que a técnica foi introduzida na cidade, “tenho fibromialgia, que me afeta muito o braço. Sentia dores terríveis e estava sempre tomando antiinflamatórios. Depois que comecei aqui no Do-in as dores diminuíram muito, o formigamento que sentia também diminuiu”, revela Maria, que foi convidada à prática da atividade pela ACS de sua área, que, atenta às dores sentidas pela dona-de-casa a orientou a procurar no Do-in o conforto que não encontrava nos medicamentos alopáticos, conforme afirma a paciente, “eu sempre tratava a fibromialgia, mas nunca curava. Hoje só tomo medicamento homeopático, até o remédio para depressão eu parei de tomar”.

HOMEOPATIA ASSOCIADA AO TRATAMENTO

As práticas vislumbradas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em Itajaí, contemplam ainda a homeopatia. Na cidade já é notado um movimento no sentido de uma inserção cada vez maior da homeopatia e é crescente o número de pessoas que se utilizam destes



A secretária municipal de Saúde de Itajaí, Rosalie Knoll.

medicamentos. Um exemplo disso é a aposentada Ilma de Borba, que há nove meses concilia esse tipo de medicação com as sessões de automassagem, “desde que venho tomando medicamento homeopático não sinto mais a dormência no corpo, minhas mãos e meus pés não incham mais como antes e tenho me sentido ótima”.

Segundo a secretária municipal de Saúde, Rosalie Knoll, Itajaí fornece 100% do medicamento homeopático prescrito pelos profissionais da Atenção Básica aos usuários do Sistema Único de Saúde. “Todo o orçamento dessas compras orçamentos é administrado pelo Fundo Municipal de Saúde”, coloca Rosalie.

“Essa é uma possibilidade de ofertar o serviço a uma população que nunca teve acesso à homeopatia e uma tentativa de mudança da ótica tão ‘medicalizada e industrializada’ da saúde, à qual a população está acostumada”, ressalta a secretária.



“Desde que venho tomando medicamento homeopático não sinto mais a dormência no corpo, minhas mãos e meus pés não incham mais como antes e tenho me sentido ótima”.

Ilma de Borba

Acreditando na resolutividade das Práticas Integrativas e Complementares, o Amapá conta com o primeiro Centro de Referência em Tratamento Natural do Brasil.

Amapá conta com centro de referência para toda a região Norte

“Podemos ser um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, mas para isso o gestor precisa implantar e consolidar a estratégia em seu município”.

*Elziwaldo Lobo Monteiro,
diretor do Centro de Referência
em Tratamento Natural do
Amapá.*

Inaugurado em 2004, o Centro de Referência em Tratamento Natural do Amapá (CRTN) integra o sistema público de saúde estadual e tem o objetivo de atuar na assistência especializada em terapias naturais, por meio de atendimento e serviços ambulatoriais de fitoterapia, homeopatia, acupuntura, massoterapia etc., “o CRTN é o órgão do Governo do Estado responsável por suprir a deficiência do serviço público em tratamento natural, de acordo com a lei 1.068 de 2007, para difundir as Práticas Integrativas e Complementares no SUS”, completa o diretor do Centro, Elziwaldo Lobo Monteiro.

Segundo o diretor, somente em 2007 foram realizados mais de 73 mil procedimentos, o que faz com que o centro se torne referência nas regiões Norte e Nordeste, “ao oferecer à população acesso a métodos terapêuticos de qualidade por meio da prevenção e manutenção da saúde, o que propicia ao Estado investimento na área a baixo custo”.

A criação do CRTN-AP trouxe benefícios para todo o Estado, pois além de realizar atendimentos itinerantes pelos municípios, estão sendo passadas informações quanto à implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares e quanto à responsabilidade do gestor, “estamos buscando conscientizar os gestores e a população de que a prevenção é a melhor forma de nós cuidarmos da saúde”, diz Monteiro.

Quanto à implantação nos municípios, o CRTN procura sensibilizar os gestores municipais por meio da estratégia Saúde da Família, “explicamos que podemos ser um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, mas que para isso o gestor precisa implantar e consolidar a estratégia em seu município”.

Aliada às terapias naturais, o CRTN oferta aos usuários tratamentos de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, todos inseridos no contexto do Centro, “estamos em busca de qualidade de vida, e aliar tratamentos é fundamental. Quando percebemos que o paciente precisa de tratamento alopático, também fazemos o devido encaminhamento”.

A fisioterapia no contexto das terapias naturais, por exemplo, tem como finalidade promover a reabilitação e a reintegração do usuário às suas atividades cotidianas, devolvendo-lhe o equilíbrio ósteo-mioarticular. O serviço realiza, atualmente, avaliação cinesiológica, tratamento das patologias neurológicas e trauma-ortopédicas, e orientações quanto às atividades diárias. João Batista, 61 anos, sofre do Mal de Parkinson e sua situação só piorava a cada dia, “sei que não

CENTRO DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO NATURAL -CRTN

Atualmente são 124 servidores no Centro de Referência em Tratamento Natural do Amapá, que fica aberto das 7:00 às 23:00.

tem cura, mas tem melhora. Não tenho tomado o medicamento e estou muito bem, a fisioterapia melhorou o tremor, a rigidez e a intensidade/frequência do movimento". O fisioterapeuta Welldisson destaca a forma de tratamento, "precisamos dar a visão de que a gente não pode estar o tempo todo com ele. Chega a hora do desmame e esse momento é doloroso para todos nós".

A assistência ambulatorial é prestada por referência e contra-referência dos usuários do SUS, bem como pela demanda espontânea. Como o Estado conta com 59,10% de cobertura da estratégia Saúde da Família, é grande o número de encaminhamentos feitos pelas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família.

Uma delas é a UBS/SF Enf. Conceição Rosa Moita, em Macapá.

Segundo Janeleide Barbosa, o CRTN deveria destinar vagas para a Saúde da Família, "seria bom também que eles nos oferecessem cursos para que pudéssemos atender na própria unidade de saúde e desafogar o Centro", afirma a enfermeira.

Antes de dar início ao tratamento, os pacientes passam pela Inclusão às Terapias Complementares (ITC), que é realizada pelas assistentes sociais. Lá é feita a coleta de informações que serão necessárias para a inclusão do usuário às terapias, "no primeiro momento em que o usuário chega fazemos o acolhimento e a inclusão no tratamento complementar. Levantamos o histórico social e sócio-econômico e procuramos saber a patologia ou queixa, sem nunca excluí-lo do tratamento", explica a assistente



Na sessão de massagem, Gilberto Santos e a massoterapeuta Orquidéia Tavares. A massoterapia é uma prática complementar empregada no CRTN através de técnicas de manipulação corporal, como, Shiatsu, Tui-ná, Sueca tradicional, Seitai, Relaxante, entre outras.



A paciente Rita Marluce com a psicóloga Lene Brasil, "todos os governos deveriam se envolver mais com a prevenção e com o tratamento natural".

social Elaine Reis, que ressalta ainda a importância da conversa antes do início do tratamento, "falamos sobre a resposta ao tratamento a médio e longo prazo, sobre a co-responsabilidade do paciente no sucesso desse tratamento e esclarecemos eventuais dúvidas".

Maria do Espírito Santo Braga chegou ao CRTN em março deste ano com depressão, "passava o dia deitada e quando começavam a conversar comigo, chorava, estava inchada e começando a depender de remédios". Após significativas melhoras, Maria reflete, "a pessoa que vai fazer o tratamento precisa estar receptiva. Hoje me sinto melhor, já voltei a ter vaidade, arrumar o cabelo e passar batom. Mas o melhor é ter prazer em brincar e dançar com os meus netos".

Outro passo para a continuidade do tratamento é a palestra sobre as Práticas Integrativas e Complementares, "onde falamos da necessidade de mudança de hábitos de vida e pensamentos negativos", explica Monteiro. A etapa seguinte é a consulta com o clínico que já entrega o

diagnóstico para que sejam definidas, enfim, as terapias adequadas para cada paciente. De acordo com o médico Edvaldo Lima, apenas depois do retorno de todos os exames necessários o usuário é encaminhado para as terapias, "a maioria dos nossos pacientes é idosa e sofre de artrose e artrite, encontrando alívio nas sessões de massoterapia, por exemplo. Aqui o tratamento é mais humano, mais próximo do paciente", destaca.

Para o terapeuta holístico Barreiro Crisanto, o Centro, hoje, independe do gestor, ou seja, tornou-se política pública, "a Portaria 971 foi um reforço para as Práticas e espero que o Ministério da Saúde continue apoiando estas iniciativas em todos os lugares".

O tratamento holístico consiste na fusão de vários métodos de cura fundamentados na Energia Vital, "é a fusão do Ocidente (Terapia Floral, Bioenergética, Indígena) com o Oriente (Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Indiana, Tibetana) e tem por princípios focar o indivíduo como um todo, e dessa forma desenvolver o seu

tratamento", explica o professor.

Além de ser um centro de tratamento natural, o CRTN é, também, referência no Estado como hospital do idoso e integra os Programas do Ministério da Saúde, adotando os métodos terapêuticos naturais no acompanhamento de diabetes, hipertensão, crescimento e desenvolvimento da criança, malária, reumatismo, pré-natal, entre outros.

Helena Amorim dos Anjos, 71 anos, chegou ao CRTN com dores por todo o corpo, "eu não sabia o que faziam aqui, mas queria aliviar as dores no corpo. Meu braço não ia pra trás e não conseguia me vestir ou me pentear sozinha e quando comecei, senti o efeito imediato. Hoje faço o que quero com os meus braços e quanto mais venho, mais consigo fazer as coisas". Helena dos Anjos fala ainda do atendimento recebido, "aqui encontro carinho, amor; a gente ama do que limpa o chão ao diretor. Eu nunca tinha encontrado um tratamento como esse, agora nem que me mandem embora, eu vou".

CRTN ITINERANTE

Além das ações itinerantes pelo Estado, o CRTN prioriza os chamados "grupos de risco" que são aqueles formados por trabalhadores que desenvolvem suas atividades sob pressão. Assim, os profissionais do Centro vão até o local de trabalho dos policiais militares e civis, corpo de bombeiros e servidores da saúde e educação.

O tenente Pedro Omar, médico e chefe da Divisão de Apoio Social do Corpo de Bombeiros Militar do Amapá, reuniu

"A pessoa que vai fazer o tratamento precisa estar receptiva. Hoje me sinto melhor, já voltei a ter vaidade, arrumar o cabelo e passar batom. Mas o melhor é ter prazer em brincar e dançar com os meus netos".

Maria do Espírito Santo Braga, paciente do CRTN.

200 profissionais para a última ação itinerante do CRTN, “é uma forma de divulgar o trabalho do Centro, mas principalmente de aliviar o estresse desse público que trabalha sob pressão” diz o tenente, surpreso com a reação dos bombeiros, “achei que eles não iriam querer tirar a roupa para a massagem, mas estão muito à vontade e me questionam quando haverá outra ação”.

Para o Cabo Roney, que passou pela massagem, quiropraxia e por consultas com a fisioterapeuta e a psicóloga, a iniciativa é muito boa, “foi um ‘gol de placa’ trazer o pessoal para cá, mas deveria ser mais contínuo; na nossa atividade estressante isso ajudaria muito na recuperação”.

O diretor Elziwaldo Monteiro acredita que neste ano o CRTN chegará a realização de 100 mil procedimentos e pretende implantar, ainda, cromoterapia, termalismo social e crenoterapia, iridologia, terapias naturais nas Unidades Básicas de Saúde de Macapá e instalar o CRTN/ Estadual nos municípios de Santana, Laranjal do Jarí e Oiapoque, além de implementar os serviços de massoterapia, acupuntura, cinesioterapia, musicoterapia e yogaterapia.



O diretor Elziwaldo Monteiro entre as pacientes Helena Amorim dos Anjos e Maria do Espírito Santo Braga.

Programas Sociais realizados pelo CRTN

- Resgate da sabedoria popular das parteiras tradicionais do Amapá, das raizeiras e benzedadeiras;
- Resgate da sabedoria popular indígena;
- CRTN na escola;
- Hospital do idoso;
- CRTN itinerante;
- Orientação e preparo da alimentação natural com as comunidades para a diminuição da desnutrição.

“Aqui encontro carinho, amor; a gente ama do que limpa o chão ao diretor. Eu nunca tinha encontrado um tratamento como esse, agora nem que me mandem embora, eu vou”.
Helena Amorim dos Anjos, paciente de 71 anos.

Serviços ofertados pelo CRTN	Terapias do corpo e da mente
Inclusão as Terapias Complementares	Terapia da Auto Estima
Serviço Social	Terapia da Dor
Enfermagem	Terapia da Depressão
Médico Generalista	Bioginástica
Terapia Ocupacional	Educação Continuada
Geoterapia (Argila)	Terapia Holística (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong e outros)
Homeopatia	Terapia da Memória
Acupuntura / MTC	Yogaterapia
Fitoterapia/ Ervas Medicinais	Terapia Alimentar
Fonoaudiologia	Terapia Laboral (Idosos e Parteiras)
Nutricionista/ Trofoterapia/ Dietoterapia	Terapia da Fono
Reiki	Terapia do Hipertenso e Diabético
Assistência Farmacêutica	Terapia de Pilates
Massoterapia (8 técnicas)	Terapia de Grupo de Crescimento
Fisioterapia/Cinesioterapia e Cinesiorespiratória	Terapia Psicomotora
RPG	
Pilates	
Psicologia / Hipnoterapia	
Quiropraxia	



Deusarina Ferreira Magave, 46 anos, hoje massoterapeuta, chegou ao Centro com grau avançado de fibromialgia, "já havia tentando de tudo e aqui encontrei o que o meu corpo precisava".

Morando na capital paraense, Arthur teve acesso aos melhores hospitais de Belém e do Brasil, tendo sido levado, inclusive, para os Estados Unidos, "quando tivemos que nos mudar para Macapá, fiquei bastante preocupada, pois daqui seria mais difícil. Na verdade, jamais esperávamos que aqui em Macapá fôssemos encontrar o que ele está tendo e pelo SUS".

Com pouco mais de dois meses de tratamento no CRTN, a família comemora: "quando chegamos aqui ele não deixava que ninguém encostasse nele, no segundo dia já queria vir sozinho e hoje, além de ter melhorado a insônia, já elabora frases sozinho, desliga e liga as coisas, se alimenta, se permite tocar e expressa o que quer".

Segundo Rose, a expectativa dos pais de crianças especiais é deixar os filhos o menos dependentes possível, "e agora ele está sofrendo uma carga de estímulo no CRTN, então só depende dele. De repente pode se tornar um massoterapeuta" e o pai, Humberto Dantas, completa, "ele diz que não vai passar pela vida sem deixar a marca dele e nós acreditamos".

Arthur, hoje com "14 anos de praia", como ele mesmo diz, nasceu sem qualquer chance de sobreviver por muito tempo, "os médicos viviam me pedindo para que eu me despedisse dele, mas me recusava", diz sua mãe, Rose Moreira. Quando estava com quatro meses percebeu-se que ele não tinha visão e, além disso, os médicos suspeitavam de uma outra deficiência, "mas que na verdade era um atraso cognitivo porque em seu tratamento nunca tinha contado com uma equipe multidisciplinar".

A família Dantas diante dos quadros pintados por Rose, "meus quadros não tinham vida, refletiam minha sensação de isolamento". Hoje Humberto acredita que tudo está no caminho certo, "quando um membro da família está desajustado, todos estão. O relacionamento familiar ganhou com a inclusão do Artur no CRTN".



Todos os dias pela manhã, em Suzano, interior de São Paulo, na Praça João Pessoa, um grupo de pessoas se reúne com o mesmo objetivo: cuidar da saúde, do corpo e da mente. Por meio de movimentos tão delicados quanto precisos e tão fortes quanto suaves, o Lian Gong se tornou uma conquista para diversas pessoas que, em certos casos, acordam cedo e atravessam a cidade para chegar a tempo das aulas matinais.

Lian Gong: uma conquista coletiva no interior de São Paulo

A instrutora Lúcia Norikokiminaito chega com seu som portátil, pois toda aula é ministrada com música instrumental relaxante e ao mesmo tempo estimulante aos sentidos, invocando e orientando os movimentos.

Há dez anos envolvida com o Lian Gong, Lúcia foi uma das pioneiras na praça, “quando cheguei como aluna me interessei tanto que passei, em pouco tempo, a ser monitora e, mais tarde, coordenadora das atividades”, revela. Esse interesse, conta a instrutora da atividade, veio do impacto que diz ter observado sobre a saúde e sobre o humor das pessoas que começam a praticar a técnica.



Os colaboradores, importantes frente ao número de participantes e pela impossibilidade de a instrutora dar uma orientação mais individualizada a cada participante, fazem os *movimentos-espelho*, que ajudam na orientação dos demais praticantes.

O Lian Gong é uma prática corporal elaborada na década de 70 pelo Dr. Zhuang Yuan Ming, médico ortopedista da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que vive em Shanghai, na China.

Por desenvolver esta técnica de exercícios para prevenir e tratar de dores no corpo e restaurar a sua movimentação natural, ele recebeu do governo chinês o Prêmio de Pesquisa Científica de Resultado Relevante.

A prática do Lian Gong se fundamenta nos mesmos conceitos básicos da Medicina Tradicional Chinesa que fundamentam a massagem Tui Na, a acupuntura, a fitoterapia chinesa e o Qi Gong: o Qi, os Meridianos e a relação Yin e Yang. O objetivo principal do Lian Gong é tratar e prevenir dores no corpo, inúmeros problemas osteomusculares, articulações etc., além de atuar nas disfunções dos órgãos internos e problemas respiratórios. Também ajuda na circulação do sangue, dissolve aderências e inflamações dos tendões.

São exercícios preventivos e curativos, cuja prática põe em movimento o “Chi” (energia vital) em especial o “Zhen Chi” ou “Chi Verdadeiro” no organismo, termos esses encontrados nos fundamentos da MTC, que preconiza o seguinte: “Quando o Zhen Chi está pleno no interior do corpo humano, os fatores negativos não podem invadir”.



sessões, com poucas melhoras, recorreu ao Lian Gong, que já pratica há dez anos. Como resultado de dois anos de esforço e dedicação, ela levanta completamente o braço e demonstra orgulhosa, sua conquista maior que a física: a da auto-estima aos 61 anos faz academia, hidroginástica e caminhada.

Terezinha Maria da Silva é uma das colaboradoras e está há quatro anos no Lian Gong, onde ajuda a organizar os grupos, dividir as atividades, promover saídas em conjunto dos grupos etc. Para ela, a prática ajuda também na socialização das pessoas, “o colaborador é aquela figura que está um pouco à frente dos praticantes, é escolhido geralmente por fazer os movimentos de forma mais harmônica, com mais responsabilidade, na velocidade certa e está apta a corrigir os demais quando estiverem fazendo algum movimento de forma errada, sempre a partir da orientação da instrutora”.

Um das poucas integrantes do grupo sem traços orientais, a dona-de-casa Maria de Lourdes Cornachini, pratica o Lian Gong há dois anos, a partir da indicação da médica da Unidade Básica de Saúde/ Saúde da Família da área de sua residência.

A indicação partiu das constantes dores que sentia na coluna, “o Lian Gong tem me ajudado muito”, enfatiza, radiante, Maria de Lourdes, “hoje minha respiração está melhor, minha pressão se estabilizou, a obesidade diminuiu e, assim (mostra o jogo de corpo com as mãos na cintura, dobrando o tronco de um lado para outro) tenho uma flexibilidade muito maior”, conta.

Num grupo numericamente “dominado” pelas mulheres, poucos homens se fazem visíveis. É o caso do serralheiro Thomas Fidalgo, que a partir da indicação de amigos, tomou conhecimento da prática há cinco anos. De lá pra cá, conta, melhorou da hipertensão, “meu braço não levantava, às vezes tinha tendinite, mas hoje melhoraram muito essas coisas que a gente vai adquirindo com a idade”, coloca Thomas, que se queixa justamente do pouco número de homens participantes.

Para Maria Juraci, o Lian Gong tem outra importante tarefa: a da reabilitação. Há pouco mais de dois

anos ela quebrou o braço e diz ter ouvido de seu médico particular que, provavelmente, mesmo com a fisioterapia, não iria mais, sequer, erguê-lo. Não conformada com o prognóstico empenhou-se na fisioterapia e após 30

Maria Juraci faz questão de mostrar a conquista obtida com o Lian Gong e ergue o braço, como não conseguia fazer quando começou com a prática.



