

Prevenção quaternária e medicinas alternativas e complementares no cuidado clínico e na prevenção

Charles Dalcanale Tesser
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil
Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, Portugal

Capítulo 1

Introdução: ecologia de saberes, racionalidades médicas e prevenção quaternária

Introdução	1
Construir uma ecologia de saberes	9
Violência e apropriação da razão metonímica na saúde-doença.....	12
Heterogeneidade nos saberes hegemônicos e P4	19
Referências bibliográficas.....	26

Introdução

Esta trabalho envolve investigações sobre as relações entre dois fenômenos contemporâneos imersos no tema dos cuidados em saúde-doença, que atravessam os contextos de cuidado institucionais e não-institucionais, heterônomos (realizados por curadores, profissionalizados ou não) e autônomos (realizados pelas pessoas 'leigas' para si mesmas e seus próximos). Trata-se das relações entre as medicinas complementares e alternativas (MAC), cuja procura crescente pelas populações é um fenômeno reconhecido nas últimas décadas (WHO, 2013) e o cuidado institucional biomédico realizado na atenção primária à saúde (APS). Dentro deste último, focamos em uma prática/conceito pouco conhecida e relativamente recente nascida no interior da medicina de família e comunidade¹: a prevenção quaternária.

¹ A especialidade médica que se constituiu em torno da relação de cuidado existente na APS (McWhiney, 1996)

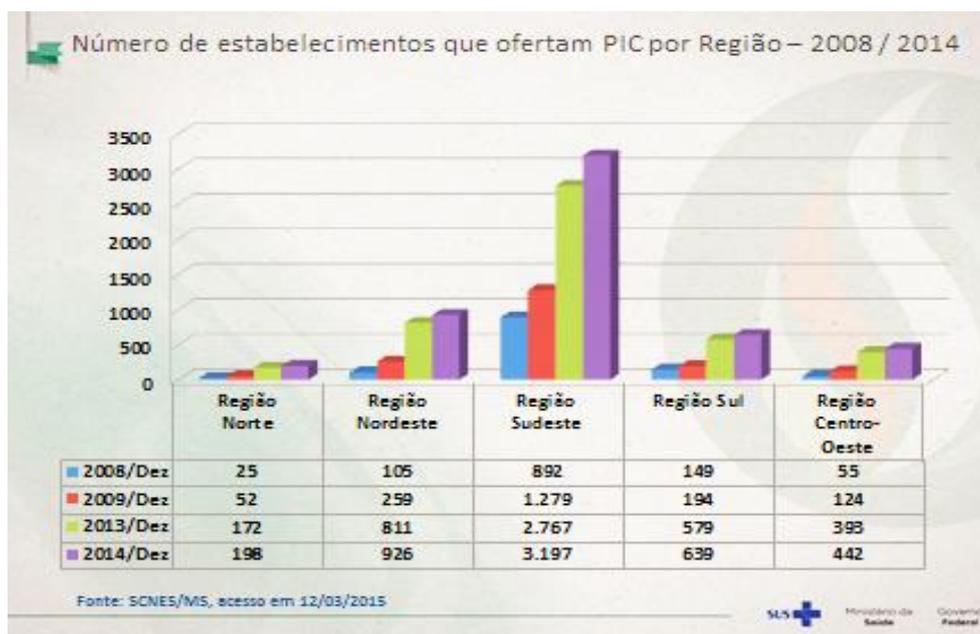
A Organização Mundial da Saúde (OMS) designou recentemente de medicina tradicional e complementar (WHO, 2013) ao que se tem chamado na literatura científica de medicinas alternativas e complementares (MAC) (*complementary and alternative medicine [CAM]*). Elas referem-se a um conjunto heterogêneo de práticas, saberes associados e produtos agrupados pela característica de não pertencerem ao escopo dos saberes/práticas consagrados na medicina convencional². Esta conceituação negativa é vaga mas coerente com a heterogeneidade desse universo, que será referido doravante por MAC. Quando alguma MAC faz parte da história, da tradição e da cultura de um povo, a OMS a trata como medicina tradicional. No Brasil, este ponto é complexo devido ao sincretismo cultural e étnico do seu povo, mas como nossa abordagem é genérica será pouco afetada por ele. Por isso, usaremos a sigla MAC indistintamente, de modo a englobar o que pode ser considerado medicina tradicional no Brasil.

