

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR LITORAL

DAIANE ROBERTA SÉRIO

O SABER BIOMÉDICO E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS DE SAÚDE: CONCEPÇÕES E
REPRESENTAÇÕES DA SAÚDE E DA DOENÇA

MATINHOS
2012

DAIANE ROBERTA SÉRIO

O SABER BIOMÉDICO E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS DE SAÚDE: CONCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA SAÚDE E DA DOENÇA

Artigo apresentado como requisito parcial à obtenção do título de especialista no curso de Especialização em Questão Social pela perspectiva interdisciplinar, Setor Serviço Social, Universidade Federal do Paraná Setor Litoral.

Orientadora: Profa. Dra. Marisete Hoffmann-Horochovski.

MATINHOS
2012

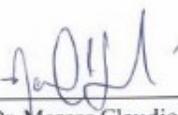
PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora designada pela Orientadora, Professora Doutora **MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI**, realizaram em 01/12/2012 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante **DAIANE ROBERTA SÉRIO**, sob o título "*Saber biomédico e práticas terapêuticas de saúde: concepções e representações da saúde e da doença*", para obtenção do Título de *Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar* pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante recebido conceito "APL".

Matinhos, 01 de dezembro de 2012.



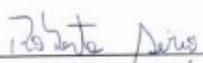
Prof.ª. Dra. Marisete Teresinha Hoffmann
Horochovski



Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli



Prof.ª. Dra. Nádia Terezinha Covolan



DAIANE ROBERTA SÉRIO
Estudante

LEGENDA DE CONCEITOS	APL - Aprendizagem Plena	APS - Aprendizagem Parcialmente Suficiente
	AS - Aprendizagem Suficiente	AI - Aprendizagem Insuficiente

OBSERVAÇÃO:

CASO O(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS APONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.



O SABER BIOMÉDICO E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS DE SAÚDE: CONCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA SAÚDE E DA DOENÇA

Daiane Roberta Sério¹.

Resumo:

O artigo tem por objetivo apreender e apresentar o embate teórico entre as diferentes práticas, concepções e saberes acerca do processo de Saúde e Doença, a partir do referencial da Antropologia da Saúde que exemplifica e demonstra sua inter-relação com a sociedade e a cultura. Nesse sentido, as concepções e representações da saúde e da doença dos diferentes grupos socioculturais vão influenciar sobre qual sistema de saúde utilizam, se o oficial ou os alternativos, ou ambos. E nessa dinâmica há ainda o embate entre o saber médico que se coloca como hegemônico em detrimento de outros saberes. A Antropologia da Saúde tem um papel fundamental nesse processo, sobretudo, em apontar algumas questões para que se reflita a importância do sujeito, ou seja, suas representações e informações sobre a doença e a saúde o colocam num papel mais ativo. A adoção de práticas alternativas de saúde vem cada vez mais se expandindo na sociedade brasileira, não mais se restringindo aos pequenos grupos, vez que, é cada vez mais comum sua presença nos centros urbanos. Além disso, está presente na Política Pública de Saúde que as reconhecem enquanto integrativas e complementares. E é exatamente esse processo que o artigo pretende demonstrar, utilizando-se de trabalhos e pesquisas realizados por alguns autores da Antropologia da Saúde que revelam as interfaces culturais no processo saúde e doença e o papel das práticas terapêuticas e oficiais de Saúde.

Palavras –Chave: Antropologia da Saúde, representações sobre saúde e doença, saber biomédico, práticas terapêuticas de saúde.

¹Bacharel em Serviço Social pela Faculdade Estadual de Ciências Econômicas de Apucarana, licenciada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina.

Introdução.

A ideia de pesquisar e escrever sobre os saberes acerca da Saúde e Doença, surge da minha necessidade de uma maior compreensão da temática, tendo em vista, meu campo de atuação profissional – a Saúde – mais especificamente trabalho como Assistente Social no âmbito hospitalar, no qual me é claro as dificuldades e o embate entre os saberes e a revelada hegemonia que o saber biomédico impõe em detrimento de outros. Para tal recorri a Antropologia da Saúde, fazendo uso do contato que tive com esta Ciência quando fiz o curso de graduação em Ciências Sociais na Universidade Estadual de Londrina, e em especial à matéria: Saúde, Corpo e Doença.

A partir disso busco com esta análise apreender e apresentar o embate teórico entre as diferentes práticas, concepções e saberes acerca do processo de Saúde e Doença utilizando a Antropologia da Saúde que é consolidada como uma disciplina de extrema importância para se pensar a relação das Ciências Sociais com o campo da saúde, e em especial as relações e representações sociais acerca do processo de saúde.