練

LIAN

功

GONG

UM CONTINGENTE DE ADEPTOS

Atualmente a Prefeitura Municipal de Suzano estima que mais de 2.200 pessoas em toda cidade são adeptas do Lian Gong. Segundo Lúcia, uma pesquisa feita com 150 desses praticantes, no ano passado, apontou dados interessantes da prática chinesa na cidade paulista: a maioria do público está na faixa etária que vai dos 50 aos 70 anos. A maioria dessas pessoas é encaminhada pela estratégia Saúde da Família, para complementar o tratamento no combate à hipertensão arterial – principal queixa apontada pela pesquisa. Dessas 150 pessoas, 47% afirmaram que os médicos reduziram a prescrição de medicamentos após a adoção da prática de Lian Gong, 83% dos entrevistados

admitiram melhoria do humor e 80% disseram que houve melhoria na alimentação, no sono e na ampliação do relacionamento social e familiar.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, o Lian Gong é hoje uma conquista social. Existem em atuação 32 grupos em Suzano, sendo oito monitores que contam com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde capacitados na modalidade e de voluntários que se responsabilizam pela condução das turmas. A média de participação popular em cada um desses grupos é de 70 pessoas. As atividades regulares são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) e em outros espaços comunitários espalhados por todo o município.

PREFEITURA RECEBE PRÊMIO PELO LIAN GONG

O Lian Gong foi implementado na cidade de Suzano, de forma ordenada, em 1999 e desde o início tem o objetivo de promover a atenção aos usuários da rede municipal de saúde que fazem acompanhamento nos programas de hipertensão e diabetes. Essas doenças crônicas não-transmissíveis estão entre as principais causas de morte na cidade, acompanhadas das doenças cerebrovasculares e hipertensivas.

Em outubro de 2006, no entanto, o Lian Gong fez-se mais visível, quando a prefeitura foi uma das selecionadas pelo Ministério da Saúde para investimento na experiência da prática como forma de ampliação das ações de promoção de saúde no município. A cidade adquiriu recursos para serem utilizados especificamente no incremento de sua prática como incentivo à Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, com ênfase em práticas corporais e atividades físicas.



Criada em Fortaleza, há 20 anos, Terapia Comunitária chegará às Equipes Saúde da Família do Brasil, por meio de capacitação.

Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos

“O sofrimento não pode ser medicalizado com psicotrópicos, como geralmente é feito. É nesse contexto que nascem as práticas complementares”.

Adalberto Barreto, psiquiatra

Há 21 anos um advogado recém-formado de Fortaleza decidiu viver, trabalhar e lutar pelos direitos humanos dos moradores da favela do Pirambu. Sua história daria um livro, mas qual seria a relação dela com a saúde? “As pessoas chegavam até mim com as mais diversas queixas, inclusive aquelas relacionadas à saúde. Como não sabia o que fazer com essas, as encaminhava para o meu irmão Adalberto, que é psiquiatra”, relembra Airton Barreto.

Começava a surgir, assim, o Projeto Quatro Varas que hoje atende uma média de três mil pessoas por mês, originárias de praticamente todo o Brasil e de diversas classes sociais. “Ainda naquela época percebi que as pessoas trazem um sofrimento social e esse sofrimento a gente tinha de tratar, aqui mesmo, no Pirambu”, conta Adalberto Barreto.

Segundo ele, existe uma diferença entre doença e sofrimento, sendo que este pode preceder ou acompanhar uma patologia “o sofrimento não pode ser medicalizado com psicotrópicos, como geralmente é feito. É nesse contexto que nascem as práticas complementares”.

Para Adalberto, há uma rede de cuidadores na própria comunidade, “a comunidade nos oferta recursos valiosos por meio da sua cultura, que não cuidam da patologia, mas do sofrimento”. Ele fala da aliança entre os diversos cuidadores, “para mim, as práticas não podem perder o foco e passar a competir. Os médicos precisam entender que também são complementares para o tratamento do sofrimento e que eles estão lá para cuidar da patologia e nós do sofrimento. Os pacientes querem o remédio e o cuidado, e acredito que quando ultrapassamos a fase da competição e passamos para a complementaridade, temos uma síntese das ações para tratar as causas e isso é intervir nos determinantes da saúde”.



O PROJETO

Na sede do Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária – Quatro Varas – há dois espaços para as ações coletivas e um para as ações individuais, onde são feitas as massagens e outras atividades, além de um alojamento, farmácia de manipulação, escola para as crianças do bairro, salas administrativas e uma Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) – o recente convênio com a Prefeitura possibilitou que a unidade fosse construída no terreno do projeto. Esse mesmo convênio possibilitou que toda a Atenção Básica/Saúde da Família referencie seus pacientes para os tratamentos disponíveis no Projeto, como as terapias comunitária e da auto-estima, massagens, além de garantir remuneração para os profissionais do Quatro Varas.

A dentista da UBS/SF Quatro Varas, Jameire Machado Ferreira afirma que

as práticas desenvolvidas no projeto e dentro da UBS estão ligadas, “sempre contactamos o projeto e nossas atividades são todas feitas em parceria”. Segundo Jameire, a referência e contra-referência também são constantes.

Alessandra Tanimoto Barros, 37 anos, é uma das pacientes encaminhadas pela UBS/SF Quatro Varas, “eu estava com Síndrome do Pânico e não conseguia andar, até que uma amiga me trouxe ao médico. Não precisei de medicamentos, apenas de capim-santo, massagem e comecei a participar das terapias da auto-estima e comunitária. Hoje me sinto bem melhor, consigo tocar a vida normalmente”.

Para a massoterapeuta Maria Cléia Rodrigues, a Cleinha, os pacientes chegam precisando de muita ajuda, “a pessoa vem no fundo do poço e peço para olhar nos meus olhos e me responder por que o médico indicou esse tratamento”. Para ela a melhora é visível,



As ocas do espaço foram construídas com a ajuda e história de vida dos moradores e sua pedagogia de construção pode ser conhecida no site www.4varas.com.br.



“A Terapia Comunitária cria espaços de partilha dos sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde da população”.

Adalberto Barreto, psiquiatra



A UBS/SF Quatro Varas foi inaugurada em agosto de 2006 e possui uma Equipe Saúde da Família. A dentista Jameire Machado Ferreira é uma das componentes da ESF.

“vejo que as pessoas estão melhores e isso me prende aqui”. Segundo Cleinha, um dos grandes problemas observados é a depressão, “vem homens e mulheres com problema de perda, dependência de droga”. Ela diz, também, que a maioria dos pacientes são encaminhados por profissionais de saúde, “antes da parceria com a Secretaria de Saúde era diferente”.

Maria Celeste Moraes é uma dessas pacientes, que após a separação, passou a enfrentar a ansiedade e a baixa auto-estima, “o psicólogo me mandou para cá para relaxar, e todas as vezes que venho me sinto melhor, pois todos nos atendem com energia positiva e a gente sente que eles gostam. Devia ter mais gente trabalhando, mais atenção dos governantes”.

“Aqui, o ‘saber universitário’ e o ‘saber fazer’, unidos de forma complementar, estão a serviço das dinâmicas individuais e comunitárias”, diz o psiquiatra Adalberto Barreto. Para ele, o sucesso do projeto está na valorização dos recursos culturais locais e da

participação comunitária, bem como estar aberto à imprevisibilidade e à criatividade, e acreditar na competência do indivíduo, da família e da comunidade.

TERAPIA COMUNITÁRIA: PARTILHANDO SOFRIMENTO E SOLUÇÕES

A Terapia Comunitária (TC) surgiu há 20 anos no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC). Hoje está presente nos 27 Estados brasileiros e dispõe de 30 pólos formadores, os quais já treinaram 11.500 terapeutas comunitários.

A TC é centrada na reflexão do sofrimento causado pelas situações estressantes, “trata-se de criar espaços de partilha desses sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde destas populações”. Procura-se promover a saúde em espaços coletivos e deixar que a patologia seja tratada individualmente pelos especialistas, “os fatores estressantes só podem ser enfrentados com a força do

No espaço são feitas, em média, duas mil massagens por mês.



Na sessão de Terapia Comunitária, a presença dos alunos de psicologia da Universidade de Fortaleza. Hoje, o Quatro Varas serve de referência para diversas faculdades e cursos da cidade e região, recebendo constantemente a visita de acadêmicos de medicina, farmácia, psicologia, entre outros.

grupo no devido tempo, antes que degenerem em patologias, encarecendo o tratamento”, diz Adalberto.

A Terapia Comunitária valoriza as histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da auto-estima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais, ou seja, torna o indivíduo mais autônomo e independente. Para Adalberto, durante esses 20 anos a TC tem demonstrado ser um instrumento valioso de intervenção psicossocial na saúde pública; um espaço de acolhimento, de escuta, palavra e vínculo; além de configurar um espaço de atendimento em nível primário, permitindo que só afluam para os níveis secundários aqueles que, de fato, precisam, “a Terapia Comunitária não tem a pretensão de ser uma panacéia, nem de substituir os outros serviços da rede de saúde, mas sim complementá-los”.

Das situações-problema discutidas, 88,5% foi resolvida nas Terapias Comunitárias e apenas 11,5% necessitou de encaminhamento para a Atenção Básica/SF. Adalberto chama a atenção, ainda, para a ampliação do vínculo de apoio social que seus participantes passaram a contar: “um terço das pessoas aumentou a sua rede de apoio para serem acompanhadas aos serviços de saúde”.

Inserida na estratégia Saúde da Família, a Terapia Comunitária favorece a ampliação do vínculo entre profissional e comunidade; representa uma metodologia mais dinâmica, participativa e integrativa aos grupos de educação em saúde; fortalece a prática de auto-cuidado e co-responsabilidade da população quanto ao seu processo saúde-doença; favorece a composição do diagnóstico epidemiológico local e; redireciona a demanda de “sofrimento” que ocupa agendamentos da assistência para os grupos de TC.

“Tenho certeza de que muitos médicos, assim como eu, questionam a sua prática e buscam coerência nas suas ações, e a Saúde da Família faz isso”.

Airton Barreto, advogado



Para Adalberto Barreto, a prova de reconhecimento do trabalho está na recente parceria com o Ministério da Saúde e na visita da diretora da Organização Mundial de Saúde, Margareth Chang. Abaixo, Airton Barreto.



“A maioria das doenças é de nível psicológico e esse tipo de problema pode ser resolvido com tratamento natural, com massagem, terapia da auto-estima e outros”.

Jameire Machado, dentista da UBS/SF Quatro Varas

Foi levando em consideração todos esses benefícios que o Ministério da Saúde estabeleceu um convênio com a UFC/Quatro Varas para a capacitação de 1.100 profissionais das Equipes Saúde da Família em todo o Brasil ainda em 2008.

TC NA ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA

O Projeto de *Implantação da Terapia Comunitária na Rede de Assistência à Saúde do SUS* – elaborado em conjunto com a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (Abratecom) – pretende desenvolver nos profissionais da área da saúde e lideranças comunitárias as competências necessárias para promover as redes de apoio social na Atenção Básica. A proposta prevê a capacitação dos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família no sentido de prepará-los para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais, de forma a ampliar a resolutividade desse nível de atenção.

O curso de capacitação profissional será composto por 360 horas/aula, sendo que estão previstas 15 turmas com 70 profissionais de saúde, cada uma, distribuídas nas cinco regiões brasileiras e, preferencialmente, com participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes em municípios que apresentem, no mínimo, 70% de cobertura da estratégia Saúde da Família. O Projeto objetiva capacitar os profissionais na metodologia da TC para que possam utilizá-la em sua atuação nas comunidades, uma vez

que são as ESF que primeiro recebem e contatam com os problemas dessas populações.

A Terapia Comunitária, e suas ações complementares, incentiva a corresponsabilidade na busca de novas alternativas existenciais e promove mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento das pessoas.

A introdução da Terapia Comunitária no âmbito da ESF é considerada uma medida compatível, viável e coerente com os objetivos da estratégia. A terapia comunitária atua na formação de agentes comunitários e demais profissionais de saúde para uma escuta do sofrimento e das inquietações dos indivíduos, criando um ambiente de troca destas experiências entre os pares. Valoriza, ainda, as práticas populares, incorporando os conhecimentos em remédios feitos com plantas medicinais, práticas integrativas, massoterapias e todos os saberes que foram se acumulando ao longo da história pela população local.

Para Airton Barreto um dos méritos da estratégia Saúde da Família é o contato mais próximo com a população, “esta possibilidade de o médico sair do consultório, onde geralmente o ‘poder’ não é compartilhado e ir para a comunidade”. O advogado considera que a Saúde da Família possibilita uma nova forma de ver a saúde e a sociedade, “tenho certeza de que muitos médicos, assim como eu, questionam a sua prática e buscaram coerência nas suas ações, e a Saúde da Família faz isso”.

METODOLOGIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA

Situação-problema

“A situação-problema”, apresentada por alguém e escolhida pelo grupo, é o ponto de partida da terapia. O facilitador procura estimular e favorecer a partilha de experiências, possibilitando a construção de redes de apoio social.

A pergunta que desencadeia a reflexão é:

“Quem já viveu algo parecido e o que fez para resolver?”

A comunidade descobre que ela tem problemas, mas também tem as soluções. E aos poucos vai descobrindo que a superação não é obra particular de um indivíduo, de um iluminado, ou de um terapeuta, mas é da coletividade.

Algumas regras são pré-estabelecidas: não dar conselhos ou sermões, por exemplo, e, se necessário, interromper a narrativa da história com músicas, anedotas ou mesmo perguntas a fim de descontrair ou tirar eventuais dúvidas.

Temas mais frequentes levados para a Terapia Comunitária:

1. Estresse e emoções negativas 26%
2. Conflitos familiares 19,7%
3. Dependências : álcool e outras drogas 11,7%
4. Questões ligadas ao trabalho 9,6%
5. Depressão 9,3%
6. Rupturas dos vínculos sociais (Abandono, discriminação)
7. Violência 4,6%
8. Conflitos 3,6%
9. Outros 5,3%

POR QUE QUATRO VARAS?

Os moradores do Pirambu se reuniram para decidir um nome para a comunidade. Dentre várias sugestões, um senhor sugeriu Quatro Varas e justificou: segundo a lenda, há muito tempo, um homem já muito velho, perto de morrer, chamou seus quatro filhos e mandou que eles fossem à floresta e trouxessem uma vara cada. Quando eles chegaram, o velho pediu que cada um quebrasse sua vara, e eles o fizeram com a maior facilidade. Depois, o ancião amarrou-as com uma corda e mandou que os filhos tentassem quebrá-las novamente. Nenhum deles conseguiu e o velho lhe disse: meus filhos, eu não tenho riquezas nem bens para deixar a vocês. Apenas essa lição: enquanto vocês estiverem unidos, nada nem ninguém vai conseguir quebrá-los, separá-los. Mas se vocês se separarem, ficarão fracos.

As atividades da escola, mantida pelo Projeto Criança Esperança, envolvem ações de combate à dengue, higiene e saúde bucal. Todas incentivadas pela ESF vizinha.



FARMÁCIAS VIVAS: PLANTAS MEDICINAIS EM TODOS OS ESPAÇOS

O Programa Farmácias Vivas surgiu há quase 30 anos, quando o professor Francisco José de Abreu Matos, da Universidade Federal do Ceará (UFC), percorreu o interior do nordeste colhendo informações das plantas (e seu uso), levando-as ao laboratório para verificar a segurança do produto, e procurando a molécula e substância ativa para confirmar o relato da população. “É um resgate da informação farmacêutica da população. O professor Abreu Matos formulou a farmácia viva com o estado e sistematizou o conhecimento acerca das plantas, trabalhou nas periferias capacitando as pessoas para que cada comunidade pudesse ter sua farmácia”, conta Marize Girão, gerente da Assistência Farmacêutica e coordenadora do Programa.

O objetivo do Programa Farmácias Vivas é fazer com que a população receba orientações sobre como empregar corretamente as plantas medicinais e possa fazê-lo com segurança. Segundo Marize, a planta ainda é o tipo de medicamento mais utilizado pela população, “mas isso deve ser feito de forma racional”.

Além do horto de plantas medicinais que existe desde 1991, o Programa conta com a oficina farmacêutica, que atua desde a orientação até a produção dos medicamentos, “e daqui vai para as Unidades Básicas de Saúde”. De acordo com Marize, das plantas elencadas pelo professor Abreu Matos, grande parte resolve muitos dos problemas de saúde encontrados na Atenção Básica levando em conta segurança, aspectos físicos, entre outros, “as pessoas não sabem reconhecer quais plantas são realmente medicinais e isso representa um risco à saúde”.

Marize Girão considera um avanço a inserção da fitoterapia na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, “mas precisamos ir além”. Para o secretário de Saúde de Fortaleza, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, as farmácias vivas são uma política, na qual existe a integralidade das ações dos serviços de saúde com suas culturas, raízes, “não podemos negar seu papel de integração e certificação cultural”. O secretário chama a atenção para a necessidade da construção de uma cultura da integralidade, “não é só a redução de custos, mas, principalmente, a humanização”.



À exemplo da Escola Municipal Herondina Lima Cavalcante, hoje, diversas Unidades Básicas de Saúde e espaços públicos do Estado e do Brasil contam com hortos e têm acesso a informações sobre as plantas cultivadas.



Nina Tereza Brina, com o paciente Gustavo e sua mãe Irismar.

Embora ainda pouco conhecida, a medicina antroposófica existe no Brasil desde o final dos anos 50 do século passado e conta com aproximadamente 300 médicos certificados pela Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. Deste universo, apenas um pequeno número atua no SUS.

Segundo Nina Tereza Brina, médica antroposófica de Belo Horizonte, a Antroposofia “busca compreender todas as nuances das relações entre o ser humano e o universo.

Medicina antroposófica a serviço do ser humano

Em Belo Horizonte as medicinas antroposófica e alopática andam lado a lado

Na capital de Minas Gerais, a medicina antroposófica está inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1994, pelo Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA). Atualmente são 17 homeopatas, 10 acupunturistas e dois médicos antroposóficos que atendem em 21 Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e em uma unidade mista. Foi no PRHOAMA, no ano de sua criação, que foi realizado o primeiro concurso público no Brasil para a inserção do médico antroposófico na rede pública de Atenção Básica, Nina Tereza Brina é um desses profissionais.

Esse programa nasceu a partir da mobilização, organização e envolvimento de alguns médicos da rede municipal de Belo Horizonte com formação nas práticas não-alopáticas. Hoje constitui-se em um importante exemplo de insitucionalização das práticas integrativas. É oferecida uma proposta de abordagem para todos os problemas de saúde, ainda que sejam tomadas apenas como terapia complementar, aliada a outros métodos terapêuticos.

Na verdade, não é preciso estar doente para procurar um médico antroposófico, o que faz com que o PRHOAMA alcance a

marca de cerca de 1.400 consultas/ano. Contudo, segundo Nina, esse número ainda é incipiente frente a vasta população da capital mineira (mais de 2,2 milhões de pessoas, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, do Censo 2004). Apesar de já existir há mais de 14 anos, o PRHOAMA ainda é uma iniciativa pouco conhecida e utilizada na cidade, dada “a quantidade de profissionais que é muito pequena”, coloca a médica, “nosso objetivo de que consigamos ter pelo menos um médico antroposófico em cada um dos nove distritos sanitários de saúde de Belo Horizonte. Nossa meta está reforçada desde

2006, com a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, por parte do Ministério da Saúde, e agora a tendência é que iniciativas, em todo o país, como o próprio PRHOAMA, tenham suas forças redobradas”.

O PRHOAMA é também a forma legal de inserção destes profissionais na Atenção Básica, a exemplo da própria Nina, que destaca: “como médica antroposófica eu faço parte de uma equipe de apoio. Acho que o melhor local para um profissional com minha formação é justamente na Saúde da Família, pois têm em comum essa visão da saúde como um todo no indivíduo, e isso inclui a família em que essa pessoa está inserida”.

Além da medicina antroposófica, o PRHOAMA oferece à população do município as práticas de acupuntura e homeopatia. O acesso dos cidadãos a essas práticas se dá por referenciamento das UBS/SF e encaminhamento de profissionais, bastando procurar a unidade de saúde à qual o usuário está vinculado e solicitar uma guia de referência e a orientação a qual das 21 Unidades Básicas do programa deverá se dirigir, não necessitando passar pela consulta médica.