A procura e uso das MAC, amplo e massivo fora das instituições biomédicas, é ainda um tanto marginal dentro delas, apesar de estar crescendo, inclusive nos sistemas públicos de saúde em várias partes do mundo (WHO, 2013). O crescimento do interesse pelas MAC dentro das instituições de formação e pesquisa biomédicas se dá a partir da produção de investigações científicas impulsionadas por pelo menos dois fatores: o primeiro é o próprio uso crescente das MAC, em larga e disseminada escala populacional nos países de alta renda, o que ficou visível na década de 1990 após inquéritos populacionais (Eisemberg 1993, 1998).

Não há estudos de abrangência populacional no Brasil, mas desde a década de 1980 há registros de experiências com MAC no Sistema Único de Saúde (SUS), que foram incentivadas e ampliadas pela edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006 (Brasil, 2006). O governo federal brasileiro realizou dois inquéritos nacionais, em 2004 e 2008, um por correspondência e outro por telefone, investigando a presença das MAC ou PIC (como são chamadas no SUS) nos municípios do país (a municipalidade é responsável pela gestão da APS no SUS) (Brasil, 2006, Brasil, 2008). Tais pesquisas mostraram presença crescente dessas práticas

² “*Outside of mainstream conventional medicine*”: National Center Complementary and Integrative Health: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>

no SUS, e 70% dessa presença localiza-se na APS, principalmente nas equipes de Saúde da Família, formato criado na década de 1990 pelo governo federal que transformou-se em estratégia de estruturação da APS no país, é considerado o padrão-ouro de organização de serviços de APS, responde por 70% dos serviços de APS, e triplicou o número desses serviços. Dados institucionais mais recentes mostram aumento significativo dessa presença, permanecendo 70% dela na APS, 25% em serviços especializados e 5% em hospitais (figura 1).



Assim, as MAC estão, ainda timidamente, em processo de inserção na APS brasileira, e provavelmente também do mundo. Mas sua presença e expansão na APS dispõe de pouca sistematização, discussão e avaliação das experiências (poucos estudos pontuais). A complexidade do tema aumenta ao se considerar que os saberes e técnicas das MAC estão, grosso modo, ausentes da formação dos profissionais de saúde no Brasil, incluindo os profissionais da APS.

Nos países ricos, essa procura ocorre paralelamente ao grande uso da biomedicina, acessível a quase totalidade da população, e de forma um tanto paradoxal (Le Fanu, 2000), pois ocorre em paralelo com um continuado processo de medicalização social (Illich, 1981), ou melhor, com sua

intensificação e transformação para uma biomedicalização social (Clarke, 2010).

Inicialmente denominado como medicalização social (Illich, 1981), o processo de expansão aparentemente ilimitado da ação biomédica na sociedade envolvia e envolve a conversão de aspectos e vivências das pessoas e de seus corpos em problemas médicos, preferentemente doenças a serem manejadas pelos profissionais de forma curativa ou preventiva (Conrad, 2007). Merece destaque, dentre as múltiplas áreas em que isso ocorreu e ocorre, os comportamentos humanos e seus aspectos subjetivos, inclusive não-patológicos - ou não doentios, convertidos em transtornos mentais (Caponi, 2012, 2014). Tal processo, inicialmente, era centrado em doenças e instituições médicas, no controle (Zola, 1972) e na disciplinarização (Foucault, 1979) dos corpos; sendo inegável a participação fortemente ativa da biomedicina e seus profissionais no processo (Tesser, 2006a,b). Analisada como tendência forte em ampla expansão ao final desse século, a medicalização incluía também uma transição para a incorporação cultural pelas sociedades, populações e pessoas de uma obsessão pela saúde (*healthism*, para Crawford [1980]; "*healthicization*" para Conrad (2007); higiomania para Nogueira [2001, 2003]).