Conforme, Iriart (2003) a Antropologia da Saúde tem como objeto de estudo a forma como, em diferentes contextos socioculturais, as pessoas interpretam, atribuem significados e reagem com o processo saúde-doença.

Estudar as concepções populares e profissionais sobre a temática saúde-doença é também um dos objetivos presentes neste trabalho, onde através da comparação de diferentes processos e práticas de saúde é possível apreender a forma como determinado grupo ou população utiliza e interpreta os diferentes saberes da saúde (oficiais e alternativos).

A Antropologia da Saúde tem um papel fundamental em interpretar como as pessoas e os diferentes grupos representam o processo saúde e doença e como, essas representações influenciam sob o arsenal terapêutico a ser utilizado.

Dessa forma, tal artigo se propõe a apresentar alguns trabalhos bibliográficos no campo da Antropologia da Saúde que abordam e exemplificam essa relação entre a cultura, as representações da saúde-doença e os sistemas de saúde – saber biomédico e práticas terapêuticas. E apresenta sucintamente como a Política Pública de Saúde através do SUS (Sistema Único de Saúde) incorpora os saberes tido como alternativos e a busca do SUS em humanizar a atenção à saúde no Brasil.

As representações da saúde e da doença e o contexto sociocultural

Ao abordarmos as representações da saúde e da doença nos remetemos ao conceito de representação social enraizada na Sociologia de Émile Durkheim através da Representação Coletiva. Esse Sociólogo em suas elaborações teóricas busca encontrar o que de fato fornece unidade à vida social, e a resposta a isso é o conceito da consciência coletiva.

(...) Durkheim chama de consciência coletiva, na qual são eliminadas ou minimizadas as diferenças individuais, dando lugar a uma unidade cuja vida se manifesta pela constituição e ação de representações coletivas (XAVIER, 2002, p.21).

Para Durkheim as representações coletivas fornecem a manutenção da ordem e do equilíbrio social. Para teorizar a representação coletiva Durkheim a empregou na elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico. Ele então, evidenciou que esses fenômenos pertencem ao coletivo e não pode ser explicada em termos individual, vez que, não confere ao indivíduo a invenção da língua ou da religião, sendo esses produtos exclusivamente social, produzidos por uma sociedade ou povo. (ALEXANDRE, 2004).

As representações sociais se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetos e comunicação que lhes concernem. O social intervém de várias formas: pelo contexto concreto no qual se situam grupos e pessoas, pela comunicação que se estabelece entre eles, pelo quadro de apreensão que fornece sua bagagem cultural, pelos códigos, símbolos, valores e ideologias ligados às posições e vinculações sociais específicas (SÊGA, 2000 p.128).

Dessa forma, ao falar sobre representações sociais a elas nos remetemos enquanto manifestação de um tipo de conhecimento que é produto do social (construído socialmente) que refletem a construção de uma realidade comum e inerente a um determinado grupo ou conjunto social, no qual a bagagem cultural e simbólica é condição fundamental na forma que as representações sociais se constituem.

Segundo Geertz (1978), a Antropologia define cultura como um sistema simbólico

que conforma as visões de mundo. A cultura determina valores e motivações conscientes e inconscientes, através das quais as pessoas interpretam e dão sentido ao seu mundo (*Apud*, IRIART, 2003).

A partir de determinado grupo ou sociedade, os indivíduos herdaram um conjunto de princípios, conceitos, regras e significados que modelam e se manifestam nas formas como eles vivem.

Cada sociedade constrói códigos culturais que articulam representações sobre diversas esferas sociais, entre as quais se incluem representações sobre corpo, saúde e doença, formando assim uma matriz cultural ou um sistema simbólico. A cultura, tal como a sociedade, não se apresenta de forma homogênea, ao contrário ela – sociedade e cultura – forma um processo e sistema complexo e multifacetado, comportando consensos e contradições, num mesmo contexto sociocultural, de diferentes perspectivas e referência de mundo (IRIART, 2003).

Conforme Bourdieu (1989) a produção cultural também ocorre em meio a uma disputa pelo poder simbólico, ou seja, o poder de produção e legitimação de significados culturais dominantes. Muitas vezes, estes significados representam a hegemonia de determinados grupos na sociedade.

As concepções e representações da saúde e da doença predominantes em distintos grupos sociais estão intimamente ligadas ao contexto social, político, cultural e econômico vigentes nestes grupos. “A forma como a sociedade atribui significados às doenças reflete largamente a forma com ela se pensa” (IRIART, 2003, p.3).