O CAMPO DE TRABALHO

Na capital de Minas Gerais, na Unidade Básica de Saúde Pilar, região do Barreiro, a presença de uma médica antroposófica, no caso Nina, traz mais uma alternativa de atendimento na Atenção Básica para o usuário do Sistema Único de Saúde.

A UBS Pilar, com três Equipes Saúde da Família, atende a um público de cerca de oito mil pessoas, numa área historicamente marcada como uma das menos favorecidas economicamente da capital mineira.

“A gente faz o diagnóstico do corpo astral e do corpo anímico (o corpo da alma, das emoções, das tentações, como a pessoa está e como está lidando com essa vitalidade e aceitando esse corpo físico”, explica Nina Tereza, que completa: “analisamos as principais partes do corpo: a cabeça, onde



Juliana Santos, médica da UBS/SF

Fachada da UBS/SF Pilar, Belo Horizonte.



está o pensar; o tórax, onde está o sentir e o abdômen, onde está o querer, o agir.”.

Nina, que tem a Pediatria como primeira especialidade, diz ter se interessado pela antroposofia por não encontrar respostas na medicina alopática a várias questões do desenvolvimento da criança.

VISÃO AMPLIADA NO MOMENTO DA CONSULTA

A consulta médica antroposófica possibilita a identificação das dimensões mais sutis do ser humano e dos desequilíbrios nelas instalados. Estas dimensões imateriais vão desde a vitalidade do organismo até a organização da individualidade, que são estudadas como “corpos”. Assim, além do diagnóstico clínico convencional, busca-se um “diagnóstico antroposófico”, incluindo a caracterização do estado de funcionamento, amadurecimento e harmonia das diversas dimensões e suas inter-relações. Uma informação simples e padronizada como a idade do paciente permite ao profissional realizar uma leitura do momento de vida dos possíveis problemas a partir de uma abordagem biográfica. Do mesmo modo, aspectos como a constituição física, o sono, o apetite e as reações emocionais ajudam a caracterizar a relação entre essas dimensões e situar os desequilíbrios.

A abordagem biográfica da medicina antroposófica, coloca Nina, “leva em consideração o conceito dos setênios, que são períodos do desenvolvimento

humano organizados em ciclos de sete anos. O cuidado oportuno durante os três primeiros setênios de vida são considerados fundamentais, pois servirão como base para a saúde física, emocional e espiritual de toda a vida. Ao nascer, o corpo físico está pronto, então a vida de uma criança de 0 a 7 anos é voltada para o fortalecimento da vitalidade dos órgãos, para o crescimento e desenvolvimento”. Nesse período a criança precisa vivenciar que “o mundo é bom”. Depois, dos sete aos 14 anos, é o momento do segundo setênio, durante o qual afloram os sentimentos, as sensações e a percepção artística. Nesse período a criança deve vivenciar que “o mundo é belo”. A partir dos 14, com a adolescência, começam as mudanças no corpo e o amadurecimento da individualidade e da sexualidade. O jovem busca sua identidade e seu caminho no mundo. Nesse momento, deve vivenciar que “o mundo é verdadeiro”. As demais fases da vida refletirão sempre estes três ciclos iniciais.

NA PRÁTICA, UM EXEMPLO

Um dos pacientes de Nina é Gustavo Henrique Alves da Silva, de 11 anos, que desde o nascimento convive com alergias e bronquite. Após várias tentativas de tratamento alopático foi encaminhado à medicina antroposófica. Nina faz todo o tratamento de Gustavo utilizando medicamentos diluídos e dinamizados. A mãe de Gustavo, Irismar Alves da Silva, diz

que, desde que começaram a freqüentar as sessões, vem mudando o próprio modo de lidar com filho, “o tratamento se baseia também em conversas, muitos dos sintomas vem do comportamento de Gustavo e da forma que nós lidamos com isso, com as briguinhas com o irmão... tudo isso reflete na saúde dele. Então as consultas com a Nina me fizeram enxergar que ele é uma pessoa normal, como qualquer um, e os remédios ajudaram bastante também”, pondera Irismar.

EQUIPE POR DENTRO DO ATENDIMENTO ANTROPOSÓFICO

Para a Agente Comunitária de Saúde (ACS) Cláudia Maria da Glória Martins, há mais de dois anos na UBS/SF Pilar, “esse tipo de atendimento e tratamento supre uma carência observada pela Equipe Saúde da Família, no dia-a-dia de trabalho”. Atendo mais de 970 pessoas em minha área e quando chego à casa das pessoas, em pouco tempo estão nos relatando suas vidas, seus problemas e como, às vezes, elas não conseguem lidar com esses problemas e como isso afeta sua saúde. Muitas dessas pessoas eu procuro encaminhar para uma ajuda mais qualificada, como a oferecida pela medicina antroposófica, que enxerga o ser humano como um todo”, completa a ACS.

Dentre esses pacientes citados por Cláudia Maria, ela observa mudanças “nas crianças, com melhora no rendimento escolar. Com esse atendimento baseado no diálogo, muitas vezes as pessoas se abrem de uma forma que não fariam em uma consulta com um médico clínico. As pessoas não têm coragem de dizer, por exemplo: – ‘Eu não vivo bem com meu marido’. E aí, a gente sabe, que podem estar algumas causas de muitos problemas”.

Um desses casos, de pessoas cujos problemas emocionais ou psíquicos



A usuária da unidade Luciana Ramos de Souza e Agente Comunitária de Saúde Cláudia Maria.

interferem na saúde e na condução da vida cotidiana, é o da diarista Luciana Ramos de Souza. A jovem diz sentir, há cerca de três anos, fortes dores de cabeça que nem mesmo medicamentos alopáticos foram capazes de combater.

“Na consulta com a doutora Nina eu pude perceber que a causa de minhas dores é de ordem emocional. Da minha falta de contato com meu pai, que há anos não vejo. Me vejo acordando à noite depois de ter sonhado com ele, sem saber se está vivo, se está bem, isso me angustia e me atrapalha no dia-a-dia porque fico nervosa à toa, chorando muito, irritada. Desde que descobri isso e passei a tomar os medicamentos indicados minhas dores diminuíram muito. Tenho ficado mais calma, mais centrada e estou podendo cuidar melhor da minha família e trabalhar com mais tranquilidade”.

TRABALHO CLÍNICO INTEGRADO

O trabalho de Nina e do restante dos profissionais inseridos na UBS/SF Pilar é marcado pelo constante diálogo. A médica Juliana Santos trabalha em conjunto com Nina, encaminhando pacientes que tenham, em geral, queixas clínicas relacionadas a doenças infecciosas de repetição “e aqueles

pacientes que têm doenças associadas e precisam de uma abordagem mais elaborada como, por exemplo, um diabético. Então a gente faz junto a abordagem do paciente para ele mesmo se abrir e ficar com a cabeça bem mais tranquila”, explica.

Juliana afirma que, “mesmo aqueles pacientes em que o tratamento alopático vem surtindo resultados positivos, ainda assim, se beneficiam da medicina antroposófica, uma vez que essa traz um tratamento menos agressivo ao organismo e usa um outro tipo de medicação, com redução de efeitos colaterais”.

No entanto, Juliana afirma que a rede da cidade ainda é pouco provida de médicos antroposóficos, “eu trabalho numa unidade com essa facilidade, mas observo em profissionais de outras unidades queixas com relação a isso. Eles conhecem, mas fica menos evidente a possibilidade de auxílio”. Uma dessas possibilidades de tratamento, exemplifica Juliana, “se dá com pacientes com sofrimentos psíquicos, que têm receio de iniciar o tratamento com medicamentos psiquiátricos, tem estigma e às vezes preferem tentar uma terapêutica mais leve, mais natural, antes de iniciar com medicamentos mais agressivos”.

Na cidade de São João Del Rei, famosa por seu acervo histórico e sua arte barroca, a 200 quilômetros de Belo Horizonte, Minas Gerais, a medicina antroposófica fez tanto sucesso entre os moradores quanto outras tradições mineiras.

João Del Rei prova que tradição é uma conquista e luta por manter a medicina antroposófica

São João Del Rei conta, atualmente, com 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que destas, oito trabalham com a Saúde da Família. Os planos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) são de expandir a estratégia para todas as 22 UBS da cidade.

“Temos atualmente 33,3 % da população coberta pela Saúde da Família, e o interesse e aceitação tem sido tamanho que em alguns bairros onde ainda não está implantada, diversos moradores estão migrando para outras regiões da cidade que já contam com a estratégia”, revela Mara Márcia Assis Costa, coordenadora da Saúde da Família na cidade com uma população de aproximadamente 83 mil pessoas, das quais 27.500 estão cobertas pela Saúde da Família.

Segundo a coordenadora, é comum relatos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que afirmam encontrar famílias em casas onde antes não havia ninguém e que relatam terem se mudado para ter acesso ao “plano de saúde da família” - forma como muitos moradores da cidade se referem à estratégia.

INÍCIO DOS TRABALHOS EM 2002

Nesse contexto, em 2002, a convite da SMS, o médico antroposófico Paulo Maurício se transferiu para a cidade e



Na foto, com o médico antroposófico, Paulo Maurício (ao centro, de branco), diversos usuários da UBS/SF Tejuco.

iniciou, na UBS/SF Tejuco, o atendimento. Contudo, o trabalho só foi realizado até 2007 e, hoje, espera por definições e consensos entre o profissional e a Secretaria Municipal de Saúde.

A medicina antroposófica introduziu uma forma de pensar o processo saúde-doença, para os usuários da Atenção Básica. Visto como inovador e revolucionário, esse “novo” modo de fazer e entender a saúde figura entre uma das “instituições” da cidade, que os usuários se uniram para defender.

Para conhecer o porquê desse processo, deve-se entender as proporções que o atendimento antroposófico tomou na cidade e o grau de aceitação que obteve.

A auxiliar de enfermagem Clara Maria de Carvalho, trabalha na Atenção Básica em São João Del Rei desde 2003, e diz conhecer o trabalho de Paulo Maurício há 11 anos, “a partir do acompanhamento de pacientes do Paulo, eu pude perceber o quanto essa medicina é diferente, não visa só a parte física. Vendo a pessoa como um todo, os resultados

são muito expressivos". Clara fez cursos de especialização na área e destaca: "nosso objetivo é justamente o de levar a antroposofia a todos, independente de classe social".

Já a ACS Rosângela Auxiliadora de Moura trabalhava na UBS/SF do Tejuco antes mesmo da chegada da medicina antroposófica, e faz uma comparação entre os dois modelos vivenciados na unidade: "antes a gente não trabalhava com ervas e tinha muita gente que tomava antidepressivo; depois da chegada do Paulo Maurício e da Clara, com essa medicina nova, diminuiu muito o número de remédio e o número de pessoas com depressão e as que eram medicadas passaram a tomar o remédio natural, de fitoterapia". Outro diferencial para Rosângela era a manutenção da horta, na própria unidade "a gente plantava, fazia a adubação orgânica, sem nenhum agrotóxico, e fazia a colheita das ervas, que viravam chás e xaropes".

A MEDICINA ANTROPOSÓFICA EM SÃO JOÃO DEL REI

Paulo Maurício tem formação em Medicina Geral e Comunitária e trabalhou, por alguns anos, em Petrópolis-RJ, onde teve contato com diversas tradições regionais de preparo de chás, manipulação de ervas, banhos etc., "aprendi com eles uma forma

mais espiritualizada de lidar com a saúde e nesse sentido procurei a medicina antroposófica", conta.

Para se formar nesse campo, o médico cursou, por quatro anos, a especialidade de medicina antroposófica oferecida pela Clínica Tobias, ligada à Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. Depois dos anos passados em São Paulo, o médico decidiu viver em uma cidade menor, onde além da qualidade de vida, procurou por um lugar onde seu trabalho pudesse fazer diferença na vida das pessoas, "com o desenvolvimento do nosso trabalho na cidade, fundamos um grupo de estudos sobre medicina e pedagogia antroposófica, a Associação Johanan, que tem como objetivo levar a antroposofia para o conhecimento popular".

Dentre os recursos terapêuticos utilizados pelo médico junto à população, destacam-se os recursos de fitoterapia e homeopatia.

Além destes, os profissionais de saúde envolvidos com a medicina antroposófica, tratavam crianças com baixo peso e adultos convalescentes com o banho nutritivo. Segundo Paulo Maurício, os resultados obtidos com essa técnica possibilitaram a muitas crianças sair da faixa de desnutrição; a técnica também é utilizada em adultos, onde troca-se o banho por enfaixamento com compressas imersas na composição nutritiva.

RELATOS DE CASOS BEM-SUCEDIDOS

Os relatos dos benefícios obtidos pelos usuários da UBS Tejuco, na época em que tiveram acesso à medicina antroposófica são muitos.

O aposentado José Pontes sofreu uma queda há três anos e, segundo ele, o médico que o atendeu inicialmente quis operá-lo. Preocupado com a cirurgia, José procurou pelo doutor Paulo, que lhe ofereceu uma outra opção de tratamento, baseada em aplicações da cataplasma de argila e medicamento antroposófico. Após três meses do início desse tratamento, o aposentado voltou ao primeiro médico, que então descartou a necessidade da operação, recomendando entretanto, um acompanhamento fisioterápico e indicando ginásticas específicas. Outro aposentado atendido por problemas nas pernas é Rubens do Sacramento, mas dessa vez o problema era uma artrose coxofemural, "não conseguia andar direito, por conta da dor constante", relata Rubens. A ele foi oferecida, também, aplicação de cataplasma de argila, arnica e erva de São João, "hoje ando com desenvoltura", diz Rubens.

Margarida Rocha Nascimento, dona-de-casa, queixava-se muito de depressão, conta a auxiliar de enfermagem, Clara Carvalho, "ela chegou até nós tomando



Preparo e aplicação do cataplasma de argila.



muita medicação, antidepressivo e remédios para dor, por causa de problemas na coluna cervical”, conta a auxiliar. Depois de três meses de tratamento, relata Margarida, a melhora foi visível, “eu melhorei muito mesmo, não sinto mais aquela tristeza que eu sentia antes e eles (os profissionais da antroposofia) diminuíram muito a carga de remédios que eu tomo e, hoje, só uso medicamentos mais naturais, feitos das ervas”.

BATALHA PARA REAVER O TRABALHO

Margareth Almeida Teodoro, dona-de-casa, afirma que depois de anos tratando com eficiência do reumatismo e da pressão alta, após a saída da medicina antroposófica voltou a tomar os remédios. Ela lidera um grupo popular que pede, junto à Secretaria Municipal de Saúde a regulamentação e volta de Paulo Maurício à Saúde da Família, “a campanha de minha casa toca dia e noite com pedidos, não só daqui do Tejuco, mas de outros bairros também, pela volta do atendimento antroposófico”.

Esses casos ilustram não só a aceitação dos usuários da unidade, como a sobrecarga de trabalho do médico antroposófico devido a intensa procura por suas consultas, inclusive de usuários de outras UBS. “A idéia então discutida junto com a Secretaria Municipal de Saúde, foi a de sairmos de uma UBS e formarmos um Núcleo de

Mara Márcia Assis Costa, coordenadora da Saúde da Família, coloca que o projeto da SMS é expandir a estratégia Saúde da Família para todas as 22 UBS do município.



Cláudio Reis, secretário municipal de Saúde, sugere como uma das soluções para a viabilização das práticas integrativas nos municípios a aprovação imediata da Emenda 29, “isso tornaria mais igualitária a distribuição de recursos e daria uma contra-partida aos municípios que atualmente arcam com praticamente todas as despesas da saúde”, coloca.

Referência em Medicina Antroposófica, esse núcleo seria referência, sobretudo para as Equipes Saúde da Família”, conta Paulo Maurício.

O secretário de saúde, Cláudio Reis, ressalta que procura uma alternativa viável para dar prosseguimento ao serviço na cidade e diz “estamos atentos à cobrança da comunidade para a volta do atendimento antroposófico”.

A Antroposofia foi desenvolvida na Europa, no século XX, e segue os preceitos criados pelo filósofo austríaco Rudolf Steiner (1861 – 1925). É uma forma de se olhar para o ser humano – corpo, alma e espírito – e a partir desse conceito, o da Ciência Espiritual, pode-se atuar em várias áreas práticas de nossa vida cotidiana. Temos então aplicações na pedagogia (metodologias Waldorf e curativa), artes, sociologia, economia, gestão empresarial e tantas outras, dentre elas, a medicina antroposófica. Esta surgiu a partir do questionamento: – Como seria o entendimento dos processos saúde-doença e desenvolvimento-envelhecimento considerando o ser humano como um todo complexo, composto por dimensões sutis, não materiais?

A medicina pelo olhar da Antroposofia

A medicina antroposófica surgiu na Europa, no século XX. A médica holandesa Ita Wegman (1874 – 1943) desenvolveu os primeiros fundamentos desta visão médica ampliada a partir de diálogos com o filósofo austríaco Rudolf Steiner.

Embora a medicina antroposófica seja uma prática exclusivamente médica, o trabalho na saúde é realizado de maneira conjunta, interdisciplinar com outros profissionais tais como: massagistas rítmicos, terapeutas artísticos, eurytmistas e psicólogos, todas essas consideradas terapias antroposóficas ou ampliadas pela Antroposofia. Quanto aos medicamentos, são semelhantes aos homeopáticos, ou seja, diluídos e dinamizados, variando porém, quanto ao processo de elaboração e indicação. Além de clínicos e pediatras que ampliam sua prática com os conhecimentos da Antroposofia, há também especialistas das áreas de ginecologia, reumatologia, cardiologia, pneumologia, psiquiatria e oncologia. Atualmente, essa modalidade se faz presente em mais de 40 países.

Na capital do Espírito Santo a fitoterapia encontrou na Secretaria Municipal de Saúde uma aliada para levar à população medicamentos naturais e uma alternativa a mais de saúde para as famílias capixabas.

Vitória: Fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde



Numa pesquisa realizada pela Prefeitura Municipal de Vitória, ainda no ano de 1990, um dado muito peculiar do cotidiano da vida dos capixabas foi levantado: no universo de mil famílias entrevistadas, 95% afirma ter o costume de utilizar, em casa, plantas medicinais *in natura* e chás para tratar algumas patologias, antes de procurar o atendimento médico. Gripe, resfriado, dispepsia e verminoses são algumas das queixas mais comumente tratadas pelas pessoas da cidade.

Outra pesquisa realizada, segundo a médica Henriqueta Tereza do Sacramento, foi junto aos profissionais da rede municipal de saúde, onde foi observado que dos 44 médicos entrevistados, 61,3% tinha o interesse em prescrever medicamentos fitoterápicos aos seus pacientes. De posse dos dados da pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou o Programa de Fitoterapia em Vitória, conforme relata Henriqueta, coordenadora do programa.

OPÇÃO AOS USUÁRIOS DO SUS

Henriqueta ressalta que a justificativa para a implementação do programa “é a integração dos conhecimentos a respeito das plantas medicinais, aproveitando esta prática milenar e transformando-a numa opção terapêutica, segundo critérios clínicos e farmacológicos”.

Contudo, o programa só veio a ser institucionalizado em 1996 e, nesse mesmo ano, foi inaugurada na cidade a Farmácia Artesanal de Fitoterápicos.

A farmácia passou então a trabalhar com diversas plantas medicinais, de forma artesanal, oferecendo aos usuários da Atenção Básica medicamentos naturais de grande aceitabilidade e com menos riscos colaterais. A partir de 1998, com a implantação da estratégia Saúde da Família em Vitória, a dispensação desses medicamentos passou a ser feita nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mediante a prescrição de médicos e enfermeiros da estratégia.



O engenheiro agrônomo da prefeitura e uma ACS acompanham uma moradora inscrita no projeto "Cultivando Saúde – Horta em Casa".

Por intermédio da Comissão Municipal de Fitoterapia foi aberta uma discussão a respeito do que seria produzido e a partir de quais plantas e, a partir daí, os medicamentos foram incluídos na Relação Municipal de Medicamentos (Remune).

A farmácia funcionou no município até 2004, quando então a prefeitura optou pela aquisição dos medicamentos industrializados, por meio de licitações.