Williamns et al. (2006) alertam também para um processo associado, mas suficientemente distinto, que interage com a medicalização, porém não envolvendo os profissionais de saúde, que chamou de farmacologização ("*pharmaceuticalization*"), conceituado como a transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas, em que há utilização de medicamentos para atingir certas performances (sem indicação terapêutica), que cria identidades em torno do uso de determinados fármacos. Além de reforçar a ideia de que "para cada mal há um comprimido", ele leva à expansão do mercado farmacêutico para além das áreas tradicionais, incluindo o uso por indivíduos saudáveis, criando relações diretas da indústria com "consumidores" e colonizando a vida humana pelos produtos farmacêuticos (Camargo Jr, 2013).

Na transição para o século XXI, tudo isso foi se transformando e complexificando em um ritmo cada vez mais acelerado, caracterizando uma nova situação hipermedicalizada, renomeada e descrita por Clarke et al (2010)

como uma biomedicalização, em que os profissionais e os sistemas de saúde continuam tendo participação ativa, mas não tão central. Há uma intensificação da expansão e industrialização crescentes do saber biomédico, cada vez mais dominada pelas empresas privadas do setor, que avançam na direção da biomedicalização dos riscos.

Transiciona-se de um controle direto centrado nos profissionais para uma vigilância auto e hetero-administrada mediada por procedimentos tecnocientíficos, orientados por padrões estratificados e individualizados de riscos, que passam a ser medicalizados e commodificados, uma vez que tecnologias de diagnose, monitoramento e tratamento dos riscos individuais, um a um, vão sendo desenvolvidas e oficializadas na biomedicina e nos sistemas de saúde públicos (Clarke et al., 2010). Embutida na idéia de biomedicalização, a commodificação da saúde em geral e dos riscos em particular vem convertendo grandes porções da população em pacientes crônicos, embora sem adoecimento sensível, convertendo potencialmente toda população em pacientes (Skrabanek, 1994).

Esse contexto biomedicalizado induz a procura de cuidados convencionais e imprime transformações nas MAC no sentido de sua apropriação (ainda que parcial) pela biomedicina ou biociência. Esse é justamente o segundo fator mencionado acima de crescimento das MAC nas investigações, na formação e nas práticas biomédicas: a exploração científica biomédica de indícios empíricos da eficácia de algumas técnicas terapêuticas (ou preventivas) das MAC, que vem revelando algo de sua eficácia (US Committee on the use of CAM, 2005).

O mais conhecido exemplo talvez seja a acupuntura enquanto técnica terapêutica, cujo reconhecimento na comunidade acadêmica e profissional biomédica esté em avançado processo, com um processo de integração à biomedicina de alguns de seus aspectos e usos (notadamente quanto a analgesia). Há também progressivo aumento das investigações sobre outras formas de cuidado e cura incluídas nas MAC. Isso vem produzindo aumento de interesse dos profissionais de saúde a seu respeito, a ponto de parte

significativa deles em alguns locais terem dupla formação, biomédica em alguma MAC, ou parecerias com praticantes de MAC³.

Com resultado desse processo complexo, de maior uso social fora das instituições biomédicas e crescentes pesquisas com incorporação parcial de técnicas e produtos das MAC pela biomedicina, bem como outros fatores dos diversos contextos dos sistemas de saúde, a APS vai aos poucos se abrindo para um diálogo, alguma incorporação gradual dessas práticas, com as quais os seus profissionais passam a conviver ou mesmo a praticar (Kooreman e Baars, 2012), uma parte deles. Isso gera progressivamente uma interação e no limite uma integração entre o cuidado biomédico na APS e algumas MAC (Sundberg et al., 2007; Mior et al., 2010; Joos et al., 2010; BMJ, 2003), para além do que os usuários dizem que usam e efetivamente usam. Esta relação, interação e possível integração das MAC com a APS e o cuidado ali realizado, inclusive médico, é um dos interesses deste trabalho, e particularmente no que toca a prevenção quaternária.