As noções que cada pessoa tem sobre sua saúde e doença revela fatores complexos que vão muito além do saber médico, nelas estão presentes fatores socioeconômicos, ambientais, biológicos e culturais.

(...) A antropologia considera que a saúde e o que se relaciona a ela (conhecimento do risco, idéias sobre prevenção, noções sobre causalidade, idéias sobre tratamentos apropriados, etc.) são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados (UCHÔA e VIDAL, 1994 p.498).

São vários os estudos dentro da Antropologia da Saúde que contribuem para demonstrar a grande influência que determinados padrões culturais e contextos sociais exercem nos comportamentos que busquem a prevenção e a utilização dos serviços de

saúde.

A exemplo disso existem as concepções moderna de pessoa que agrega valores individualistas de homem, como característica fundamental da cultura ocidental contemporânea. E essas concepções individualistas do homem vão influenciar fortemente a maneira como este concebe o corpo, a saúde e a doença com grande ênfase e busca pela estética. Saúde então ganha significado de beleza e eterna juventude.

Madel Luz, citada por Iriart (2003), analisando as transformações nas representações de corpo e saúde na sociedade brasileira contemporânea, aborda a disseminação, entre determinadas camadas sociais, da concepção segundo a qual manter a saúde significa manter o copo em forma (boa forma física).

Estudos antropológicos como o de Luiz Fernando Duarte revelam que dentro de uma mesma sociedade há formas diferenciais de representações de si e das instâncias que os circunscrevem. A exemplo este autor opõe classes de trabalhadores à camadas médias, concluindo que nas primeira há a primazia de uma concepção hierárquica de pessoa e na segunda uma concepção individualista (*Apud*, RUSSO, 1997).

Sociedades marcadas por uma concepção de pessoa individualista tendem a manifestar o sofrimento emocional através de sintomas e conceitos psicológicos, em que é bastante comum o diagnóstico psiquiátrico de depressão. Enquanto que em contextos socioculturais nas quais essa concepção é holista, o sofrimento emocional se dá através de manifestações somáticas ou distúrbio físico – morais (IRIART, 2003).

Uchôa e Vidal (1994) referenciam vários estudos da Antropologia que revelam que os comportamentos de uma população acerca da saúde e doença e a terapêutica por ela a ser utilizada, são construídas a partir de universos socioculturais específicos. Através da compreensão das diferentes representações e concepções socioculturais da saúde e doença que se torna possível apreender a adoção e utilização dos diferentes sistemas de saúde.

Nesse sentido o termo biomedicina, segundo Iriart (2003), tem sido frequentemente utilizado nos trabalhos antropológicos para designar a medicina moderna, remetendo à estrutura institucional da medicina no ocidente e enfatizando a primazia de sua base epistemológica e ontológica fundamentada na fisiopatologia. Em suma, para o modelo biomédico saúde e doença constituem antes de mais nada, fenômenos de ordem biológica que devem ser tratados através de uma ação de natureza técnica.

O discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população. Ele nos revela que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural (UCHÔA e VIDAL, 1994 p. 497).

A contribuição da Antropologia se dá exatamente por possibilitar a construção de um novo paradigma acerca da saúde e da doença que interprete esse processo enquanto um fenômeno multidimensional e não de forma fragmentada. A doença a partir do modelo biomédico é vista como uma disfunção física ou mental e raramente é visualizada enquanto um fenômeno marcado pelo universo social. Já na Antropologia tanto a doença como a saúde deve ser interpretada enquanto um fenômeno culturalmente construído.

Os estudos antropológicos sobre a eficácia simbólica de Lévi-Strauss (1975, *Apud* Iriart, 2003), revelam que os sistemas simbólicos são largamente desconsiderados e subestimados pela medicina moderna, e, no entanto, a realidade simbólica pode possuir implicações extremamente relevantes sobre o substrato biológico da doença, tanto promovendo a aparição de sinais e sintomas como o seu desaparecimento.

O saber biomédico e práticas terapêuticas: contribuições da Antropologia da Saúde

Ao abordar a temática que dispõe sobre as práticas terapêuticas distintas daqueles que o saber biomédico classifica, é comum que se inclua sob essa denominação o conjunto das terapias indígenas, mágicas e religiosas. Ou ainda, o conjunto das terapias utilizadas nas regiões rurais, ou pelas populações de baixa renda concentradas em locais isolados ou considerados atrasados, justificando-se assim que a adoção desses somente se desenvolve em ocasião única e exclusiva da falta de acesso ao saber médico – oficial.

Importante esclarecer que saber biomédico é aqui tratado enquanto um conjunto de saberes biológicos no qual se baseia a medicina (SARTI, 2010).