EQUIPE CAPACITADA

A SMS oferece aos profissionais de saúde da Atenção Básica/Saúde da Família cursos de capacitação em fitoterapia. Disponível para médicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o curso, com 12 horas de duração, vislumbra desde a manutenção da planta (sua plantação, adubagem, cortes e colheita) até o processamento de chás e remédios caseiros, bem como suas diversas aplicações.

O curso se divide em: levantamento do uso tradicional através de visitas domiciliares; identificação botânica das

espécies mais citadas; noções de farmacologia e farmacognosia; preparo de formas caseiras; toxicidade; noções de vigilância sanitária; indicações e contra-indicações. Para médicos e enfermeiros, profissionais qualificados a prescrever medicamentos são incluídos os aspectos legais e a prescrição de fitoterápicos produzidos no laboratório municipal e contidos no Remune.

Claudete Freitas, ACS da estratégia Saúde da Família há sete anos, é uma das profissionais que passaram pelo curso. Na Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) Jardim da Penha, onde atua, Claudete é tida como a "madrinha" da horta cultivada na unidade, "uma coisa que sempre procuramos alertar às pessoas que nos procuram é que mesmo sendo um tratamento natural é preciso não exagerar no uso, mesmo as plantas podem ter efeitos colaterais", coloca, a ACS, que participa regularmente de cursos de reciclagem na área.

O cuidado com a horta é compartilhado com as outras ACS da

Unidade, como Cinira Stler, que afirma que um papel importante dos agentes junto à fitoterapia na cidade é o de serem facilitadores junto às pessoas da comunidade, "a unidade, regularmente, promove oficinas para as pessoas do bairro, onde ensinamos o uso das plantas, a forma correta de plantar, de armazenar e de como preparar alguns chás, fáceis de fazer em casa", revela a ACS.

Claudete completa reforçando que é muito comum as pessoas da região terem esses tipos de plantas em casa, "então temos que redobrar nossa atenção com essas pessoas, que muitas vezes compram mudas em mercados abertos, sem ter a noção exata da procedência, se são plantas saudáveis. Nesses casos a gente procura dar orientações".

O engenheiro agrônomo da prefeitura de Vitória, Geneilsimar dos Santos Ferreira, que dá suporte técnico às diversas UBS/SF que mantêm hortas, destaca que há uma preocupação e todo um trabalho voltado não só para a

A direita, Henriqueta Sacramento, coordenadora do Programa de Fitoterapia de Vitória, durante as atividades do Curso de Fitoterapia, junto aos profissionais da Atenção Básica.



A ACS Claudete cuidando da horta da UBS/SF Jardim da Penha



manutenção adequada das hortas das unidades, mas “sobretudo temos um cuidado muito grande na aquisição das mudas que utilizamos. Temos um horto municipal, onde cultivamos diversas plantas em condições apropriadas, que serve como fornecedor tanto para as UBS como para outros órgãos da administração, como escolas, por exemplo”.

HORTA EM CASA

A prefeitura constatou diversas casas da cidade com quintais e terreiros abandonados, com poucas condições de higiene e, inclusive, com focos em potencial de procriação de animais, como escorpiões e ratos e de proliferação do tão temido *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue.

A partir desse levantamento, expõe Geneilsimar, vem sendo desenvolvido

na cidade o projeto “Cultivando Saúde – Horta em Casa”, para o qual ele também dá suporte técnico: “Aliamos o combate a possíveis doenças com a promoção da fitoterapia. A prefeitura entra com a terra, com as mudas e a assistência técnica para a implantação; a contrapartida do morador é a irrigação das hortas. Paralelo a isso, há todo um trabalho feito pelos profissionais das UBS (ACS), junto aos moradores, que ensinam a preparar as plantas para melhor aproveitá-las.

Segundo o engenheiro, esse projeto existe desde meados de 2004, e para algumas famílias tornou-se também uma fonte de renda, visto que muitas vendem o excedente da produção. “É interessante também observar que muitas pessoas desenvolvem a horta em terrenos que não são seus. Elas observam que o vizinho tem um terreno abandonado e pedem para implantar a horta lá, se responsabilizando por ela, o que acaba sendo bom para ambos”.

A enfermeira da UBS/SF Jardim da Penha, Diana Assis Mendes, salienta que apesar de muitas pessoas gostarem de cultivar as plantas em casa, há muitas outras que já procuram pelo fitoterápico na unidade, quando médico ou enfermeiro o prescrevem, “procuramos manter nossa farmácia sempre abastecida de medicamentos tanto alopáticos, quanto fitoterápicos, dando essa possibilidade de escolha ao usuário”, informa Diana. A enfermeira conta que esta modalidade terapêutica é tão difundida na cidade que mais de 110 médicos em toda rede da Atenção Básica prescrevem com frequência esses medicamentos.

Com esses médicos, foi feita uma pesquisa em 2003, pela SMS, acerca da

A ACS Claudete Freitas, a enfermeira Diana Assis Mendes e o engenheiro agrônomo Geneilsimar dos Santos Ferreira, juntos à horta da UBS/SF Jardim da Penha.

satisfação com o uso dos fitoterápicos, o que resultou em indicadores expressivos: 70% considerou bons os resultados obtidos; 54% se disse satisfeito com a fitoterapia; 93% considerou boa a aceitação dos usuários e dentre os motivos que levaram à essa satisfação, 19% apontou a possibilidade de substituir tratamentos convencionais; 13% apontou os bons resultados; 9% a procura, por parte da comunidade; 8% a qualidade dos medicamentos e, por fim, outros 8% apontaram, também, a dedicação da coordenadoria.

DIA-A-DIA DO TRABALHO

A coordenadora do Programa de Fitoterapia de Vitória, Henriqueta Sacramento, observa que desde 1997 houve um crescimento de 110% no número de receitas atendidas por fitoterápicos e de 400% no número de UBS que dispensam esses medicamentos. Só no ano de 2002 foram dispensados 16.918 frascos, num universo de 11.138 receitas atendidas na cidade.

Contudo, conclui a coordenadora, trabalhar com esse tipo de medicamento não é fácil, “temos cerca de 5% de toda a prescrição de remédios da cidade composta por medicamento fitoterápico. É uma quantidade enorme de produtos que temos que dispensar todos os meses. Temos uma dificuldade, no âmbito nacional em conseguir matéria-prima vegetal seca, pois não temos grandes centros de distribuição no país. Por exemplo, aqui em Vitória, uma cidade com 84 km², não temos um espaço adequado para o cultivo de ervas medicinais, nosso horto restringe-se a alguns tipos de plantas e sempre nos deparamos com a dificuldade na

aquisição dessa matéria-prima”, revela a coordenadora.

Para tal aquisição, a prefeitura lança licitações e, junto a elas, uma série de exigências, como: laudo do instituto agrônomo, ausência de resíduos tóxicos, identificação botânica da planta, alvará de funcionamento da vigilância sanitária do local onde foi cultivada, “tudo isso é de extrema importância para nos certificarmos da qualidade do produto que chega às Unidades Básicas de Saúde, da

qualidade do medicamento que chega ao usuário do SUS”, ressalta Henriqueta. Entretanto, todas essas exigências, segundo a coordenadora, fazem com que poucas empresas consigam vender para Vitória.

Com relação à reabertura do laboratório de fitoterapia, Henriqueta se posiciona: “Estamos procurando atualmente um local adequado para a construção de um novo laboratório na cidade, o que tínhamos não comportava mais a demanda”.



Nas farmácias das UBS/SF de Vitória o usuário pode encontrar os seguintes fitoterápicos, previstos no manual municipal do uso de plantas medicinais:

- Calêndula (*Calendula officinalis L.*) – propriedades antiinflamatória, anti-séptica, cicatrizante e antiespasmódica;
- Camomila (*Matricaria recutita L.*) – antiespasmódica, carminativa, antiinflamatória e anti-séptica;
- Carqueja (*Baccharis trimera Mart.*) – antiúlcera, antiácida, hepatoprotetora, leve ação diurética e flavonóides;
- Erva Baleeira (*Cordia verbenaceae D.C.*) – protetora da mucosa gástrica e antinflamatória;
- Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia mart.*) – aumenta a proteção sobre a mucosa gástrica aumentando o volume e pH da secreção gástrica;
- Guaco (*Mikania giomerata Spreng.*) – Broncodilatadora, antiinflamatória, antitussígena, promove relaxamento dos músculos lisos do intestino e útero;
- Melissa (*Melissa officinalis L.*) – sedativa suave, analgésica e antiespasmódica;
- Mentrasto (*Ageratum conyzoides L.*) – analgésica e antiinflamatória em artrose e reumatismos;
- Mil-Folhas (*Achillea millefolium L.*) – antipirética, antiespasmódica, antiinflamatória e antibacteriana moderada;
- Mulungu (*Erythrina mulungu*) – seus alcalóides causam bloqueio neuromuscular e relaxamento dos músculos lisos, agindo como depressores;
- Passiflora (*Passiflora edulis*) – age como depressor do sistema nervoso central, devidos à ação de seus alcalóides, ação sedativa e tranqüilizante;
- Quebra-Pedra (*Phyllanthus niruri*) – ação miorelaxante, antiespasmódica e analgésica;
- Tanchagem (*Plantago major L.*) – antiinflamatória, adstringente, taninos, antialérgica, inibe a formação de leucotrieno e cicatrizante de feridas.

Por cerca de um ano a pequena cidade de Rodrigues Alves, no extremo-norte do Acre, experimentou os benefícios de um tratamento complementar tão consolidado no mundo oriental e ao mesmo tempo tão novo para essa região do país.

Acupuntura e fitoterapia no acompanhamento do Climatério



Em março de 2005, com um quadro de diversas mulheres sofrendo pelo acometimento dos sintomas da *Síndrome Climatérica*, o médico Rogério de Souza Loredó chegou para atuar na estratégia Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde Padre Teodoro Arnds, "logo que iniciamos o trabalho aqui, constatamos que um número elevado de pacientes do sexo feminino com idade igual ou superior a 38 anos apresentava os sintomas típicos do climatério". Segundo Rogério, a maioria dessas pacientes evidenciava este complexo sintomatológico associado a doenças crônicas não-transmissíveis, como a diabetes tipo II, hipertensão arterial, obesidade e doenças reumáticas.

Climatério

O Climatério é a fase da vida da mulher na qual ocorre a transição do período reprodutivo (ou fértil) para o período não reprodutivo. Surge entre oito e quatro anos do início da Menopausa – período onde a mulher deixa de menstruar. Com a diminuição dos hormônios sexuais produzidos pelo ovário, sobretudo os estrogênios, a mulher sente alterações no organismo de forma global: os sintomas são de ordem emocional, psicológica, cardiovascular, osteomioarticular, neurológica, sexual, entre outros. Embora, na maioria das mulheres se manifestem as *ondas de calor*, a intensidade dessas varia muito de um indivíduo para outro. Por serem muitas as queixas de pacientes nesse período da vida adotou-se chamá-la de *Síndrome Climatérica*.

É comum as mulheres apresentarem graus de irritabilidade, ansiedade, diminuição do humor, tendência à tristeza e à depressão, enfim, uma falta de entusiasmo pela vida. Dentre efeitos físicos apresentam palpitações, insônia, dores no corpo, sensação de formigamento etc.

"Devido à complexidade do tratamento, quando existem tais associações em um mesmo paciente, optamos por fazer uma triagem e constituir um grupo de dez pacientes a fim de iniciar uma intervenção integral, contínua e sistemática. Para isso, nos propusemos a por em prática o que preconiza o Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares", declara o médico, que dentro de sua formação profissional utilizou para o tratamento dessas pessoas os recursos da acupuntura, fitoterapia e massagem.



A Secretaria Municipal de Saúde de Rodrigues Alves e a UBS dividem o mesmo espaço. Frente aos problemas financeiros da pequena cidade do Norte do Acre, essa foi uma das soluções encontradas para minimizar gastos. Na página ao lado, um retrato da cidade e da simplicidade da vida no extremo-norte do país, Rodrigues Alves tem uma população de pouco mais de 12 mil habitantes.

Sobre sua formação, Rogério conta que, após concluir seu curso em medicina, estudou por um ano as terapias complementares, "*alternativas*" ele chama, "optei por me especializar em terapias alternativas por acreditar que elas trazem uma abordagem mais integral dos pacientes", revela o médico, que afirma ter como um dos principais objetivos conquistar junto às mulheres de Rodrigues Alves, a diminuição na quantidade de remédios prescritos e utilizados.

A cidade, que conta com duas Equipes Saúde da Família e cobertura de 56% da população, tem como secretário municipal de saúde, Everton da Silva Farias. O secretário salienta o sucesso obtido pela implantação da Acupuntura na cidade: "conseguimos obter essa redução medicamentosa a partir da melhora dos quadros clínicos com a implementação da prática da acupuntura na cidade". O

secretário conta que integrado à técnica chinesa, foram adotadas também a massagem e a fitoterapia, sendo receitadas às pacientes do climatério, em alguns casos, cápsulas de produtos derivados de soja, entre outros, "no entanto", adverte o secretário, "como Rodrigues Alves é um município pequeno e afastado dos grandes centros, esses medicamentos ainda são de difícil acesso para a população local, sendo que a secretaria de saúde precisa adquiri-los junto à capital do Estado, Rio Branco, ou em Cruzeiro do Sul – segunda cidade do Estado".

RESULTADO OBTIDO: MELHORAS CLÍNICA E DE HUMOR

O secretário Everton conta que a menos de 40 dias da chegada do novo profissional à UBS/SF Pe. Teodoro Arnds, já era visível a melhora clínica em muitas

mulheres, "fato demonstrado pela diminuição de queixas que recebíamos aqui na secretaria referentes a cefaléia, dores no corpo, tontura, dores nos membros inferiores e superiores, sensação de formigamento nas extremidades, sensação de calor no corpo, palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia, depressão, transtornos do humor e outras queixas. Como estamos numa cidade bem pequena e as pessoas se conhecem, é grande o retorno de familiares e amigos quanto à melhora dessas pacientes", afirma o secretário que completa: "embora estivéssemos a pouco tempo da adoção da nova proposta, já estava clara sua assertividade".

Por sua vez, o médico Rogério salienta que ao chegar à cidade observou em diversas pacientes que o procuravam, ou eram encaminhadas pelos Agentes Comunitários da Saúde

A professora Ana Maria da Silva Ferreira dos Santos se submete a mais uma sessão de acupuntura. Segundo ela, após anos sentindo dores intermináveis, e que eram agravadas no período do climatério, encontrou na terapia oriental, finalmente um alívio para seu sofrimento.

(ACS) – com os quais realizou um treinamento e sensibilização às práticas complementares – que muitas já haviam tentado diversos tratamentos, porém sem obter muito sucesso e que, em certos casos, houve até piora dos sintomas devido à quantidade de medicamentos interagindo no organismo das pacientes – “tantos medicamentos diferentes interagindo, podem trazer efeitos colaterais e causam até gastrite. Fica mais difícil”, alerta Rogério.

Uma destas mulheres atendidas na UBS com acupuntura, o carro-chefe do novo tratamento, foi a professora Ana Maria da Silva Ferreira dos Santos. Aos 39 anos, quando iniciou o tratamento, a professora apresentava diversos sintomas típicos da Síndrome Climatérica associados a dores constantes de cabeça e doenças reumáticas. Ana Maria diz que sentia muitas dores e atrás de respostas e tratamentos foi diversas vezes a consultas com médicos de Rio Branco e Manaus/AM, sem sucesso.

Já acreditando que não encontraria solução para suas constantes dores, em março de 2005, ela foi procurada pela UBS/SF Pe. Teodoro Arnds, para que se consultasse com o médico acupunturista que havia chegado “eu nem sabia do que se tratava, mas como estava desesperada por alguma solução eu procurei o médico Rogério e expus o meu caso”.

Após explicar a Ana Maria do que se trata a acupuntura e seus procedimentos, Rogério iniciou com ela uma rotina de dez sessões, muitas vezes até mais de uma por semana, dada a intensidade das dores que a professora sentia.

“Na primeira sessão, por mim eu nem tinha saído da mesa, tinha ficado por lá, havia muito tempo que não me



Para a professora Josefina Vieira de Matos, a acupuntura finalmente lhe trouxe um alento frente à faringite, que sempre a preocupou, temendo mesmo pela própria vida em vista da doença.

sentia tão bem”, declara, emocionada, a professora, ao contar que nas semanas seguintes experimentou uma melhora muito significativa de seu quadro. “Minha mãe ficou tão entusiasmada com o fato de eu parar com as crises intermináveis de choro – de dor mesmo – que me acompanham desde criança. Fui me tornando mais descansada e mais tranqüila. Gradualmente com o avanço do tratamento fui observando minha melhora, até mesmo no trabalho”.

Incentivada pela melhora da colega de trabalho, a também professora, Josefina Vieira de Matos aderiu ao

tratamento com acupuntura. “Antes de fazer a acupuntura eu apresentava tanta coisa que eu até tenho anotado: sinusite crônica, faringite crônica, rinite alérgica, artrose, colesterol alto, alergia pulmonar (e a quase tudo), grau aproximado de diabetes e desvio na coluna”. E embora já tivesse passado do período do climatério, Josefina apresentava muitas dores no corpo e de cabeça.

“Das poucas vezes que fui à unidade para fazer a acupuntura eu melhorei bastante”, conta a professora, que segundo o médico Rogério, fez também dez sessões. “Em especial, com relação à

“Conseguimos obter essa redução medicamentosa a partir da melhora dos quadros clínicos com a implementação da prática da acupuntura”.

Rogério Lored, médico

faringite eu senti uma grande melhora. De todas as doenças que eu tenho é a que me dá mais medo, pois ela ataca o corpo todo e traz muita dor e a gente sabe que pode ser fatal”.

DESAFIOS PARA MANTER O TRABALHO

Embora todo o sucesso dos procedimentos adotados no município e da iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde e dos profissionais envolvidos, o trabalho com a acupuntura só durou um ano na cidade. Atualmente, o médico Rogério trabalha apenas com a massagem e com o receituário fitoterápico.

Rogério enfrenta, agora, um adversário forte: o material de trabalho utilizado é comprado apenas nos grandes centros, o que dificulta e encarece o procedimento, “a compra deve ser feita de grandes centros, como a cidade de São Paulo, e a dificuldade de acesso torna a compra muito cara. Esperamos por uma definição de repasse de recursos referentes às práticas complementares e integrativas”, coloca o secretário Everton.

Contudo, o trabalho de Rogério deixou de ser exclusivo para o público feminino, “com o sucesso do tratamento, nos últimos meses recebi a procura de outras pessoas para ajudá-las. Além das mulheres no climatério, recebi a procura de pessoas com problemas de coluna, pressão, estresse, todo tipo de queixa. A acupuntura tem essa vantagem: por ser um tratamento que trabalha na reabilitação, mas que é preventivo por excelência, pode ser utilizada por quem não está doente”, conclui.



Goiás investe na formação dos profissionais em Práticas Integrativas



Dona Edith Calil, 74 anos, chegou ao Hospital encaminhada pela Unidade Básica de Saúde, "tinha dores nas pernas e em todo o corpo e em dois meses senti as melhoras. Isso foi há seis anos, agora estou bem e tenho acompanhamento constante".

Goiás se orgulha de ser um dos Estados a ter frutos da parceria com o Instituto Brasileiro de Ciência e Tecnologia Maharishi, formada ainda em 1986: o Hospital de Medicina Alternativa (HMA) e a valorização da formação em Práticas Integrativas e Complementares.

Em 1986, por meio de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Goiás, Ministério da Saúde (MS) e Instituto Brasileiro de Ciência e Tecnologia Maharishi (IBCTM) foi realizado o *I Curso de Fitoterapia Ayurvédica*. O curso era voltado para os profissionais da rede pública de saúde e tratava-se de um treinamento prático com médicos indianos; começava a surgir, assim, o HMA e a profissionalização em Práticas.

A farmacêutica Leila Maria Gomes de Oliveira, que participou do primeiro curso de capacitação, acredita que as Práticas fazem parte da cultura, "está intrínseco na cultura do povo de Goiás a aptidão para o tratamento com ervas, mas o fato de termos tido a possibilidade de aprender sobre essas ervas com a medicina Ayurveda, que já é praticada há cinco mil anos, foi fundamental". Leila destaca, ainda, a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde que financiou o curso para os servidores.