A prevenção quaternária (que abreviaremos para P4) é um conceito (e prática) mais recente que os três tipos clássicos de prevenção de Leavell e Clarck, 1976 (primária, secundária e terciária⁴). Ela é tomada aqui conforme proposta pelos médicos de família e comunidade⁵: ações de identificação de pessoas em risco de medicalização excessiva e sua proteção de novas intervenções desnecessárias, propondo medidas eticamente aceitáveis (Bentzen, 2003; Jamouille e Gusso, 2012; Jamouille, 2014, 2015). A P4 aplica-

³ 50% dos GP ingleses oferecem ou encaminham para alguma MAC; 50% de los médicos generalistas holandeses prescrevem productos fitoterápicos e oferecem terapias manuales e acupuntura; 46% dos médicos suíços tem alguma competência em MAC; acupuntura é usada em 70% das clínicas de dor na Alemanha e 90% delas no Reino Unido; no Canadá 57% das terapias herbarias, 31% dos tratamentos quiropráticos e 24% dos tratamentos de acupuntura são dispensados por médicos generalistas (WHO, 2003; BMJ, 2003)

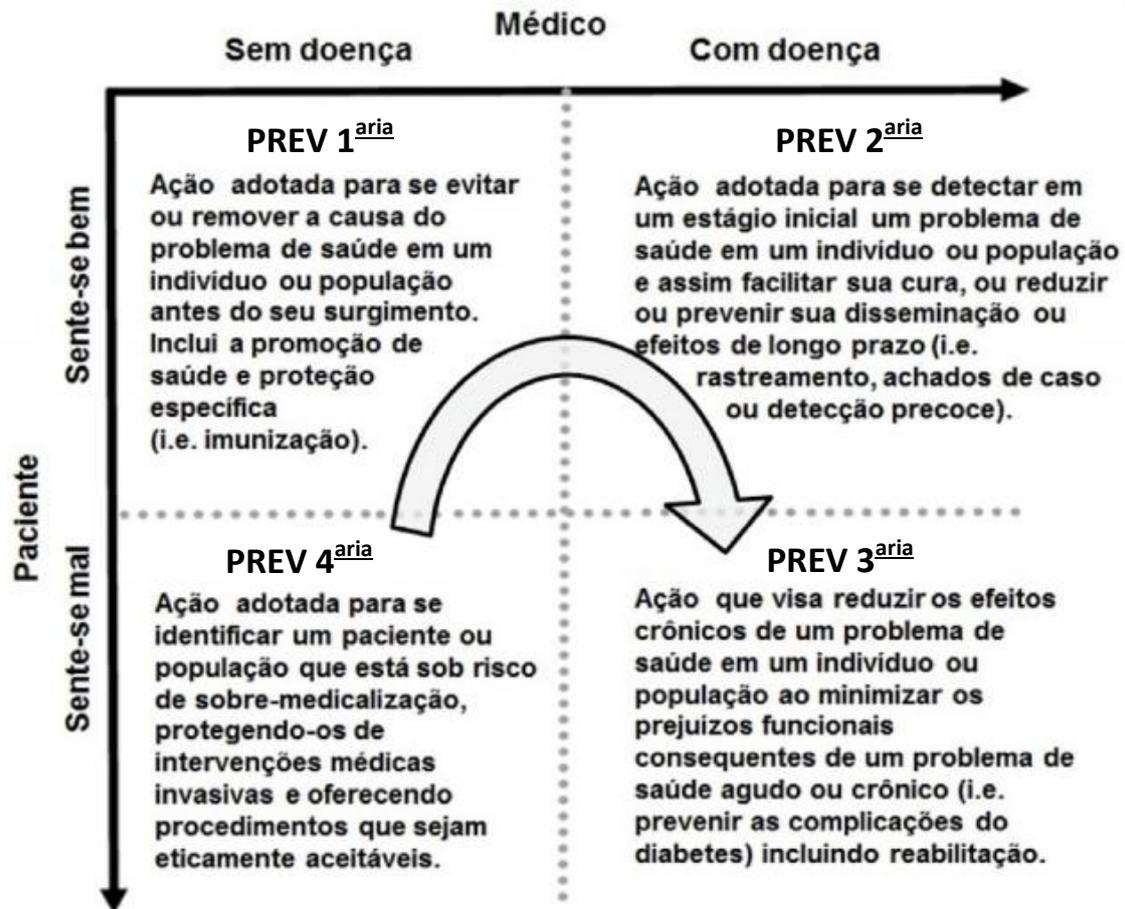
⁴ A prevenção primária são ações que evitam o aparecimento da doença, que podem ser de tipo específicas, dirigidas a determinada doença, ou inespecíficas. A prevenção secundária são ações: a) que identificam precocemente o adoecimento, alterando seu horizonte clínico (aumentando a capacidade profissional ou leiga de perceber a doença), de que os exemplos mais populares e praticados são os rastreamentos ou rastreios (*screenings*); b) ou que antecipam e melhoram a qualidade do tratamento, evitando lesões e sequelas e abreviando a intensidade e o tempo do adoecimento. A prevenção terciária são ações após o estabelecimento da lesão patológica voltadas para a reabilitação e ressocialização, evitando consequências da lesão ou disfunção já instalada (Leavell e Clarck, 1976).