De acordo com Loyola (1991) quaisquer que sejam os critérios adotados ou os aspectos, sejam: as técnicas, os agentes, os consumidores ou o espaço socioeconômico para definir a medicina tradicional, sempre se esbarra no pressuposto de que se está lidando com conhecimentos e técnicas terapêuticas residuais ou sobrevivente de uma época passada, que devem desaparecer com o avanço da medicina oficial. “Quando resistem, são devidas ‘a ignora, superstição ou fanatismo das populações que as utilizam, resistência esta que a

erradicação do analfabetismo e a expansão do sistema escolar devem banir como tempo” (LOYOLA, 1991, p.125).

As práticas de cura distintas da medicina oficial veem, no entanto, assumindo uma posição e representação diferente das explicações acima elaboradas, uma vez que, elas não somente existem nos centros urbanos e nas regiões mais desenvolvidas do país, como são responsáveis pela cura de numerosas doenças que o sistema oficial de saúde não dá conta de absorver e nem explicar.

O saber médico configura-se, como clínica e como prática médica, discurso sobre o corpo singular e discurso sanitário sobre o espaço social. Com a emergência da sociedade industrial, a saúde das individualidades passa a incluir necessariamente as condições coletivas de salubridade, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos na exterioridade das condições sanitárias do espaço social (BIRMAN, 2005).

Nesse contexto, a Saúde Pública se fundamenta como a medicina moderna no final do século XVIII, configurando-se com um caráter de controle - polícia médica - e com a medicina social, marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades. De forma que, a saúde pública foi uma das responsáveis pela construção de uma nova estrutura urbana, pela produção de estratégias preventivas.

Contudo, há que se destacar que a Saúde Pública mesmo se expandindo a dimensão do contexto social e suas particularidades, fundamentou seu discurso e sistemas exclusivamente na ciência, na hegemonia e monopólio da biomedicina o que legitimou a medicalização do espaço social e o naturalismo médico. Dessa forma, a medicina adotou o combate às epidemias e às endemias, através de dispositivos sanitários como estratégia dominante da Saúde.

As epidemias representaram o campo privilegiado para a produção, reprodução e diversificação da medicalização do campo social, com o fortalecimento correlato do poder da medicina. Entretanto, a caução científica do discurso naturalista da medicina sempre colocou entre parênteses a dimensão política das práticas sanitárias. A epidemia de aids revelou esse processo, em nome do discurso da ciência, legitimaram-se práticas de marginalização de diferentes segmentos sociais (BIRMAN, 2005).

[...] As descobertas biológicas multiplicam o poder social da medicina,

conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias. Nesta perspectiva, as descobertas bacteriológicas de Pasteur, que representaram um avanço fundamental no conhecimento biológico das infecções, contribuíram para apagar qualquer significação diferencial dos corpos, nos quais se realizaram as práticas de assepsia. A leitura naturalista se impôs como razão triunfante, legitimando com sua universalidade as práticas de medicalização. Enfim, a Saúde Pública encontrou definitivamente seu solo fundador na Biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide (BIRMAN, 2005, p.2).

Dessa forma, é fundamental repensar o modelo naturalista e hegemônico da medicina. A antropologia extrapola o saber biomédico, ao suscitar que a saúde e a doença está marcada também num corpo que é simbólico, em que inscreve uma relação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos.

Destacando, nas diversas sociedades, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos.

Os diversos recursos das ciências naturais são irrefutavelmente fundamentais para a investigação e as práticas sanitárias. Mas possuem alcance limitado, pois a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico. Por isso, a constituição do discurso teórico da Saúde Coletiva, com a introdução das Ciências Humanas no campo da Saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico. As transformações recentes no campo da Epidemiologia, no sentido de demarcar certas regiões de sua racionalidade teórica como Epidemiologia Social, assim como as novas proposições teóricas nos campos da Economia e do Planejamento em Saúde, revelam que esses discursos, há muito existentes, já sofreram transformações no sentido de relativizar a hegemonia atribuída aos saberes biológicos. Na mesma direção, as pesquisas recentes sobre os sistemas humanos de reprodução — nas quais se destacam a ênfase nas concepções de prazer na reprodução biológica, assim como as leituras diferenciadas a respeito da sexualidade humana e da ordenação do corpo — sublinham nitidamente a relativização do universalismo naturalista e a conseqüente valorização de modelos teóricos fundados no reconhecimento dos valores e diferenças

produzidos no plano simbólico (BIRMAN, 2005, p.4).