Em 1987, o HMA possuía estágio prático para médicos e farmacêuticos, sob supervisão dos médicos indianos e, além da prescrição de fitoterapia, oferecia homeopatia, inclusive com a implantação da farmácia de manipulação. Nos anos seguintes o atendimento foi ampliado para os serviços de ensino e pesquisa, acupuntura, enfermagem, nutrição, quiropraxia, fonoaudiologia e psicologia.



Um exemplo de mobilização social em favor do Hospital de Medicina Alternativa foram os dois dias de audiência pública realizada na Assembleia Legislativa, em comemoração aos 20 anos do Hospital. De acordo com o deputado Mauro Rubem, um dos frutos da audiência será a realização de um encontro com todos os profissionais de Práticas Integrativas e Complementares.

Maria José Góes, 76 anos, é uma das beneficiadas pelo tratamento oferecido. Exames de rotina apontaram colesterol alto e por indicação de seu dentista foi buscar atendimento no HMA, "fui atendida por médicos muito competentes e de forma excelente. Indico sempre para todos e as pessoas gostam muito". Conta Maria José, que faz parte do grupo da terceira idade do hospital.

Às vésperas de completar 20 anos, em 2006, o HMA teve toda a área de produção e farmácia de manipulação de homeopatia e fitoterapia fechadas pela Vigilância Sanitária, ação justificada pela inadequação da estrutura física e falta de equipamentos de controle de qualidade. Embora tenha sido possível a reabertura da farmácia de manipulação de homeopatia e da área de produção de matéria-prima fitoterápica, em maio de 2007, ainda não há previsão para a retomada do funcionamento do laboratório de fitoterapia.

Contudo, a crise abriu portas e está fazendo com que o Hospital de Medicina Alternativa retome parcerias importantes com o ensino e a pesquisa e, assim, dissemine as Práticas pelo Estado.

Uma dessas parcerias é com a Faculdade de Farmácia da Universidade

Federal de Goiás (UFG) exatamente na área de controle de qualidade, que objetiva acelerar o processo de abertura do laboratório. Segundo a professora e coordenadora do Curso de Fitoterapia, Leonice Manrique Tresvenzol, a parceria consiste no suporte que um órgão público é capaz de dar ao outro para suprir suas necessidades, "a Faculdade de Farmácia propicia cursos e estágio na área de controle de qualidade e pudemos implantar os projetos dentro do hospital; além disso, o HMA vai à faculdade para melhorar a qualificação técnica dos seus servidores".

Vários outros cursos já foram realizados em parceria com a Escola Superior de Saúde Pública, mas para o médico do HMA, Danilo Maciel Carneiro, um dos desafios tem sido levar o serviço para a ponta e uma forma encontrada para que isso seja possível a capacitação dos profissionais da rede.

Essa é a proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela UFG, que, de forma pioneira, incluiu o módulo de Práticas Integrativas e Complementares em sua programação e tem à sua frente o médico Danilo Carneiro, "ao final do módulo teremos um levantamento de tudo o que existe em termos de Práticas na Saúde

"Ao final do módulo (do Curso de Especialização em Saúde da Família) teremos um levantamento de tudo o que existe em termos de Práticas na Saúde da Família do município".

Estelamaris Mônico, professora do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Goiás e coordenadora do Curso de Especialização em Saúde da Família.

da Família do município", esclarece Estelamaris Mônico, professora do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Goiás e uma das coordenadoras do curso de Especialização em Saúde da Família.

A coordenação destaca que o módulo foi inserido para ser discutido em teoria, prática e trabalho de conclusão, "com o trabalho de conclusão e com esses dez anos de implantação da estratégia Saúde da Família, pretendemos fazer esse levantamento que, tenho certeza, nos mostrará que as Práticas estão associadas às ESF", afirma Sandro Rodrigues, coordenador da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e também coordenador do curso.

No entendimento da professora, os alunos de hoje, especialmente estes que cursam a especialização em Saúde da Família, entendem a inserção do módulo como algo que está na lógica da formação e "percebem que podem mudar a sua prática com o que estão vendo aqui. O módulo de Práticas vai enriquecer a visão de mundo dos profissionais".

Para Sandro Rodrigues, embora o HMA receba pacientes referenciados pela Atenção Básica/Saúde da Família, ainda não é fácil "linçar" os dois serviços, "mas

“Podemos ser referência para a implantação, em nível nacional, da Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Temos capacidade para a realização de pesquisas, cursos, capacitações e atualizações e o temos feito”.

Danilo Carneiro, médico homeopata e professor do Curso de Especialização em Saúde da Família.



O professor e médico Danilo Carneiro defende que o HMA se torne centro de capacitação para os profissionais do Estado.

proporcionando esta ligação com a Saúde da Família e capacitando as equipes vamos conseguir sucesso para isso. A demanda existe e somos cobrados diariamente”.

De acordo com o diretor técnico do HMA, Fausto Henrique Pofahl, assim como na AB/SF, o hospital procura promover a saúde “e não tratar a doença. Estamos juntos na promoção e prevenção da saúde e se as Equipes Saúde da Família puderem trabalhar com as Práticas vão aprender, por exemplo, sobre o cultivo de plantas adequadas para que as famílias as tenham em casa e possam fazer uso delas, após a prescrição do médico, pois, plantas medicinais são remédios e seu uso

inadequado provoca reações maléficas”.

Para o professor de medicina da UFG, Mauro Mendonça, os recursos naturais podem ser uma forma eficaz de a Saúde da Família trabalhar na prevenção e promoção da saúde mental, “temos uma experiência boa e com resultados relevantes no tratamento da depressão e esquizofrenia por meio da homeopatia. Nosso único limite, às vezes, é extrair do próprio paciente as informações necessárias para introduzir a cura”.

De acordo com Ângela Maria Cardoso, representante da SES, o conhecimento e aplicação das práticas na Atenção Básica são muito importantes, “porque é o primeiro atendimento que o paciente

recebe e pode ter seu problema solucionado ali mesmo”.

Nestor Carvalho Furtado, diretor-geral do Hospital de Medicina Alternativa, também vê a capacitação dos profissionais como forma de descentralização dos serviços “e temos feito isso não só em Goiânia, mas no interior, e com as Equipes Saúde da Família”.

Além da capacitação, Nestor vê o HMA como um campo para desenvolvimento de pesquisa em várias áreas “e já estamos realizando essas pesquisas com a ajuda, inclusive, de estagiários de diversas faculdades que vêm para conhecer o nosso trabalho”.

A assistente social Dirce Maria Teixeira, responsável pela Seção de Ensino e Pesquisa do Hospital, ressalta que além de receber os estudantes e apoiá-los no desenvolvimento dos trabalhos como teses, monografias ou mesmo atividades escolares, o HMA promove uma reunião quinzenal com os profissionais do hospital para estudos específicos das áreas.

Para o diretor técnico, Fausto Henrique, os gestores devem, primeiro, “acreditar nessa medicina, ter estrutura física básica e recursos humanos”. O diretor acredita que falta pouco para que o hospital se torne efetivamente um centro de referência, “por meio do ensino aos profissionais podemos multiplicar as Práticas para todo o Estado e para o Brasil”.

O professor Mauro Mendonça afirma que os passos para se ter uma rede de capacitação, como a que o Estado está criando, são a conjunção de estrutura física adequada, união de profissionais e gestores e articulação, “não basta ter um grupo de pessoas interessadas, é preciso de uma estrutura para agregá-lo”.



Os coordenadores do curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela UFG, em parceria com a SES e Opas, Sandro Rodrigues e Estelamaris Monego.



O médico Carlos Lima (à esquerda) foi um dos monitores no primeiro curso de capacitação com os profissionais indianos, quando todo o processo teve início. Na foto, com o professor do curso de Medicina, Mauro Elias Mendonça.

“Como as equipes trabalham com grupos adscritos, elas vão tratar não só as crises, mas promover saúde. Na área da alimentação, por exemplo, isso ajuda a reduzir o impacto e introduzir novos recursos”.

Mauro Elias Mendonça, professor do curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

O QUE É AYURVEDA?

Ayurveda significa conhecimento da vida (ayur=vida, veda=ciência ou conhecimento). É a ciência da saúde mais antiga da humanidade baseada nos vedas que possuem aproximadamente mais de 5000 anos de existência.

A medicina Ayurvédica é parte da ciência védica e utiliza na sua abordagem terapêutica plantas medicinais, dieta, exercícios físicos, meditação, yoga, astrologia hindu, massagem, aromaterapia, gemoterapia (tratamento com metais e gemas), cirurgia e psicologia.

O Ayurveda afirma que existem três humores biológicos no nosso corpo, chamados de Doshas: Vata que possui o elemento ar predominante, Pitta onde o elemento fogo é o principal, e Kapha caracterizado pelo elemento água. Vata é como o vento ou o ar em movimento; é seco, leve, sutil e agitado. Pitta é semelhante ao fogo, caracteriza-se por ser quente, oleoso e leve. Kapha é como a água: úmido, frio e pesado.

Na visão ayurvédica excesso ou deficiência das características descritas acima indica um desequilíbrio no Dosh (humor biológico) correspondente, o que gera alterações patológicas no corpo físico.

Assim, Vata em desequilíbrio leva ao emagrecimento, debilidade,

aversão ao frio, tremores, constipação, alterações no sistema nervoso, tonteira, colite, formação de gases e reumatismo. Pitta em desarmonia produz olhos e pele amarelados, fome em excesso, sede aumentada, febre, sensação de calor corporal, inflamações, infecções, azia e queimações. Kapha alterado gera fraqueza do sistema digestivo, palidez, calafrios, tosse com formação de mucosidades nos pulmões, sonolência, obesidade, hipoatividade das funções orgânicas e preguiça.

O Brasil possui uma flora riquíssima com cerca de cem mil espécies vegetais, dessas, aproximadamente duas mil são usadas para fins medicinais. Segundo o médico indiano Dr. Chowdhury Gullapalli (Dr. Chowdhury foi um dos precursores do Ayurveda no Brasil), que possui mais de 40 anos de experiência em Ayurveda, cerca de 80% das plantas medicinais utilizadas no sul da Índia existem no nosso país e podem ser empregadas na visão da tradição Ayurvédica.

O ser humano deve seguir um estilo de vida saudável que, de acordo com a medicina Ayurvédica, leve a uma mente tranqüila e um espírito harmonioso.

Fonte: Associação Brasileira de Ayurveda

Abram alas para os novos movimentos sociais: Saúde da Família e Práticas Integrativas e Complementares

Nelson Filice de Barros

Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS)/DMPS/FCM/Unicamp.

"O lago é limitado, a água, inesgotável"
(I Ching)

O objetivo deste artigo é mirar o modelo de atenção da Saúde da Família e das Práticas Integrativas e Complementares como novos movimentos sociais, refletindo, ainda, sobre seus desafios no âmbito do SUS.

SAÚDE DA FAMÍLIA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS

Compreender como uma idéia dispara um movimento social tem sido um desafio para muitos profissionais há décadas, no entanto, desde há algum tempo tornou-se claro que há um conjunto de novidades nos movimentos sociais, suficientes para diferenciá-los, quase completamente, daqueles de décadas passadas.

Com certeza, a Saúde da Família (SF) e as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) podem ser identificadas como novos movimentos sociais, ainda que sejam desenvolvidas como políticas de Estado, na medida em que desenvolvem as seguintes características:

a) **proliferação e ramificação dos coletivos sociais**: na medida em que os profissionais das equipes da SF e das PIC exploram novos territórios físicos, desenvolvem uma capilaridade nos territórios sociais e, com isso, aumentam as formas de mobilização, participação, interação, acesso à informação e ramificações dos movimentos sociais;

b) **horizontalidade e flexibilidade das redes**: as organizações que se formam entre os trabalhadores de saúde e a população tendem a ser cada vez mais horizontais, menos hierarquizadas, mais flexíveis e rapidamente ativadas, operando na lógica das redes sociais;

c) **tendência coalizacional**: o alcance das ações dos profissionais da SF e das PIC é limitado, no entanto sua perspectiva é ampliada, apontando para o desenvolvimento dos interesses comuns, com base na construção de novos modelos de cuidado e cura;

d) **existência dinâmica ou segundo os fatos**: os arranjos que os profissionais da SF e das PIC estabelecem entre si e com a população possuem grande dinamismo e podem se formar para alcançar certos objetivos, perdurando, em geral, apenas até que o fato aglutinador desapareça;

e) **secundarização da estrutura organizacional-material**: a sede física se torna menos fundamental, pois tendem a ser maiores os trabalhos em dispersão que em concentração, sobretudo porque as tecnologias sociais são mais utilizadas que as máquinas;

f) **universalismo e particularismo das causas**: as ações dos profissionais da SF e das PIC podem atender a aspiração individual ou a um conjunto de aspirações de coletivos sociais específicos, no entanto podem orientar-se de acordo com um quadro de referência mais amplo, que diz respeito a necessidades universais, como: desenvolvimento sustentável, direitos humanos, direito à autodeterminação dos povos, combate ao racismo e formas de discriminação, democracia, participação popular, liberdade de expressão etc;

g) **grande poder de articulação e eficiência:** as organizações em diferentes cidades, assim como a articulação local de diferentes grupos, delimita uma geometria variável com ativação de diferentes formas e estratégias. A convergência de interesses se dá em diferentes planos, espaços de fluxos e ações concretas, objetivando ampliar a perspectiva sobre o processo de cuidado e cura.

h) **estratégias construídas com base em identidades compartilhadas:** identidade e solidariedade desempenham papéis fundamentais para a construção de estratégias de "resistência comunal", com as quais se avança no processo de construção social das necessidades universais;

i) **multiplicidade de identidades e circulação de atores:** um único profissional pode estar implicado com várias causas e atores coletivos; pode apoiar diferentes movimentos, por meio de suas conexões identitárias, compartilhando interesses com pessoas que têm aspirações, valores e crenças bem diferentes dos seus em outros campos sociais. Nesta medida, profissionais da SF e das PIC constroem suas identidades com base nas "identidades de projeto", quando utilizam diferentes tipos de material cultural para construir projetos de vida que dão espaço ao surgimento de novos sujeitos coletivos;

j) **identidade difusa:** o anonimato e a multiplicidade de identidades potencializam as formas de ativismo e luta-se cada vez mais ao redor de códigos culturais, valores, e interesses de sujeitos sociais.

DESAFIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

A presença dos atores sociais ligados à SF e às PIC tem propiciado não apenas a formação, mas também a existência de novos fatos políticos no âmbito nacional. Estes atores surgem e se formam apoiados em redes dinâmicas que podem ser ativadas a qualquer momento, no entanto ainda é necessária maior articulação entre eles, sobretudo para que aqueles "desviantes", identificados como atores indignados diante das desigualdades, formem-se em coletivos "divergentes", para reivindicar e desencadear ações.

As articulações de grande escala e manifestações com apoio diversificado e maciço, como as ocorridas atualmente em favor da SF e das PIC, por certo, deixam ver um enorme fluxo de informações, resultando em maior nível de conscientização e espécies de controle social. No entanto, deve-se observar aí um desafio, na medida em que esses são processos ainda em fases iniciais e as transformações desejadas dependem da emergência de novas gerações e da assimilação de novas práticas culturais.

À medida em que os movimentos em defesa da SF e das PIC vão ganhando maturidade no cenário do SUS vão se tornando visíveis, também, suas identidades e interesses comuns, deixando ver potenciais combinações em torno de objetivos e fins específicos e determinados. Em outras palavras, no aprofundamento dos debates identifica-se que os esforços de

um corroboram com os do outro, para alcançar o melhor desenvolvimento dos princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade, por um lado; e os princípios organizadores da Regionalização e hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação dos cidadãos e Complementariedade entre setores, por outro.

É preciso compreender que o que tece os retalhos da SF com os da PIC é o desejo de garantir "práticas prudentes para uma vida decente", todavia, o que mobiliza no momento, são os conflitos e processos políticos e sociais que ocorrem em relação à implantação e implementação destes modelos de cuidado e cura em diferentes municípios brasileiros. Assim, enquanto o que demora nestes processos se entrelaça no cotidiano dos trabalhadores como dificultadores nas relações e no processo de trabalho; o compartilhamento destas dificuldades transforma-se em desafios que reverberam e difundem-se nos corações e mentes das pessoas, consolidando movimentos sociais em defesa do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Portanto, é inevitável que se compare o SUS ao lago, em seus limites estruturais, e a capacidade cuidadora dos trabalhadores do SUS à água, inesgotável por princípio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, NF. Medicina Complementar - uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/ FAPESP; 2000.

Castells, M. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. Vol. II: O Poder da Identidade. São Paulo: Paz e Terra. 1999.

Castells, M. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. Vol. I: A Sociedade em Rede. São Paulo: Paz e Terra. 2000.

Lipnack, J. e Tamps, J. Networks - Redes de conexões. São Paulo: Aquariana. 1992.

Machado, Jorge Alberto S. Movimentos sociais, tecnologias de informação e o ativismo em rede. Consultado 03/04/08. Disponível em: <http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/geografia/geo22c.htm>

Riecmann, J e Buey, FF. Redes que dan libertad - introducción a los nuevos movimientos sociales. Barcelon- Buenos Aires-México: Ediciones Paidós; 1995.

Santos, BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

Scherer-Warren, I. (1993) Redes de Movimentos Sociais. São Paulo: Loyola.

Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento

Eliane Cardoso de Araújo

Departamento de Medicina Preventiva, UNIFESP.

*Artigo publicado originalmente na Revista Ciência e Saúde Coletiva v.13 supl.0 Rio de Janeiro abr.2008

RESUMO

O estudo analisa o processo terapêutico da Medicina Homeopática e a relevância de seus componentes na construção de um espaço interativo entre médicos e pacientes capaz de propiciar novos sentidos para a compreensão do adoecimento e para a perspectiva da cura. A centralidade da pessoa no paradigma da Medicina Homeopática, ao privilegiar a situação de adoecimento dos pacientes, confere características específicas à sua abordagem capazes de resgatar a dimensão do cuidado na ação terapêutica. Tomamos como base empírica duas unidades de saúde da cidade de São Paulo onde foram realizadas as entrevistas. Utilizamos abordagem qualitativa e identificamos núcleos de sentidos, tais como, sujeito, pessoa, escuta, ver, vínculo, tempo, cura e medicamento, capazes de refletir as dimensões essenciais e a especificidade do processo terapêutico da Homeopatia. Através de narrativas dos sujeitos da prática homeopática, pudemos evidenciar que a construção de um espaço de intersubjetividade, onde pacientes e médicos possam compartilhar a experiência do adoecer, permite introduzir a perspectiva do cuidado e a possibilidade de um projeto de recuperação da saúde. Palavras-chave: Terapêutica, Homeopatia, Relação médico-paciente, Cura, Intersubjetividade .

Introdução

Este artigo discute as possibilidades da Medicina Homeopática como prática de saúde que, ao assumir o paciente como **sujeito** portador de necessidades e expectativas, favorece a ampliação de sua autonomia no processo de adoecimento, possibilitando maior consciência com relação à sua maneira própria de enfermar-se, o que permite remetê-lo a um **projeto** de saúde.

A questão do cuidado ao paciente caracteriza-se como crucial no campo da Saúde Pública e sua relevância, para o doente e para o médico, pode ser evidenciada nos diferentes componentes do processo terapêutico da Homeopatia. A centralidade da doença no paradigma da medicina ocidental contemporânea e a crescente intermediação tecnológica que têm ocorrido nos últimos anos incidem nos diferentes componentes de sua prática, implicando no distanciamento do médico da situação de adoecimento dos pacientes e abalando uma relação milenar associada ao processo de cura^{1,2}.

Estes aspectos permitem compreender por que o paciente não se sente cuidado e tratado, apesar de sua doença ser objeto de múltiplas e sofisticadas intervenções tecnológicas, e constituem-se em razões de busca de outros modelos terapêuticos, tanto por parte dos médicos, como dos pacientes³.

Sabemos que parte significativa da demanda que busca atenção médica ambulatorial não preenche os requisitos para um diagnóstico de base anátomo-clínica e é caracterizada por queixas vagas e inespecíficas, manifestações de um sofrimento que não se traduz, necessariamente, em lesões ou disfunções que possam ser enquadradas em alguma nosologia^{4,5}.

A tendência a desqualificar algumas queixas de pacientes, traduzidas por "mal-estares" e sintomas indefinidos, representa uma situação bastante comum nos serviços de saúde, decorrente, justamente, dos desencontros entre a expectativa do médico em identificar e reconhecer doenças e as demandas do doente de obter atenção para o seu sofrimento.