⁵ Outras definições com significados diferentes existem para a expressão 'prevenção quaternária', cuja síntese pode ser encontrada em Starfield et al. (2008).

se, portanto, a todas as áreas da atividade clínica e sanitária, inclusive aos outros tipos de prevenção, e diz respeito especificamente a necessária autocontenção e qualificação da atividade clínica e sanitária curativa e preventiva, hoje sabidamente também um risco potencial significativo para a saúde (Starfield, 2000).

Nosso interesse dirige-se aos desdobramentos operacionais da P4, tanto no cuidado profissional como nos demais tipos de atividades preventivas. Desde o século XX a prevenção foi organizada numa lógica cronológica, linear e técnica, visando prevenir eventos mórbidos futuros com ações no presente, baseada apenas no saber médico-científico. A expansão do conceito e da prática da P4 permite e facilita alterar essa lógica fundamentada apenas no tempo e no saber biomédico instituído, para uma outra organização alicerçada no relacionamento entre profissional e usuário. Isso é ilustrado na Figura 1, que mostra sinteticamente os três tipos clássicos de prevenção propostos por Leavell e Clarck (1976) e a P4 vistas através de dois eixos: a experiência do usuário e a perspectiva do profissional.

Figura 1. Tipos de ações preventivas



Fonte: adaptação de Jamouille (2015)

A P4 induz a observação crítica, pelos médicos, sanitaristas, demais profissionais e gestores dos sistemas de saúde sobre si mesmos e sua atividade clínico-sanitária, de forma operacional, incluindo o questionamento de seus limites técnicos e éticos, o estudo e questionamento das influências múltiplas que incidem sobre as decisões e condutas preventivas e curativas. Aponta para a construção de boas práticas, frente a tendências culturais, técnicas e institucionais por vezes danosas à saúde das pessoas individualmente e coletivamente.

Nesse ponto específico, a P4, apesar de parecer redundante e repetitiva de velhos princípios da medicina ocidental como *'primum non nocere'*, é relativamente inédita, dado esse princípio sempre ter sido remetido à uma ética apenas oralmente e genericamente proclamada (Smith, 2005), mas operacionalmente delegada e relegada à intimidade de cada profissional. A novidade da P4 é que ela demanda e induz uma discussão organizada, um reconhecimento coletivo dos profissionais de situações problemáticas, em que

são comuns atitudes intervencionistas e sobremedicalizadoras, potencialmente mais danosas. Situações estas para as quais se necessita de saberes e diretrizes orientadores de ações de contenção, correção e geração de alternativas de cuidado. Isso abre um amplo espaço de pesquisa para construção de saberes organizados, os quais precisam ser discutidos e sistematizados para maior proteção dos usuários dos danos e riscos produzidos pela ação clínico-sanitária, para o que este trabalho almeja contribuir.