Em consonância ao acima citado está a reflexão de Madel Luz (2003) ao sinalizar inúmeros avanços no campo da saúde – enquanto política pública. Segunda a autora esses avanços se deram justamente pela incorporação de conceitos e perspectivas das Ciências Sociais. O saber biomédico passa a considerar saúde como sinônimo de bem viver, logo não compete somente a medicina e a medicalização a garantia desse bem viver à população, mas, sim ao Estado através de políticas públicas que assegurem condições de vida saudável.

A relação intrínseca entre saúde e cultura não constitui novidade para a antropologia. Conforme Langdon (2003), no início do século, o inglês Rivers, antropólogo formado em medicina, pesquisou medicina nas culturas primitivas. Duas décadas depois, nos Estados Unidos, outro médico –antropólogo, Erwin Ackerknecht publicou vários artigos sobre medicina primitiva.

Como destaca Langdon (2003), ambos apresentaram uma visão holista e defenderam que as ideias e práticas de saúde e doença são ligadas ao contexto cultural no qual se encontram e que não são fenômenos fragmentados. Os dois pesquisadores apontaram para as noções de causalidade como princípio para entender os procedimentos e diagnósticos terapêuticos.

Para esses pesquisadores, o tratamento seguiu a lógica das causas, ou seja, doenças originadas por causas mágicas foram tratadas com terapias mágicas e as contraídas por causas naturais eram tratadas com terapias naturais. Entretanto esta lógica que os pesquisadores apostaram demonstrou ser bem mais complicada, vez que, as pesquisas posteriores sobre noções de causalidade e sua relação com o itinerário terapêutico demonstraram que existem vários fatores que influenciam na escolha terapêutica.

O processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso; é melhor entendido como uma seqüência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos, com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. Há duas fontes principais de divergências: uma se encontra na própria natureza dos sinais da doença, e a outra nas diferentes interpretações das pessoas (LANGDON, 2003, p. 98).

Temos assim que, os diferentes diagnósticos de uma mesma doença aumentam

quando os participantes representam diferentes explicações, experiências e interesses sobre o caso. Por essa razão o processo de doença e terapêutico é caracterizado por perspectivas diferentes dos participantes e suas negociações para se chegar a uma interpretação que indicará o tratamento adequado.

Buchillet (1991) apresenta que sob a perspectiva ocidental, ou seja, para os sistemas oficiais de saúde, a doença é resultante de uma anomalia de estrutura ou de função biológica. E mais, a doença é similar de um indivíduo para outro independentemente de sua pessoa e de seu contexto sociocultural.

Já nas sociedades tidas como tradicionais onde os sistemas de saúde não são os oficiais, a doença é interpretada na totalidade de seu quadro sociocultural. Neste caso, a doença não pode ser pensada nem analisada fora da concepção de indivíduo, de pessoa e de suas singularidades, e nem tão pouco fora de seu contexto social, histórico e também sobre suas representações do mundo natural e das forças que o regem.

A imbricação estreita dos fatos relativos à ordem biológica, à ordem social e à ordem do cosmológico tem contribuído ao descrédito das medicinas tradicionais em face a supremacia da medicina oficial. De forma que, as práticas terapêuticas distintas da biomedicina são consideradas por essa, como irracionais, sustentado por superstições e crenças fadadas a desaparecer, podendo às vezes ser reconhecidas como germes de uma pré-ciência, suscetíveis de evoluir à racionalidade científica.

Numerosos autores tem salientado a importância da busca das causas sócio-cosmológicas no estabelecimento do diagnóstico e na conduta terapêutica [...] A questão da causalidade é, assim, indissociável da constatação de uma desordem fisiológica ou orgânica. A doença é, geralmente, atribuída à intervenção de agentes humanos ou não humanos (espíritos, animais, divindades, fantasmas, etc.), mas este reconhecimento de uma causalidade exógena à doença não implica necessariamente na passividade do paciente frente à sua doença (BUCHILLET, 1991, p.25 e 26).

Evans-Pritchard (1937) denominava “a lógica situacional”, a qual segundo este autor, a antropologia não trata somente de sistemas de pensamento, mas, sobretudo, de sistemas de pensamento em ação. Por isso, ao analisar as representações ligadas à doença e seu tratamento, há a necessidade de começar a pesquisa a partir dos episódios concretos de doença, seguindo todas as etapas de elaboração do diagnóstico e de tratamento adotados

pelo paciente, analisando as interações entre os diferentes atores – doente, família, comunidade, categorias de curadores – envolvidos ao longo da evolução da doença (*Apud*, BUCHILLET, 1991).

Augé (1984), citado por Buchillet (1991) - para abarcar os diferentes percursos feitos pelo paciente na procura de um tratamento – criou o conceito de “itinerário terapêutico” e é neste momento que se destacam as figuras do médico, ou do curador, benzedor. O itinerário terapêutico de Augé é o conjunto de processos destinados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem passando por todas as etapas institucionais.