É possível considerar que certas queixas trazidas por muitos pacientes que escapam a sua objetivação como doença e, portanto, não são legitimadas pelo saber e pela prática médica, representam fenômeno experimentado por sujeitos numa situação singular do adoecimento referida ao seu universo simbólico. Ou seja, a percepção do doente sobre sua enfermidade inúmeras vezes não coincide com a doença lesional ou orgânica diagnosticada pelo médico, o que pode explicar os motivos de descontinuidade e falta de adesão aos processos terapêuticos. Ao perceber que o médico freqüentemente não valoriza ou não valida suas queixas, aborta-se a possibilidade do vínculo e o tratamento não se instaura. Ou seja, o fato de identificar categorias e de obter uma classificação nosográfica não encerra o processo terapêutico e não parece atender às expectativas de cuidado dos pacientes.

Conforme adverte Luz⁶⁻⁸, a "irracionalidade" da medicina não se resume a um problema somente gerencial ou de políticas públicas inadequadas. Há de se destacar que o próprio paradigma que rege a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva, tanto em suas investigações diagnósticas, como em sua prática de intervenção.

A revalorização dos aspectos interativos do ato médico no contexto atual das práticas de saúde parece estar vinculada a preocupações que buscam recolocar a **pessoa** como objetivo central de um processo terapêutico. Componentes deste processo que favoreçam a construção

de um espaço intersubjetivo podem propiciar o resgate de sujeitos adoecidos, através de uma aproximação não somente do paciente ao seu médico, mas também da doença ao seu portador, o doente, e da terapêutica ao processo de recuperação dos pacientes.

A discussão dos aspectos constituintes da prática homeopática capazes de resgatar a dimensão do **cuidado** ao indivíduo doente tem como pressuposto o entendimento de que a Homeopatia é dotada de uma racionalidade médica específica que possibilita ser reconhecida como campo de saber e de prática com características próprias⁹.

A concepção a respeito do processo saúde doença na prática homeopática é norteadada por uma visão que inclui, necessariamente, o sujeito enfermo sob um enfoque que valoriza, sobretudo, a **singularidade** do adoecer humano, enfatizando as características assumidas pela doença em cada paciente, não se limitando a compreendê-la de maneira restrita à condição de entidade nosológica ou apenas como evento biológico.

Uma medicina do sujeito

“(na alopatia) os pacientes praticamente não tinham nomes, eram patologias a serem tratadas. Comecei a me desencantar. Mais parece que agente está numa oficina de automóvel, parecia que o paciente entrava em uma linha de produção, uma coisa muito mecanicista, e a pessoa não existia”. (Dr. Joel)

Certos elementos do campo do saber e da prática homeopática permitem caracterizá-la como um sistema médico que, ao resgatar a dimensão da arte de curar, está centrada no sujeito doente portador de uma cultura e de uma historicidade, tanto no que se refere aos elementos da diagnose como da terapêutica⁹.

De acordo com estas características do seu objeto de abordagem, a diagnose em Homeopatia se propõe a entender e interpretar o fenômeno do adoecimento dentro da realidade específica de cada paciente, não se restringindo apenas à caracterização do evento patológico. Para tanto, busca individualizar o sofrimento da pessoa, conhecendo sua maneira particular de vivenciar a experiência da doença.

A ênfase no sujeito adoecido amplia as possibilidades de compreensão do enfermo, inserindo-o em um contexto sociocultural que contempla aspectos de sua história de vida a ser recuperada no processo de entendimento da doença. Além disso, resgata manifestações de sua suscetibilidade e sensibilidade determinantes de uma forma particular de expressão dos sintomas.

A proposta terapêutica homeopática não se restringe, portanto, a afastar sintomas ou a eliminar queixas; busca compreender o enfermo dentro da especificidade do seu processo de adoecimento, o que inclui aspectos da relação do doente com sua doença e os sentidos que ele atribui a esta experiência. Isto permite entender o indivíduo adoecido no processo de resgate de sua singularidade e não reduzido a um conjunto de órgãos ou a uma patologia específica.

Compreender o paciente como sujeito adoecido implica, portanto, considerá-lo em todos os seus aspectos, não somente biológicos e psíquicos, mas também como porta-voz de um conjunto de representações sociais e culturais e agente de um processo de interação que pode aproximá-lo, inclusive, da ressignificação dos conceitos de saúde, cura e doença.

“Sintoma é um modo de ser” (Thiago, 8 anos)

Ao ter como foco de abordagem as manifestações do sofrimento que individualizam o doente, a Homeopatia fundamenta-se nos critérios

de **singularidade**, buscando encontrar a expressão destas particularidades nos sintomas apresentados pelos pacientes. Seu enfoque está voltado, portanto, para escutar, olhar, observar e examinar aquilo que é inusitado **em cada paciente** e que se manifesta por meio dos sintomas. Sintomas representam, por conseguinte, a própria doença, a expressão do paciente e o meio de se encontrar o medicamento apropriado.

Ao contemplar os sintomas do ponto de vista da singularidade ou como **parcialidades que engendram a dinâmica de cada sujeito**¹⁰, podemos afirmar que não existem dois sintomas idênticos mesmo diante de fenomenologias clínicas semelhantes.

Os sentidos subjetivos atribuídos aos sintomas e à própria doença são distintos de um paciente para outro e correspondem à maneira como cada um vivencia a experiência do adoecimento de acordo com suas particularidades e com as circunstâncias do ambiente social e cultural em que estão inseridos.

Em face disso, é possível considerar que os sintomas podem ser compreendidos como **representações** do sujeito enfermo na medida em que trazem em si certos conteúdos vivenciais do mesmo. Constituem-se, portanto, no objeto a ser captado para a apreensão da “diferença”, do não habitual, do singular, através da utilização do princípio da semelhança na terapêutica homeopática.

Essa perspectiva de análise convida-nos para um novo entendimento sobre os sintomas, que implica em ampliar o olhar sobre eles, não se restringindo à captura de transtornos a serem classificados nosologicamente, mas privilegiando a maneira como eles são qualificados e como foram sendo ressignificados na ação terapêutica.

A consulta médica como ato terapêutico

O momento da consulta tem especial importância para a prática da Homeopatia pelo fato de mobilizar e materializar elementos que dão especificidade ao seu processo terapêutico e, também, por constituir-se no espaço de construção da intersubjetividade entre médicos e pacientes.

Na Biomedicina, a consulta vem sofrendo interferências de uma prática tecnicista que, diante dos procedimentos e equipamentos diagnósticos, tende a restringir sua importância e reduzi-la a uma intervenção mecânica e técnica.

Ao ter seu foco de conhecimento e de intervenção centrado, sobretudo, na busca da lesão ou disfunção, a prática médica atual tem utilizado cada vez menos a semiologia clássica colocando, muitas vezes, em plano secundário este componente do agir médico que traduz a essência da clínica.

Já a Homeopatia, ao fundamentar todo o seu sistema diagnóstico e terapêutico na individualização do adoecer humano, necessita de uma anamnese mais profunda que busca aproximar-se do paciente com o intuito de conhecer as manifestações da doença através das diferentes modalidades de sintomas que expressam, em última instância, a forma particular de ser daquele paciente.

Sob este enfoque, as queixas não podem ser traduzidas somente por uma leitura técnica e a fala do paciente adquire um outro significado; ela é provida de sentidos¹¹ que permitem uma maior compreensão do adoecimento.

O que se busca alcançar, portanto, no espaço da consulta homeopática, é uma ampliação da abordagem do paciente de tal forma

que não se restrinja aos sinais da doença, mas sim às manifestações que o doente transmite em sua totalidade de sujeito sofredor.

Para tanto, são necessários procedimentos que permitam individualizar o sujeito doente, tais como a *escuta* e a *observação*, os quais possuem uma natureza específica e são considerados essenciais para a operacionalização da técnica homeopática.

A construção da intersubjetividade no processo terapêutico

“Eu acho que o bom médico é aquele que se interessa pelo caso do paciente como se fosse o único caso. Ele tem que atender aquele paciente como se fosse o único”. (Danilo)

As características singulares do objeto de abordagem em Homeopatia - o sujeito humano - determinam a natureza particular dos componentes da consulta permeados de elementos que expressam conteúdos subjetivos, tanto do médico como do paciente. Ao assumir o sofrimento das pessoas enfermas como unidade fundamental de sua abordagem, os traços de intersubjetividade estão inscritos na prática homeopática.

Nessa perspectiva, a boa consulta é caracterizada, por pacientes, como aquela que dispõem de **tempo** e onde se materializam elementos que permitem que o ato médico realize-se plenamente, quais sejam, **olhar, escutar, tocar e observar** a pessoa doente. Estes componentes de uma prática menos tecnicizada contribuem para a expressão da subjetividade do paciente, propiciando maior aproximação com os sintomas, além do sentimento de poder compartilhar seu sofrimento dentro de um processo interativo. Por outro lado, são associados às manifestações de atenção e de interesse, favorecendo maior confiança e segurança dos pacientes no profissional e no tratamento. Diante disso têm, muitas vezes, relevância maior que o próprio medicamento e representam um estímulo para retornar à consulta favorecendo o estabelecimento do vínculo, conforme pode ser observado neste depoimento: ***me sinto bem só de estar vindo à consulta, fico até em dúvida se estou mesmo precisando do medicamento.*** (Caderno de campo)

Evidencia-se assim o papel “psicossocial” desempenhado pelo espaço da consulta homeopática no contexto atual, onde o paciente é estimulado a falar de si e expor os aspectos diversos de sua vida. Estes elementos constitutivos da natureza da consulta homeopática têm sido destacados como motivos de satisfação de pacientes e de médicos com o atendimento.

Assim, ao tomar como questão essencial de sua diagnose a biopatografia de sujeitos adoecidos, a Homeopatia não está tão mediada pelo objeto, o que possibilita que a construção de um espaço interativo entre o paciente e o médico represente uma das dimensões fundamentais de sua prática terapêutica.

Tecendo a relação

“O primeiro elemento preponderante é estabelecer uma boa relação de duas pessoas que estão querendo atingir um objetivo comum, um objetivo interpessoal.” (Dr. Joel)

A busca das particularidades que caracterizam o adoecimento e não apenas dos aspectos técnicos da doença requer uma aproximação mais ampla e profunda com o paciente, permitindo que ocorra um vínculo de natureza mais consistente.

Sob este enfoque, a relação médico-paciente refere-se ao ato de compor e entrelaçar elementos de natureza intersubjetiva que emergem no momento da consulta e que permitem caracterizá-la como um **espaço interativo**.

Estes conteúdos intersubjetivos traduzem aspectos essenciais da racionalidade homeopática, tanto em sua dimensão técnica como interpessoal.

A conceituação de pacientes e médicos como **sujeitos** no espaço do atendimento tem, portanto, um caráter mais abrangente do que os referir como agentes ou objetos de ação técnica, já que envolve, também, os aspectos afetivos, éticos e socioculturais¹².

O deslocamento do enfoque da doença para o paciente abre possibilidades para a incorporação de conteúdos de natureza interativa, que possibilita uma perspectiva de atenção à saúde nas quais se destacam as noções de **cuidado** e de **pessoa**.

Por outro lado, a intersubjetividade presente no espaço da relação favorece o surgimento de uma postura mais ativa do paciente, o que representa estímulo ao compartilhamento de responsabilidades no que diz respeito aos diferentes aspectos do tratamento.

A disponibilidade de tempo durante a consulta, permitindo maior espaço para a conversa e para a escuta, constitui-se em componente do vínculo e pode ser destacada como fator que proporciona outra dimensão ao atendimento, importante tanto para o paciente como para o trabalho do médico.

A percepção de um bom médico manifesta-se, de acordo com muitos pacientes, já “na porta do consultório”, o que evidencia a relevância dos componentes intersubjetivos da relação.

Tais aspectos estão também subjacentes à motivação de muitos médicos ao optarem pela Homeopatia, conforme sugere este entrevistado: ***eu ia deixar de ser médico quando tomei contato com a Homeopatia. Foi uma forma de ser médico sem ser aquele médico que eu rejeitava, uma forma mais humana.*** (Dr. Roger)

Para muitos profissionais, o fato de poder vivenciar a experiência da relação e de compartilhar com os pacientes os componentes subjetivos referentes ao sofrimento humano é considerado mais gratificante e prazeroso que o próprio exercício da técnica: ***eu estou falando que é mais fundamental do que a própria técnica, é esse compartilhar de responsabilidades do sofrimento do paciente, conhecer a vida dele, compartilhar a vida com ele.*** (Dr. Fabricio)

O fato de a Homeopatia ser norteadada por concepções com relação ao adoecimento e a cura, cuja finalidade é “encontrar o paciente”, imprime certas características à relação, que podem ser compreendidas como elementos de legitimação dessa prática e que serão discutidas a seguir.

A escuta homeopática

Ao conceber a Homeopatia como um sistema médico centrado no sujeito humano, a escuta pode ser caracterizada como componente intrinsecamente relacionado à sua episteme e como instrumento de abordagem fundamental para a realização de sua prática. O caráter amplo da escuta decorre dos propósitos de conhecer as manifestações da enfermidade sob um enfoque que privilegia a **intersubjetividade** na compreensão do adoecer humano^{13,14}.

A relevância deste componente no âmbito de um sistema médico representa uma questão específica da prática homeopática pela simples razão que, de maneira semelhante às disciplinas do campo denominado “psi”, esta prática lida com a questão do **sujeito**.

A fragmentação da abordagem do paciente na Biomedicina e a intermediação tecnológica representada por exames e procedimentos diagnósticos resultam em uma escuta “focada” e pontual, coerente com o seu objeto específico, a doença ou uma determinada queixa relacionada a um órgão ou aparelho.

O médico, de um modo geral, retém uma pequena parcela do discurso do doente, quando o deixa discursar, e isso ocorre devido à frágil intersecção da “doença do médico” com a “doença do doente”¹⁵. Ou seja, grande parte do relato de pacientes, muitas vezes transbordantes de sentidos variados, mas que não podem ser identificáveis como patologias, interessa secundariamente ao profissional, já que para ele tem pouca utilidade como informação útil à investigação e ao tratamento.

As narrativas dos pacientes são fundamentais na abordagem da Medicina Homeopática; é justamente a palavra, o discurso do enfermo que lhe possibilita situar-se como sujeito no espaço de uma consulta médica e no processo de adoecimento¹⁶⁻¹⁸.

O objeto central da escuta homeopática é, portanto, a história do paciente, a sua biografia pessoal obtida através de suas narrativas. Relaciona-se à compreensão de que toda enfermidade integra uma unidade de sentido que necessita ser situada no contexto individual e cultural do paciente para a sua adequada compreensão^{19,20}.

O discurso da pessoa enferma representa fonte privilegiada de informações e de investigação, não somente no que se refere ao relato técnico de sintomas e queixas, mas, sobretudo, no que tange às manifestações de uma forma particular de lidar com o sofrimento relacionada a uma dinâmica própria no processo de adoecimento.

Ouvir o paciente, do ponto de vista da homeopatia, não é, por conseguinte, uma questão de maior ou menor paciência de um profissional “da espécie de um psicólogo”, de disponibilidade para confidências, ou somente uma demonstração de “humanismo” ou de compaixão do médico. Trata-se de um traço próprio do exercício da diagnose e da terapêutica desta prática que operacionaliza um método ampliado de abordagem do processo de adoecimento.

Podemos afirmar que todo indivíduo adoecido terá sempre um discurso a ser proferido, uma narrativa que lhe permite traduzir as condições biopsicossociais que refletem seu estado de maior ou menor desconforto²¹. Possibilitar esse espaço durante a consulta, permitindo, através da escuta, que o paciente manifeste seu universo subjetivo, tem grande importância do ponto de vista terapêutico e pode favorecer o processo de cura.

O ato de ouvir possibilita recuperar a dimensão do enfermo como sujeito mediante o reconhecimento da forma como ele vivencia a experiência da doença e do processo de tratamento. Para muitos pacientes, “um bom médico tem que ser bom ouvinte”, e ser bom ouvinte é assegurar espaço na consulta para conhecer bem o paciente. “Saber ouvir” é considerado atributo da mesma ordem de importância que os elementos concernentes à competência técnica do médico e representa manifestação de interesse capaz de estimular uma postura mais ativa do paciente no seu processo terapêutico.

A natureza de uma escuta cujo objeto primordial é a narrativa do sujeito humano pressupõe uma atitude de interesse e de disponibilidade para “o outro”, isto é, uma abertura ao processo de interação com o paciente. Tal atitude é influenciada por certos aspectos que indicam o modo de proceder do médico e que se refere ao ato de **observar, olhar e ver** o paciente. A escuta e o olhar não representam, portanto, apenas procedimentos de natureza técnica relacionados à investigação; são atitudes que revelam a disposição de perceber, conhecer e compreender o doente como portador de um sofrimento específico.

Ver: um gesto físico e psicológico

“Ver” pode ser entendido como uma categoria ao mesmo tempo física e psicológica, representando uma forma de olhar relacionada a “olhar para”.

Neste sentido, não significa simplesmente enxergar alguém ou alguma coisa, mas caracteriza-se como uma tomada de consideração pela pessoa.

Ver o enfermo no sentido técnico de examinar, de investigar e de observar seus sintomas constitui-se em componente de qualquer consulta médica. No enfoque homeopático, no entanto, o ver é compreendido como uma atitude de “olhar em face”, isto é, de enxergar o paciente como pessoa, o que faz com que ele traduza este gesto como manifestação de respeito e de consideração.

Não ser olhado ou não ver uma pessoa representa uma atitude de arrogância, é ignorá-la, é não desejar conhecê-la, é desconsiderá-la e o paciente sofre com isso.

A ausência do olhar compromete os elementos intersubjetivos do encontro entre o médico e o paciente, podendo interferir na qualidade e na continuidade do atendimento. Nesse sentido, o ver representa uma atitude que permeia uma relação capaz de produzir vínculo, caracterizando-se como componente de um processo interativo entre dois sujeitos. Ser olhado pelo médico é parte de um atendimento e do contexto de uma consulta na qual existe **atenção** e na qual o paciente se sente respeitado. Assim sendo, pacientes consideram bom médico **aquele que olha a gente desde a hora que a gente entra no consultório. Ele observa desde o modo de andar.** (Irani).

Estes componentes presentes na prática homeopática possibilitam enxergar o paciente como sujeito e permitem caracterizar a consulta como espaço de um **encontro intersubjetivo** que pode favorecer maior adesão e participação do paciente, tanto na consulta como no tratamento, contribuindo para a construção de maior autonomia no processo de cura.

Conteúdos terapêuticos do vínculo

“Porque ele entende as coisas, ele entende o que eu sinto, quer dizer, ele já vai sentido o que eu estou sentindo só de olhar para mim. Agora o doutor normal não, ele nem sequer olha na sua cara. Aí que eu fico mais atacado”. (Cristovão)

A ênfase nos aspectos que particularizam o adoecimento de cada pessoa a partir da compreensão do enfermo como sujeito vivo e não como objeto de intervenção técnico científico representa um dos traços essenciais da abordagem homeopática.

A consulta médica homeopática, conforme discutimos anteriormente, possui características que traduzem aspectos essenciais da natureza do processo terapêutico da Homeopatia, favorecendo uma postura do profissional que pode ser considerada determinante para a constituição do vínculo com o paciente.

Olhar, no sentido de enxergar o indivíduo portador de sofrimento e não somente visando acessar tecnicamente as manifestações da doença. **Ouvir** as queixas do doente, não apenas como relato de um conjunto de sintomas, mas como expressão de um sujeito adoecido. **Tocar** o corpo do paciente e não simplesmente palpar e percutir em busca de sinais de seus órgãos ou sistemas.

O fato de poder personificar um responsável pelo tratamento e de, ao ser escutado, ter seu sofrimento assumido pelo outro, faz com que o paciente se sinta **cuidado** e isso representa importante componente terapêutico capaz de interferir no processo de cura.

Ao se redimensionar o objeto de enfoque do paciente^{22,23}, de portador de uma doença à condição de sujeito **adoecido**, modificam-se as características desta abordagem e dos elementos envolvidos na relação entre médico e paciente. A natureza do contato passa a ser menos tecnológica e mais permeada de conteúdos subjetivos tanto do médico como do paciente.

Tendo em vista estas considerações, podemos identificar que certos componentes da prática homeopática têm importância particular na criação de um espaço interativo entre o enfermo e o médico, engendrando possibilidades para uma outra postura na forma de lidar com as queixas e sintomas que são trazidos durante a consulta. Já ressaltamos o papel da **escuta** e do **ver**, traços de uma atitude de acolhimento e de interesse do médico, capazes de favorecer as manifestações subjetivas do paciente.

A importância do vínculo para eficácia e resolutividade do tratamento, ilustrativo da histórica significação simbólica presente na relação terapeuta paciente, pode ser ilustrada na afirmação de um dos pacientes entrevistados: [...] **o medicamento aparece através do médico**, reconhecendo no profissional mais que um prescritor de remédios e referindo-se a elementos de natureza intersubjetiva que emergem da relação.

A noção de confiança, componente inerente e característica básica do vínculo, influencia positivamente o papel que o médico pode exercer no sentido de mobilizar recursos curativos nos pacientes.

Tais características da prática homeopática redimensionam o papel do médico, instrumentalizando-o para uma ação de natureza mais ampla capaz de estimular reflexões e percepções que ampliem a compreensão e a autonomia do paciente sobre o seu adoecimento. O relato que se segue evidencia estes aspectos: **acho que é essencial para começar um processo terapêutico você poder se transformar em um canal de transmissão que inclui a sua técnica, a sua afetividade. Este papel de meio eu acho absolutamente fundamental.** (Dr. Fabricio)

Por outro lado, o processo interativo entre médicos e pacientes não se restringe ao espaço da consulta, tem um caráter contínuo e dinâmico e não se encerra no encontro físico do consultório. A sistemática de consultas programadas que caracteriza a continuidade inerente ao processo terapêutico da Homeopatia pode também contribuir para o fortalecimento do vínculo, o que, por sua vez, favorece o desenvolvimento de uma "aliança terapêutica" entre pacientes e médicos.

A perspectiva de um tratamento que habitualmente tem como referência um único profissional e que implica em encontros periódicos com o paciente permite que se instaure um processo interativo em que o médico pode-se fazer presente e estar próximo, mesmo estando distante.

A situação interativa entre pacientes e médicos tende a estabelecer-se de uma maneira mais profunda na Medicina Homeopática e favorece a ampliação das percepções a respeito do adoecimento e dos objetivos terapêuticos. De acordo com outro profissional, **o papel do médico, não somente como elemento que instrumentaliza uma substância, mas uma outra percepção para o problema que o paciente tem.** (Dr. Joel)

O medicamento: um remédio que não ataca

"A motivação foi que os remédios que eu tomava me atacavam. Então eu tomei a iniciativa de mudar. E com a Homeopatia eu tomo o remédio e não me ataca, eu acho que é por causa de eu ter confiança que dá certo". (Olivia)

A característica da não agressão, inerente à natureza da substância medicamentosa homeopática, pode ser considerada um componente da racionalidade da Homeopatia e representa um dos principais motivos de busca do tratamento.

Os pacientes desejam livrar-se do uso de substâncias que consideram danosas e agressivas para a sua saúde e enfatizam estes aspectos ao comentarem sobre sua opção pela terapêutica homeopática.

A busca do tratamento homeopático é caracterizada como uma alternativa, muitas vezes considerada "último recurso" a ser experimentado, na tentativa de solucionar um determinado problema, poupando o organismo dos efeitos colaterais dos remédios da Biomedicina que, de acordo com a percepção de pacientes, apesar de "muito fortes" e "potentes", são considerados, muitas vezes, de pouca resolutividade. Assim, a percepção da eficácia do atendimento na prática homeopática é influenciada pela avaliação positiva que os pacientes, de um modo geral, trazem a respeito do medicamento.

As representações que conferem ao remédio da Homeopatia atributos de "bom, saudável e que não faz mal para o organismo" e que aproximam pacientes do tratamento homeopático têm sido observadas em outros estudos⁷ e contrapõem-se ao medicamento da Biomedicina, que é considerado "forte, capaz de intoxicar e de dar problemas".

Tais questões podem ser consideradas decorrentes de um sentimento de frustração de pacientes com o fato de perceberem que, apesar da verdadeira "peregrinação" percorrida por diferentes serviços e especialidades, permanecem sem tratamento. Ou seja, resultam da crescente fragmentação de uma prática que, pulverizada nas diferentes especialidades, torna-se incapaz de oferecer um tratamento para o sujeito doente em sua totalidade.

O fato de os pacientes manifestarem a percepção de estarem carentes de tratamento apesar do uso continuado de medicamentos ao longo de um tempo, muitas vezes longo, remete à relevância de certos elementos simbólicos e subjetivos que compõem suas necessidades em termos de atenção à saúde²⁴.

A natureza abrangente do medicamento, ou seja, suas possibilidades de atuar na totalidade do indivíduo fazem com que os pacientes considerem a Homeopatia "mais eficiente", demonstrando uma expectativa de que ela é capaz de dar conta de seus diferentes problemas de saúde. Ou seja, os pacientes parecem estar em busca de um tratamento que lhes proporcione um cuidado mais amplo voltado às suas necessidades como sujeito adoecido e que remete à noção de **recuperação** e de **cura**.

A busca de outras formas ou outros caminhos de tratamento sugere também uma disposição para mudanças mais amplas que envolvem aspectos diversos da vida do paciente, conforme sugere o depoimento: [...] **um caminho, a impulsão para mudar certos hábitos e ter uma vida mais saudável.** (Antonietta)

No imaginário dos pacientes, o medicamento homeopático costuma ser referido a substâncias originadas de "ervas" ou "remédios de mato", substâncias puras que pelo fato de não terem origem química representam uma alternativa de tratamento mais saudável. Estas características influenciam as percepções de "naturalidade" e "espontaneidade" que os pacientes têm do perfil do médico homeopata e que podem estar referindo-se a uma postura menos técnica coerente com representações de pacientes e médicos que vêem na homeopatia uma "resolução natural de saúde".

Outro aspecto igualmente relevante para médicos e pacientes refere-se à acessibilidade financeira e à "simplicidade" do medicamento, considerados "gotinhas simples", "remedinhos" fáceis de tomar e baratos.

As características que dão especificidade ao medicamento homeopático situam-se no contexto de um atendimento que traz implícito um outro olhar sobre o processo saúde e doença, que pode contribuir para mudar a perspectiva de pacientes e de médicos no tratamento. Ou seja, a percepção de um "bom medicamento" situa-se no contexto da atenção do "bom doutor", no espaço onde existe o cuidado amplo, voltado para a pessoa e traduzido no ato de **tocar**, de **olhar** e de **escutar**.

Considerações finais

Analisamos ao longo desse texto o papel de certos componentes da abordagem homeopática, como a escuta do sujeito doente, o olhar e a atenção do médico, a relevância do fator tempo, a construção, enfim, de um espaço onde pacientes e médicos possam manifestar e partilhar as diversas percepções da experiência do adoecer.

Discutimos a relevância dos componentes de intersubjetividade para mobilizar percepções que ampliem o entendimento dos sentidos da doença e apontem novas possibilidades de conceber a cura, privilegiando a história e a participação ativa do paciente como sujeito.

A compreensão da doença como algo que pode integrar a vida do paciente permite ressaltar as dimensões simbólicas do adoecer que se manifestam e materializam no espaço de interação com o seu médico. Os componentes intersubjetivos que compõem este espaço estão inscritos na prática homeopática e são essenciais para que se cumpra tanto a diagnose como a terapêutica.

O fato de o paciente ser visto de forma mais ampla do que simplesmente um corpo expondo uma doença faz com que esteja presente a perspectiva do **cuidado**, mais do que os propósitos de controlar, tratar ou mesmo curar problemas específicos.

O cuidado diz respeito a uma postura de responsabilização e de envolvimento afetivo e efetivo com o outro, o que, por sua vez, abrange mais que um momento de atenção e implica um processo que requer tempo.

A questão do tempo está essencialmente vinculada à episteme homeopática, expressando-se tanto no espaço da consulta como no processo de tratamento; representa uma categoria-chave para entender a especificidade dos elementos que caracterizam a Homeopatia. A experiência que preenche a idéia de tempo é profundamente humana, justamente, por referir-se ao processo de efetivo encontro, capaz de materializar a idéia de cuidado^{13,25}.

Compreender a experiência relacional como um processo intersubjetivo implica ressaltar suas possibilidades como espaço criador de identidades, favorecendo que o paciente reconheça a si mesmo como sujeito no percurso do tratamento.

Ao falarem a respeito da perspectiva que os move ao buscarem a Homeopatia e nos motivos para sentirem-se satisfeitos e gratificados com os resultados obtidos, os sujeitos da prática homeopática nos mostraram caminhos por onde flui a legitimação dessa prática. Se existe um segredo na Homeopatia capaz de explicar por que ela continua atraindo de forma crescente, pacientes e médicos, este segredo está na natureza cuidadora dessa prática, que favorece a construção de um espaço terapêutico, totalmente diverso, que possibilita perceber a questão dos sujeitos e dos seus projetos.

Referências

1. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XXI. *Physis* 1997; 7(1):13-18.
2. Schraiber LB. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas** [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva/ Universidade de São Paulo; 1997.
3. Carvalho MB. **Homeopatia: a retomada social de uma prática terapêutica** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ Universidade Federal de Minas Gerais; 1988.
4. Almeida ELV. **As razões da terapêutica** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996.
5. Almeida ELV. **Medicina hospitalar - medicina extra-hospitalar: duas medicinas?** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1988.
6. Luz HS. **Projetos Racionalidades médicas: A medicina homeopática**. Rio de Janeiro; 1993. p.1-33 [Série Estudos em Saúde Coletiva n. 64]
7. Luz MT. **A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus; 1996.
8. Luz MT. **Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina**. Rio de Janeiro; 1998. [Série Estudos em Saúde Coletiva n. 167]
9. Luz MT. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
10. Pires RAF. **Trajетórias da Homeopatia: incursões à ciência, filosofia e psicanálise**. São Paulo: Robe; 1996.
11. Spink MJ. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez; 1999.
12. Ayres RC. [Prefácio]. In: Rosembaum P. **Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de curar**. São Paulo: Imago; 2000. p.13-18.
13. Ayres JRC. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface* 2000; 6:117-123.
14. Ayres JRC. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Rev C S Col* 2001;6(1):63-72
15. Tesser CD. **Influências da biomedicina na crise de atenção à saúde. A dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente** [tese] Campinas (SP): Faculdade de Medicina/Universidade Estadual de Campinas; 1999.
16. Checchinato D. **Homeopatia e psicanálise**. Campinas: Papyrus; 1999.
17. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. *Rev. Saúde Pública* 1995; 29(1):63-74.
18. Minayo MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
19. Rosembaum P. **Homeopatia e vitalismo**. São Paulo: Robe; 1996.
20. Rosembaum P. **A Homeopatia como medicina do sujeito: raízes históricas e fronteiras epistemológicas** [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo; 1999.
21. Chammé SI. **Poliqueixoso: metáfora ou realidade?** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo; 1992.
22. Camargo KRI. Racionalidade médica. A medicina ocidental contemporânea. *Estudos em Saúde Coletiva* 1993; 65.
23. Camargo KRI. **Racionalidade médica** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1990.
24. Lefèvre F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez; 1991.
25. Heidegger M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes; 1995.

As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC

Carmem De Simoni

Coordenadora da Política de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC/Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Iracema Benevides

Coordenadora de Avaliação da Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Nelson Filice de Barros

Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.

Os debates sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) têm alcançado um desenvolvimento excepcional nas últimas décadas¹ e já existem diversas evidências da sua popularidade entre usuários² e profissionais³. Importante conhecimento vem sendo produzido, destacando: sua integração nos sistemas nacionais de saúde^{4,5}; a importação e o resgate de práticas "exóticas" na tardia modernidade ou pós-modernidade⁶; o tipo e padrão de consumo das PIC⁷; o processo de profissionalização⁸; a demarcação de fronteiras entre categorias profissionais e suas disputas⁹; a globalização de certas práticas¹⁰; o paradigma holístico e a nova concepção de bem-estar¹¹; a possível integração de diferentes formas de cuidado e cura¹² etc.

Baseado em estudos recentes pode-se afirmar, portanto, que existe uma tendência mundial de crescimento de práticas não convencionais no campo da saúde, e de legislação para a sua integração nos sistemas nacionais de saúde. Esta legislação, que respeita e reconhece a diversidade sociocultural de formas de cuidado e cura, pode ser compreendida como a conquista de diferentes setores da sociedade, com base na proteção da população contra a má prática e os efeitos indesejados e na garantia de transparência e direito de escolha^{13,14,15,16,17}. No entanto, mesmo com o movimento mundial de legitimação e

* Agradecemos a colaboração de Flávia Davide pelo levantamento dos dados.

legalização das PIC a sua integração continua a ser um desafio em diferentes níveis, pois enquanto no âmbito de certas instituições e entre profissionais e usuários, a integração cresce, deixando ver o uso concomitante de diferentes terapias e racionalidades, no âmbito das políticas e dos conselhos profissionais inexistente integração²⁰.

No Brasil, a institucionalização das práticas integrativas teve início nos anos 1980, principalmente, após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia municipal, promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta trajetória, entre os anos de 1985 e 2005, as práticas são contempladas em documentos de Conferências Nacionais de Saúde, Resoluções Interministeriais e Convênios. A publicação da Portaria nº. 971, de 03 de maio de 2006 que define a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS 22, configura-se marco decisivo do processo de institucionalização destas abordagens no SUS, passando a ser a referência para a estruturação das PIC no sistema de saúde brasileiro.

É importante ressaltar as etapas de validação às quais esta política foi submetida durante sua elaboração. Os conteúdos propostos pelo Grupo de Trabalho (GT) responsável foram sistematizados em um documento preliminar que recebeu contribuições de diversos setores da sociedade civil e de áreas técnicas do Ministério da Saúde. Este documento foi inicialmente pactuado na Comissão Intergestores Tripartite passando posteriormente por várias etapas de debate e reformulação no âmbito do Conselho Nacional de Saúde até chegar à condição de política nacional aprovada e vir a ser publicado como a Portaria nº. 971.

Por meio de seus objetivos, diretrizes e ações, a PNPIC possibilita conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de saúde em municípios de praticamente todos os Estados. Dentre essas, destacam-se experiências da Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura; da homeopatia; das plantas medicinais e fitoterápicos; da medicina antroposófica; do termalismo/ crenoterapia e de práticas corporais, como o Lian Gong, o Do-in, o Tai Chi Chuan, por exemplo etc.

Embora dois anos possa ser considerado um prazo institucional relativamente pequeno para a consolidação de uma política, muitas ações da PNPIC já foram realizadas. Destacam-se como avanços, desde a publicação da Portaria 971, as seguintes ações:

1. ACESSO

- Ampliação do acesso e da cobertura em Práticas Integrativas e Complementares;

- Informações sobre as PIC no Disque-Saúde (telefone 0800 61 19 97);
- Fomento à presença das PIC nos meios de comunicação, nas pautas dos gestores do SUS e da população, qualificando e elucidando aspectos objetivos da discussão;

2. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR

- Criação da Comissão Intersetorial PIC no Conselho Nacional de Saúde para garantir a sustentabilidade interna do projeto e o espaço de interlocução com atores-chave.

3. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

- Articulação com o Ministério do Meio Ambiente (MMA) e Ministério da Cultura (MC) para desenvolvimento de ações sinérgicas;
- Promoção de debates com áreas do governo e do próprio Ministério da Saúde sobre a integração da Medicina Tradicional à PNPIC.

4. COOPERAÇÃO TÉCNICA

- Cooperação técnica com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e participação em grupos de trabalho e agendas internacionais;
- Potencial de desenvolvimento de projetos de cooperação com países da América Latina, África e Europa, além de Índia e China.

5. INTEGRAÇÃO PARTICIPATIVA COM AS ÁREAS ESPECÍFICAS

- Fóruns e congressos para debater os rumos da homeopatia no SUS;
- Audiências públicas e acompanhamento dos debates sobre o exercício profissional no campo da MTC/acupuntura;
- Elaboração de pré-projeto de Modelo de Observatório de Práticas, a partir de reunião com profissionais do SUS vinculados à medicina antroposófica;
- Representação do Ministério da Saúde no Grupo de Trabalho – PNPMF – para elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

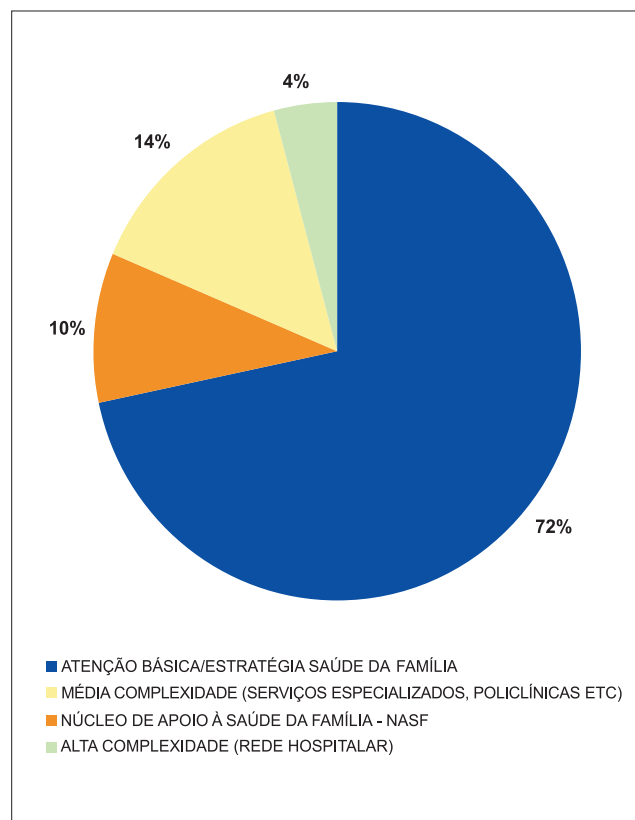
Alguns aspectos dos avanços ocorridos neste período podem ser observados pela comparação dos resultados de dois estudos realizados nos anos de 2004 e 2008, respectivamente.

Durante o processo de construção da política, o Ministério da Saúde realizou um estudo com o objetivo de traçar o perfil

de práticas e abordagens presentes nos estados e municípios brasileiros²². O estudo foi conduzido no período entre março e junho de 2004, consistindo na análise de um questionário enviado por correio a todos os gestores municipais e estaduais de saúde. Este estudo mostrou que a homeopatia, a MTC/acupuntura, a fitoterapia e a medicina antroposófica eram as abordagens e práticas que se encontravam mais presentes no SUS, além de apresentarem maior grau de consolidação e institucionalização. Este resultado validou a orientação inicial de construção da política baseada nestas modalidades. O caso do termalismo configurou-se como uma exceção, pois veio a ser integrado ao corpo da proposta preliminar apenas na etapa de aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde. Este estudo inicial revelou também uma grande diversidade de outras práticas que existiam de maneira ainda incipiente e pouco sistemática, indicando boa receptividade a abordagens complementares em geral.

Como parte da comemoração dos dois anos da PNPIC, o Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com a Secretaria de Gestão Participativa (SGP), realizou um novo diagnóstico, desta vez utilizando o método de pesquisa por telefone. Foram contatadas todas as secretarias municipais de saúde do país, obtendo um total de 4.051 entrevistas em

Figura 1: As Práticas Integrativas e Complementares estão inseridas em qual nível de atenção?

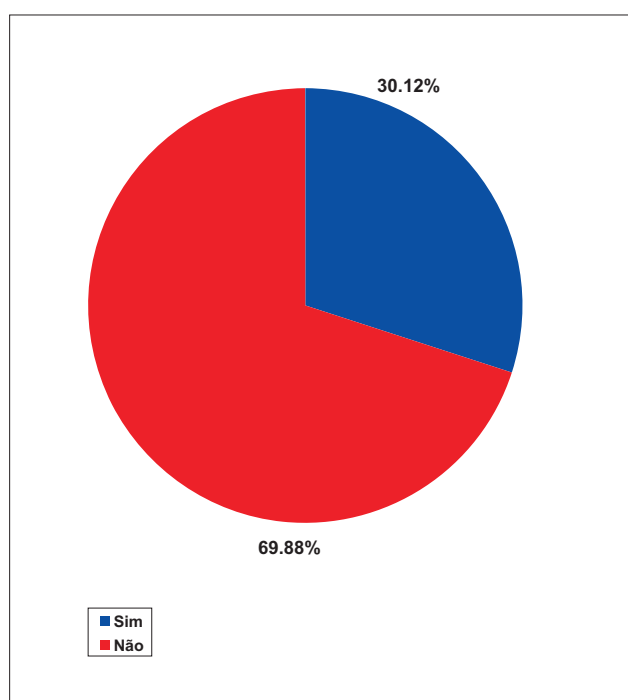


todo o Brasil. Os dados foram coletados durante o período de 18 de março a 04 de abril de 2008, por meio de entrevista com questionário semi-estruturado, respondido por gestores municipais.