Em outras palavras, é comum na sociedade ocidental contemporânea o indivíduo/pessoa acometido por determinada doença, recorrer às varias categorias terapêuticas que vão desde o médico e o sistema oficial de saúde a recursos mágicos, religiosos figurados por curadores, benzedores, ervas, chás entre outros. É comum ainda que, dependendo da representação dessa pessoa sobre a doença e contextualizada a seu meio que as diferentes terapêuticas sejam adotadas em relação de co-existência, ou seja, o indivíduo recorra às várias categorias que simbolizem ao alívio e cura ao mesmo tempo.

As contribuições das Ciências Sociais possibilitaram mudança de paradigma no campo da saúde coletiva, vez que, no lugar da então medicina social surge a saúde coletiva que trás um conjunto de programas e ações que primam pela integralidade e descentralização das ações de saúde (LUZ, 2003).

A exemplo desses avanços temos o HUMANIZA SUS e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 e atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos sendo: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários. A PNH conceitua humanização enquanto a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuário, trabalhadores e gestores. (BRASIL, 2003).

Essa Política traduz a necessidade de se garantir a eficiência no atendimento à saúde e sobremaneira a defesa e garantia do Direito à vida e à Saúde. Dessa forma, não basta que

o serviço de saúde tenha um atendimento com escuta acolhedora e respeito às diferenças se descumprir com o direito que é inerente à condição humana - o Direito a Vida e o Direito à Saúde.

Outra Política que também expressa a contribuição da Antropologia e das Ciências Social é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC).

A PNPIC surge a partir do objetivo do SUS (Sistema Único de Saúde) em garantir a integralidade na atenção à saúde. Sua implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, social e cultural. A PNPIC reconhece a necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências já desenvolvidas no âmbito da saúde pública, mas que carecem de diretrizes específicas. A PNPIC contempla as seguintes práticas:

Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura: caracteriza-se por um sistema médico integral originário da China. Apresenta como fundamento a dualidade de forças e seu objetivo está na busca pelo equilíbrio dessas duas forças presentes no mundo. Para tanto faz uso de várias modalidades de tratamento dentre elas a acupuntura.

A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo de locais anatômicos através da inserção de agulhas. Segundo essa técnica é justamente a inserção das agulhas em pontos determinados do corpo que irá contribuir para manutenção, recuperação e prevenção de agravos e doenças. (BRASIL, 2006).

Homeopatia: princípio fundamental dessa prática é dar centralidade ao sujeito, uma vez que, o compreende em suas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia a doença significa a ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. A homeopatia também contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência. (BRASIL, 2006).

Plantas Medicinais e fitoterapia: a fitoterapia está caracterizada pelo uso de plantas medicinais em sua diferentes formas farmacêuticas. O grande destaque dessa terapêutica se dá pelo potencial que o Brasil apresenta para seu desenvolvimento, ou seja, a grande biodiversidade aqui existente. (BRASIL, 2006).

Termalismo Social – Crenoterapia: O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral. A crenoterapia consiste na indicação do uso de águas minerais com finalidade terapêutica. (BRASIL, 2006).

Medicina Antroposófica: é uma abordagem médico-terapêutica complementar de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar. O médico antroposófico utiliza esses conhecimentos como complemento da clínica.

Entre os recursos utilizados destaque para a homeopatia e a fitoterapia. A medicina antroposófica tem sua prática reconhecida por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina. (BRASIL, 2006).

Destaco que não constitui objeto desse artigo analisar a eficácia dessas terapêuticas tidas como complementares e/ou alternativas. Somente as citamos no sentido de contextualizar que no Brasil existe uma Política que as prevê. E essa Política sim que nos interessa, sobretudo, porque sua construção se deu justamente pela influência e contribuição da Antropologia.

Considero como um dos pontos altos da PNPIC o reconhecimento da importância e necessidade da escuta acolhedora para o desenvolvimento do vínculo terapêutico e da integração do homem com seu meio. Outro ponto que destaco é a ênfase para uma visão ampliada do processo saúde e doença e a promoção global do cuidado humano.

Cabe fazer algumas ressalvas no que diz respeito à operacionalidade dessa política, ou seja, apesar de simbolizar um avanço em termos de conceitos e diretrizes para atenção à saúde, são poucos os serviços públicos que abrangem essas práticas. E os que abrangem, mesmo se referindo a transdisciplinaridade, ainda têm o médico como a figura central e na prática ainda num modelo hierarquizado.