O principal objetivo deste segundo estudo foi analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta das Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros. Algumas perguntas realizadas no estudo de 2004 foram mantidas, entretanto, várias perguntas novas foram acrescentadas buscando maior detalhamento em cada uma das áreas da política.

Vale ressaltar que o método de inquérito censitário por telefone é bastante utilizado pelo MS para a obtenção de informações específicas em um curto período de tempo, e sua principal vantagem é a obtenção de um alto percentual de respostas válidas com custo operacional compatível. Como respondente preferencial elegeu-se o gestor municipal de saúde que, sempre que desejado, poderia eleger um assessor ou técnico para responder às perguntas. Os secretários municipais de saúde responderam diretamente ao questionário em 53% dos casos, tendo o restante sido respondido por assessores, coordenadores, diretores ou outros membros da secretaria indicados pelo gestor.

Figura 2: O município tem Ato Normativo ou Lei que regulamenta a inserção das Práticas?



No primeiro estudo, dos 5.560 questionários, recebeu-se a devolutiva de 1.342, representando menos de 25% do universo original. Neste segundo estudo, do universo total pesquisado, 5.565 municípios, obteve-se 4.051 respostas, significando 73% do universo pesquisado.

Em relação ao nível de atenção, o estudo realizado em 2008 apontou a presença das PIC na Atenção Básica em 72%, confirmando a disposição verificada em 2004 (Figura 1). É interessante observar a tendência à sua inserção no apoio matricial da Saúde da Família, traduzido nesta figura pela legenda do NASF. De maneira mais previsível, houve ocorrência de 14% das respostas no âmbito da média complexidade e, de maneira surpreendente, 10% no nível da alta complexidade.

Quanto ao fortalecimento da institucionalização, a existência de Ato ou Lei regulamentando as PIC foi observada em 30% dos municípios (Figura 2), indicando um significativo incremento em relação ao estudo de 2004, o que fala a favor da indução realizada pela PNPIC, por meio da Portaria Ministerial n.º. 971, para institucionalização das PIC no âmbito do SUS local.

HOMEOPATIA

Dos 4.051 municípios que responderam ao inquérito, 285 (7%) afirmaram possuir algum tipo de assistência em Homeopatia. Destes, 63% garantem o fornecimento do medicamento homeopático. Quanto à distribuição quantitativa por Estados, predominam das regiões Sudeste (principalmente São Paulo e Minas Gerais) e Sul (Rio Grande do Sul e Paraná). De forma geral, o medicamento homeopático é garantido em

mais de 60% dos casos, predominando a farmácia de manipulação conveniada (Figura 3). Sobre a presença do farmacêutico homeopata, dos 41 municípios que afirmaram possuir farmácia de manipulação própria, 71% contavam com a presença deste profissional. O conhecimento sobre as disposições da Portaria GM nº 3.237/07 que regulamenta o rol de medicamentos para Atenção Básica onde estão incluídos os da farmacopéia homeopática brasileira foi registrado na metade dos 14 municípios que oferecem a farmacopéia homeopática (7 municípios). Observa-se que apesar dos esforços do MS em possibilitar a pactuação dos medicamentos homeopáticos, o conhecimento ou não dos atos normativos do Ministério da Saúde se torna decisivo para esse processo.

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA/ACUPUNTURA

As ações relativas à Medicina Tradicional Chinesa (MTC) foram identificadas em 184 municípios, correspondendo a 4,5% do total de participantes. Quanto à presença de Acupuntura, especificamente, este número eleva-se para 203 municípios (5%). Esse achado fala a favor de muitas ações relacionadas, principalmente, às práticas corporais estarem em curso em vários municípios. São estas ações que não dependem de profissionais com especialidade em acupuntura.

Estes municípios foram consultados quanto ao fornecimento de insumos para a acupuntura: agulhas, moxas, bastões de moxa e ventosas. As agulhas são oferecidas em quase 80% dos casos. Os demais insumos estão presentes em um número muito reduzido dos municípios (Figura 4). Também neste caso há predomínio de estados da região Sudeste e Sul

Figura 3: Número de municípios por UF que oferecem homeopatia, garantem medicamentos e a forma de distribuição.

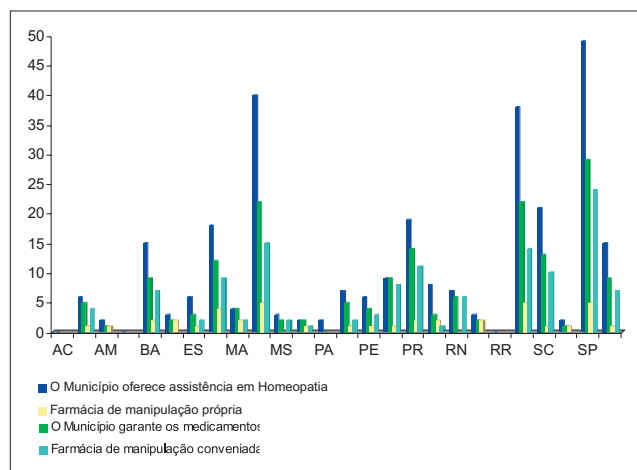


Figura 4: Número de municípios por UF que oferecem acupuntura e garantem as agulhas.

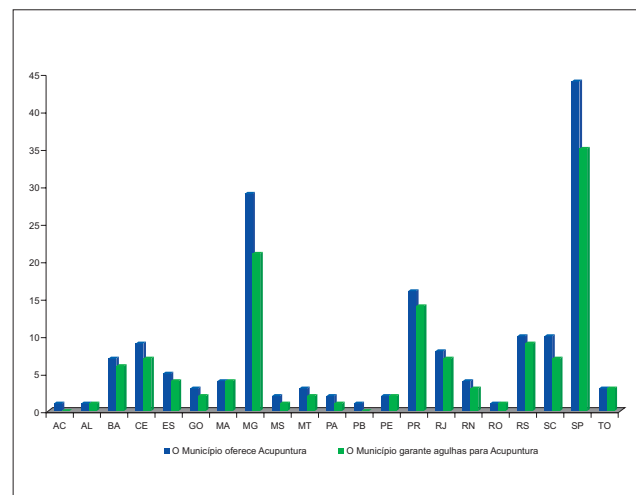


Figura 5: Práticas mentais oferecidas

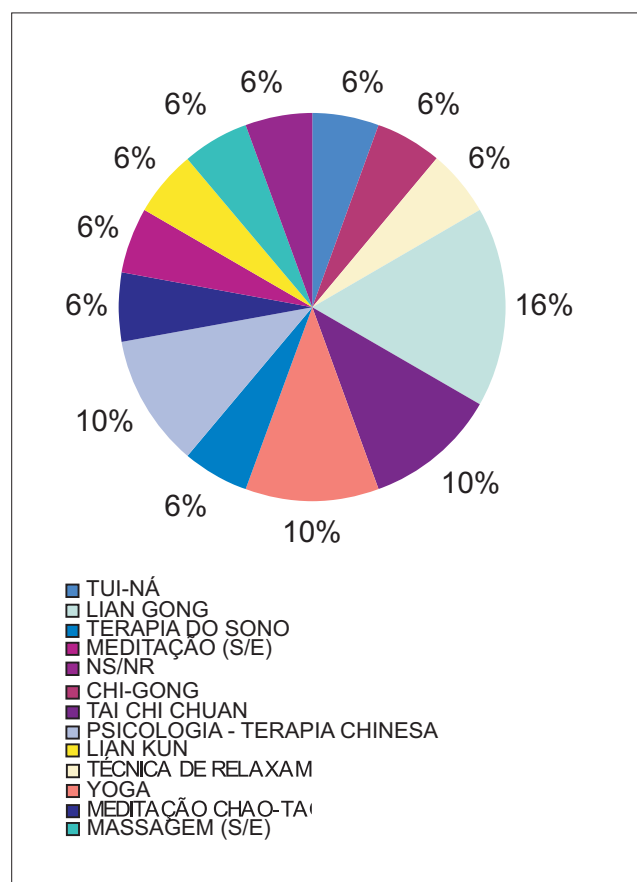
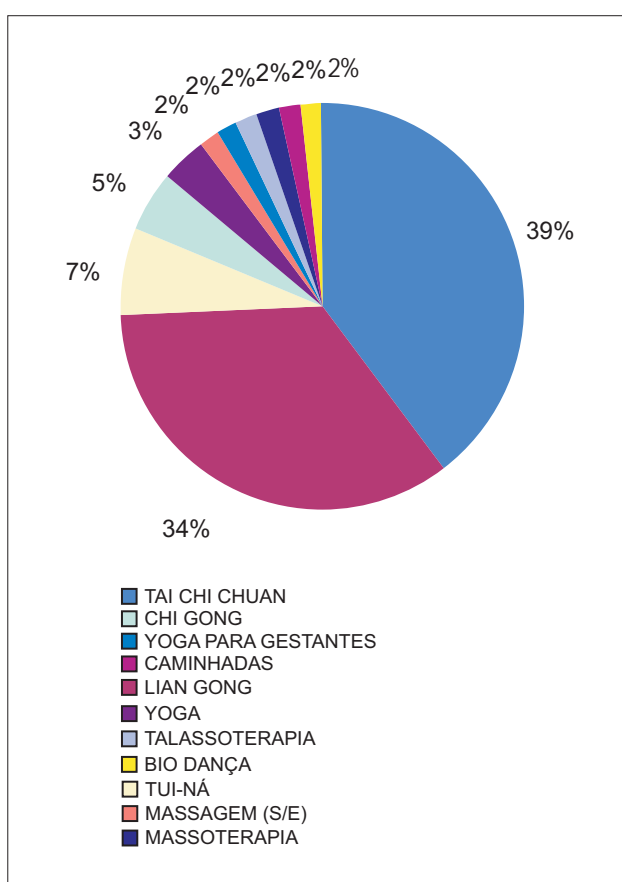


Figura 6: Práticas corporais oferecidas



do país.

Enquanto as práticas mentais da MTC estão presentes em apenas 7% dos municípios que oferecem acupuntura, as práticas corporais são desenvolvidas em quase 20% dos casos. Em ambas situações, foi observada uma grande diversidade de práticas. O Thai Chi Chuan e o Lian Gong são as práticas corporais mais ofertadas (Figuras 5 e 6).

Quanto aos profissionais que realizam as práticas de MTC observou-se o predomínio dos médicos, seguidos pelos fisioterapeutas e enfermeiros. Entretanto, pode-se observar uma ampla participação de muitas outras categorias da saúde, embora em menor escala.

FITOTERAPIA

Assim como no primeiro estudo, a fitoterapia foi a modalidade de PIC mais freqüente, tendo sido registrada em 350 (9%) dos municípios participantes, o que configura um importante aumento em relação ao diagnóstico anterior. Isto talvez se deva a uma sinergia de políticas, pois em 2006 também foi publicado o Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho. Mais um esforço intersetorial de articulação e fomento

ao uso seguro e racional de plantas medicinais e fitoterápicos. Os medicamentos fitoterápicos são assegurados em 56% deste universo (Figura 7). Assim como nas modalidades de homeopatia e MTC/acupuntura, os Estados da região Sudeste lideram em número absoluto.

TERMALISMO/CRENOTERAPIA

Quanto ao termalismo/crenoterapia, houve registro de sua ocorrência em 1,5% dos municípios participantes do estudo, com presença em muitos estados brasileiros, sendo que, na maioria, a prática está vinculada ao serviço público (Figura 8).

MEDICINA ANTROPOSÓFICA

Como esperado, a presença da medicina Antroposófica foi registrada em um pequeno número de municípios, compondo 1% dos entrevistados. A amostra registra a presença de municípios de Belo Horizonte, São Paulo e São João Del Rei – com histórico conhecido, mas também aponta localidades novas, o que pode indicar a sua expansão.

Embora o método de pesquisa possa apresentar limites e

alguns possíveis vieses de interpretação das perguntas ou motivação para as respostas, os resultados não apresentaram discrepâncias com aqueles do monitoramento longitudinal realizado pelo DAB ao longo destes dois anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a publicação da Portaria nº. 971, é possível observar que esta, além de ter estimulado muitos municípios a ampliarem a oferta de PIC, tornando iniciativas voluntárias e/ou tímidas em realidade institucionalizada nos serviços de saúde dos municípios brasileiros por meio de Atos ou Leis municipais, também parece ter orientado sua inserção junto à Atenção Básica.

Entretanto, alguns pontos ainda representam grandes desafios, cuja superação dependerá essencialmente da priorização das PIC nos planos de governo e da articulação

entre a sociedade civil e as esferas do SUS. Entre os principais desafios listamos abaixo os considerados mais imediatos e estratégicos para o desenvolvimento da PNPIC no SUS:

- Viabilização da formação e qualificação de profissionais, em número adequado, para atuarem no SUS com as PIC;
- Implementação do Monitoramento e Avaliação, considerando as diretrizes gerais da política, a institucionalização da avaliação da Atenção Básica, as especificidades de cada componente e os níveis do sistema;
- Fornecimento de insumos (medicamentos homeopáticos/fitoterápicos, agulhas para MTC/acupuntura);
- Implementação da Pesquisa em PIC, fomentando a ampliação do conhecimento, considerando as necessidades e diretrizes do SUS; entre outros.

Como perspectiva importante e muito positiva para curto prazo, vale ressaltar a criação dos Núcleos de Apoio à estratégia Saúde da Família (NASF), Portaria GM nº. 154, de 15 de janeiro de 2008 – que possibilita e cria meios para que gestores municipais incluam, entre os profissionais previstos, médicos homeopatas e profissionais habilitados para o exercício de MTC/acupuntura, conforme determina a Portaria nº. 971. Espera-se que a partir de 2009, com a efetiva implantação dos NASF pelos gestores municipais, venham a ocorrer mudanças mais substanciais neste cenário de inserção das PIC no SUS. Estudos mais aprofundados e detalhados deverão ser conduzidos para responder a outros propósitos da política.

Assim, ainda que haja muito a ser construído, considera-se que muitos êxitos foram obtidos, por um lado, internamente, na medida em que o desenvolvimento da PNPIC é mais um exercício de democracia, suporte à pluralidade e respeito ao usuário, ao veicular informações claras, precisas e atuais, referentes aos tipos de terapias e racionalidades disponíveis para o cuidado. Por outro, internacionalmente, quando o desenvolvimento nestes dois anos de PNPIC reforçou a visão de que o sistema público de saúde brasileiro, modelo mundial em várias ações, segue competente na defesa da construção de um "paradigma prudente para uma vida decente"²³.

Figura 7: Número de municípios por UF que garantem os fitoterápicos.

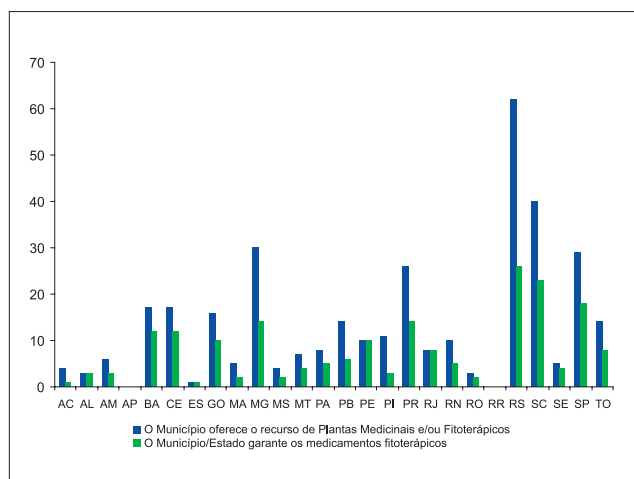
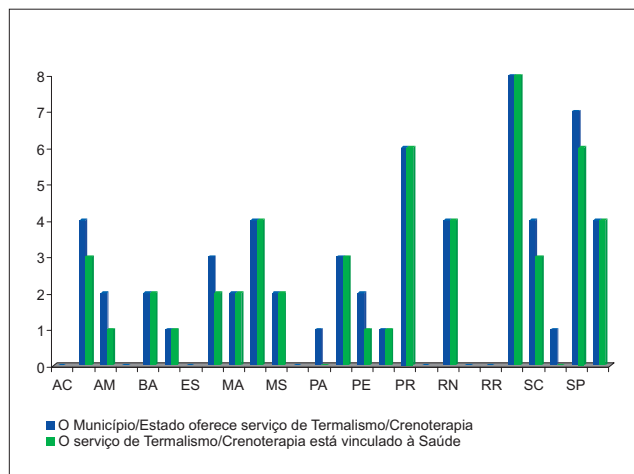


Figura 8: Número de municípios que oferecem serviço de Termalismo/Crenoterapia. Esse serviço está associado à saúde?



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eastwood, H. (2000) Postmodernisation, consumerism and the shift towards holistic health *Journal of Sociology* 36:133-5.
2. Luff, D. & Thomas, K. (2000) Getting somewhere, feeling cared for: patient perspectives on CAM. *Complementary Therapies in Medicine* 8: 253-59.
3. Tovey, P. (1997) Contingent Legitimacy. *Social Science and Medicine* 45: 1129-34.

4. Tovey, P., Easthope, G. and Adams, J. (eds) (2003) *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*. London and New York: Routledge.
5. Barros, NF; Siegel, P; Simoni, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007, vol.23(12), p.3066-3067.
6. Turner, B. (2003) Foreword to Tovey P, Easthope G and Adams J (eds) *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*. London and New York: Routledge.
7. Goldner, M. (2003) Consumption as Activism in Tovey P, Easthope G and Adams J (eds) *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*. London and New York: Routledge.
8. Saks, M. (1994) *Professions and Public Interest*. London: Routledge.
9. Broom, A. & Tovey, P. (2007) Therapeutic Pluralism? Evidence, power and legitimacy in UK cancer services. *Sociology of Health and Illness* 29: 551-569.
10. Tovey, P. & Broom, A. (2007) Cancer patients' negotiation of therapeutic options in Pakistan. *Qualitative Health Research* 17: 652-662.
11. Sointu, E. (2006) The search for wellbeing in alternative and complementary health practices, *Sociology of Health and Illness* 28: 330-349.
12. Tovey, P. & Adams, J. (2001) Primary care as intersecting social worlds. *Social Science and Medicine* 52: 695-706.
13. World Health Organization (2001) *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization.
14. OMS. *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*. Geneva: World Health Organization; 2001.
15. OMS. *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization, 2002.
16. How are European patients safeguarded when using complementary and alternative medicine? Geneva: CAM-CANCER Project, 2005.
17. OMS. *global atlas of traditional, complementary and alternative medicine*. Kobe, Japan: World Health Organisation, 2005.
18. Stepan J, *Traditional and Alternative Systems of Medicine : A Comparative Review of Legislation*, in : *International Digest of Health Legislation*, 1985, Vol. 36, N° 2).
19. De Bijl N.; Nederveen, van de Kragt I. Legal Safeguards Against Medical Practice by not Suitability Qualified Persons : A comparative study in seven European Union countries, in : *EU Journal of Health Law*, vol. 4, 1997 : 5-18.
20. Tartaryn e Verhoef.
21. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B, Majid N. Integrative healthcare: arriving at a working definition. *Altern Ther Health Med*. 2004 Sep-Oct;10(5):48-56.
22. Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - Brasília: Ministério da Saúde, 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>>.
23. Santos, BS. (2000) *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.



A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares está disponível na página eletrônica www.saude.gov.br/dab.



**III MOSTRA NACIONAL DE
PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA / SAÚDE DA FAMÍLIA**
**III CONCURSO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**05 a 08
de agosto
de 2008**

**Centro de
Convenções
Ulysses
Guimarães**

www.saude.gov.br/dab

Brasília - DF



**Ministério
da Saúde**



ISSN 1518-2355



www.saude.gov.br/dab



Ministério da Saúde