Destaco ainda, que a Política trata de algumas terapêuticas um pouco além do cotidiano e da cultura do povo brasileiro. A exemplo a acupuntura e o termalismo social, técnicas essas que, seja pela limitação geográfica ou mesmo econômica e cultural limita o acesso da grande massa. A PNPIC mesmo tratando da fitoterapia não contemplou as práticas alternativas que a grande maioria da população de fato faz uso que são os chás e garrafadas que não passam pelo processo de industrialização farmacêutica.

Por fim, a relação entre a biomedicina e as práticas terapêuticas ainda é marcada pela hegemonia da ciência biomédica, no entanto, são várias as experiências nos mais diferentes contextos que veem revelando que o saber biomédico não consegue dar respostas satisfatórias.

Exemplo disso é o paciente continuar com mal estar apesar do tratamento, ou mesmo que apresente melhora clínica, continue se sentindo mal. Este fato então denuncia a limitação do saber biomédico ao desconsiderar outros processos que vão além dos biológicos e materiais.

A saúde e a doença enquanto fenômenos sociais e culturais são passíveis de pesquisas disciplinarmente diferentes, tais como: ciências humanas e as biológicas.

(...) como se relacionam esses distintos campos do conhecimento, cujos olhares transformam o corpo e a doença em objetos radicalmente diferentes, porque construídos a partir de referências epistemológicas distintas, como as que distinguem o campo da biologia – fundada na suposição da objetividade do conhecimento empírico – e o campo simbólico da antropologia (SARTI, 2010 p.77).

O saber biomédico ainda é considerado o saber hegemônico ao tratar da saúde e da doença. A biomedicina constitui representação oficial do corpo humano. Canguilhem (2006) citado por Sarti (2010), aborda que, para conceituar a doença, os postulados científicos da biologia resultam num discurso normativo – padrão de normalidade. A doença é então vista e tratada de forma quantitativa.

Diferentemente do saber biomédico a antropologia atribui às categorias de pesquisa – saúde e doença uma variável qualitativa. A variável qualitativa permite a relativização dos conceitos de normal e patológico, possibilitando a entrada da representação da pessoa doente no campo de pesquisa.

É muito importante não confundir a doença com o pecado nem com o demônio. Mas só porque o mal não é um ser não se deve concluir que seja um conceito desprovido de sentido, ou que não existam valores negativos, mesmo entre os valores vitais, não se pode concluir que, no fundo, o estado patológico não seja nada mais que o estado normal (CANGUILHEM, 2006, *Apud* SARTI, 2010 p. 79).

Existe uma dimensão política a ser enfrentada pelos estudos da antropologia frente ao saber biomédico no campo da saúde. Esse enfrentamento não significa a anulação ou substituição de um pelo outro, mas sim a afirmação de que são campos de conhecimento diferentes com origens epistemológicas distintas, mas que, no entanto, devem fazer as mediações no sentido de garantir avanços no campo da saúde e práticas terapêuticas.

Nenhum conhecimento ou pesquisa está na condição de acabado ou de detentor da verdade absoluta.

Considerações Finais

É evidente a existência de processos delineados a partir das representações que a pessoa tem de si, do mundo, de suas relações, da cultura, e do contexto sociocultural e cosmológico para resignificar e representar o processo de saúde e doença, e uma das maiores contribuições da antropologia neste sentido, está exatamente em apontar que o saber biomédico ao desconsiderar estas questões no tratar a doença, ou seja, desconsiderar que o paciente é um ser humano que retém informações importantes sobre sua aflição implicará diretamente na eficácia do tratamento.

E muito, além disso, a Antropologia pode fornecer instrumentos para se refletir a relação médico/paciente que almeja ultrapassar a relação de poder aí estabelecida, buscando uma maior humanização e respeito às diferenças. Exemplo disso é o avanço na abordagem e tratamento que o Sistema Único de Saúde (SUS) permitiu ao criar em 2006 uma Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), cujo objetivo principal é garantir a integralidade na atenção à saúde a partir do reconhecimento de algumas práticas tidas como tradicionais ou alternativas no processo saúde e doença. E além a PNPIC surge para reforçar a humanização no atendimento à saúde, uma vez que, considera o sujeito numa perspectiva global, destacando sua singularidade, representações e resignificações de sua saúde e doença.

Como afirma Minayo (2007) é de grande importância que o profissional de saúde considere as informações contidas nas queixas do paciente, buscando compreender este discurso contextualizado a vida e trabalho dessas pessoas, e, sobretudo, aos significados culturais que formatam a percepção e expressão da saúde e doença.

Por fim, a inter-relação existente entre o contexto sociocultural e as interpretações e representações sobre o processo saúde e doença, conforme os trabalhos acima apresentados, vão influenciar fortemente, na escolha do sistema terapêutico que a pessoa transcorrerá ao longo do processo saúde e doença.

Nesta dinâmica, já não é mais possível considerar um saber como único e possível, a utilização das práticas alternativas de saúde vem se expandindo cada vez mais nos centros

urbanos. E esse fato corrobora para que o próprio saber biomédico, tido como hegemônico, repense suas práticas, no sentido, de considerar o contexto cultural em que o sujeito está inserido e como este representa sua doença, de maneira, a tornar o tratamento mais humanizado, mais coerente com a realidade da pessoa e mais eficiente no sentido de, ao menos dar respostas aos anseios e dúvidas das pessoas envolvidas no processo.

Importante destacar que a construção desse trabalho nos proporcionou uma maior proximidade com o tema, contudo, são evidentes as limitações de abordagem nele presente. Limitações essas que de certa forma é resultado do próprio processo de pesquisa, ou seja, uma análise, sempre estará longe de alcançar todas as respostas, posto ser o conhecimento algo infinito e mutável, sempre desejando e necessitando de novas análises e novos arranjos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, Marcos. **Representação Social: uma genealogia do conceito**. Revista Comum, Vol. 10, n. 23 – p. 122-138 –Rio de Janeiro, Jul/dez 2004. Disponível em <<http://www.sinpro-rio.org.br>>. Acesso em 26 de outubro de 2012 às 14:50 horas.

BIRMAN, Joel. **A Physis da saúde coletiva**. In: Physis: Revista de Saúde Coletiva, Vol. 15, RJ, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 01 de set. 2012 às 13:36 horas.

BRASIL. 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, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em 23 out. 2012 às 16:20 horas.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília – DF, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Editora: Difel, Coleção: Memórias e Sociedade, Lisboa, 1989.

BUCHILLET, Dominique. **A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde**. In: BUCHILLET, Dominique. (org.) *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Pará: Ed. CEJUP/Museu Paraense Emilia Goeldi 1991.

DUARTE, Luiz Fernando Duarte. **Indivíduo e Pessoa na experiência da saúde e da doença**. Ciência. Saúde Coletiva, Vol. 8 n. 1 Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 28 de outubro de 2012 às 13:33 horas.

FERREIRA, Sandra Regina Soares e BRUM, Jane Lílian Ribeiro. **As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 20. n. esp., p. 5-14, Porto Alegre, 2000. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br>>. Acesso em 25 de outubro de 2012 às 13:12 horas.

IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Concepções e Representações da Saúde e da Doença: Contribuições da Antropologia da Saúde para a Saúde Coletiva**. In: IRIART, 2003. *Concepções e representações da saúde e da doença*. Texto didático. Salvador: ISC – UFBA. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 01 set. 2012 às 10:28 horas.

LANGDON, Esther Jean. **Cultura e os processos de saúde e doença**. *Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. Brasília/Londrina, CN DST/Aids/Ministério da Saúde/CIPSI – Centro de Intervenção e Pesquisa em Saúde Indígena, 2003.

LOYOLA, Maria Andréa. **Medicina tradicional e medicinas alternativas: representações sobre a saúde e a doença concepção e uso do corpo**. In: BUCHILLET,

D. (org.) *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Pará: Ed. CEJUP/Museu Paraense Emilia Goeldi 1991.

LUZ, Madel. **As Novas formas da saúde; práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea**. Publicada originalmente em *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva*, Editora Hucitec, 2003. Disponível em <<http://www.nescon-medicina.ufmg.br>>. Acesso em 26 de outubro de 2012 às 11:12 horas.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª edição. Hucitec, São Paulo, 2007.

SARTI, Cynthia. **Corpo e doença no trânsito de saberes**. *Revista brasileira de Ciências Sociais* – Vol. 25 n. 74, out./2010. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 26 de outubro de 2012 às 14:20 horas.

SÊGA, Rafael Augustus. **O conceito de Representação Social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovic**. *Revista Anos 90*, n. 13, Porto Alegre, Julho de 2000. Disponível em <http://www.ufrgs.br>. Acesso em 25 de outubro de 2012 às 14:00 horas.

UCHÔA Elizabeth e VIDAL Jean Michel. **Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da saúde e da Doença**. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.

XAVIER, Roseane. **Representação Social e Ideologia: Conceitos Intercambiáveis?** Universidade Federal de Pernambuco. *Revista: Psicologia e Sociedade*; 14 (2): 18-47, Pernambuco, Jul/dez de 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 26 de Outubro de 2012 às 18:30 horas.