Diferentemente das preveções primária, secundária e terciária, a P4 está voltada para os profissionais e os sistemas de saúde, e especialmente aos profissionais da atenção primária à saúde, que são o seu berço originário. Ela pode ser considerada um conceito nativo dos profissionais da APS, que sintetiza o seu reconhecimento do avanço e da importância da biomedicalização e da colonização econômica (industrial e comercial) do cuidado clínico, da saúde pública e da produção do conhecimento biomédico; que requer ativa resistência, prudente ceticismo e novos saberes e práticas voltados para a defesa e proteção dos cidadãos e doentes. Constitui-se em uma estratégia em estruturação para discutir e qualificar e redirecionar as atividades médicas e sanitárias no sentido da proteção dos usuários, evitação do excesso de medicalização e de danos iatrogênicos (Jamouille, 2015).

Para esclarecer nosso enfoque sobre as relações entre as MAC e a P4, dentro do contexto algo mais amplo das MAC em sua interação com a APS, sintetizamos a perspectiva ético-política e filosófico-epistemológica que norteia o trabalho. Compartilhamos do reconhecimento da necessidade e do esforço de construção de uma ecologia de saberes, conforme proposta por Santos (2002, 2010), nos cuidados em saúde doença, a adiante esboçamos uma síntese livre de algumas de suas idéias.

Construir uma ecologia de saberes

A ecologia de saberes está associada a necessidade de superar as heranças coloniais e suas consequências sobre os saberes/práticas sociais e científicas no mundo contemporâneo. O colonialismo, iniciado em escala global há séculos pelos países Europeus, foi também uma dominação epistemológica, que conduziu à supressão de muitas formas de saber, relegando muitos outros

saberes para um espaço de subalternidade (Santos; Meneses, 2010). Ele foi, além de outras dominações, também uma dominação epistemológica, que ainda hoje vigora (Santos, 2010).

Uma das expressões dessa dominação é o pensamento abissal, uma característica do pensamento moderno ocidental que, através de linhas imaginárias, divide o mundo e o polariza dicotomicamente (Gomes, 2012). No campo do conhecimento, a maior linha abissal consiste na concessão à ciência moderna do monopólio da distinção entre o verdadeiro e o falso. No campo do cuidado à saúde-doença, todos os outros saberes e experiências de outras culturas e outros curadores, e mesmos os saberes e experiências dos pessoas comuns não autorizadas pela ciência (fora dos seus cânones metodológicos e teóricos) são produzidos pelo pensamento hegemônico abissal como ausentes, não relevantes, não-saberes, indignos de crédito; como pertencentes ao outro lado (das linhas abissais), onde existem apenas crenças, opiniões, representações, subjetividades, culturas. Isso gerou um caudal de experiências desperdiçadas, desvalorizadas e ou eliminadas pela imposição de saberes e práticas hegemônicas. A injustiça social anda de par com uma injustiça cognitiva global, sendo “o eixo da colonização epistêmica o mais difícil de criticar abertamente” (Meneses, 2008, p.5).

Mas o pensamento abissal suscitou e suscita resistências do “sul do mundo” (o lado dominado, oprimido e explorado, o lado de lá das linhas abissais); e demanda e necessita ser enfrentado, com a construção de um pensamento pós-abissal, para restabelecer a diversidade epistemológica do mundo, vista como uma ecologia de saberes (Santos, Meneses e Nunes, 2004), cujo equilíbrio ou reequilíbrio (“ecológico-cognitivo”) é difícil de vislumbrar ou conceber.

A ecologia de saberes deriva do reconhecimento da impossibilidade de qualquer saber universal a monopolizar as sociedades contemporâneas e, conseqüentemente, os cuidados em saúde-doença (Santos, 2010). Ela implica que a percepção e aceitação da diversidade epistemológica do mundo, por aumentar os critérios de validade do conhecimento, fazem que se tornem visíveis e credíveis espectros muito mais amplos de ações, saberes e agentes sociais (Santos e Meneses, 2010). Nessa perspectiva, não concebe os conhecimentos em abstrato, mas como práticas de conhecimento que

possibilitam ou bloqueiam certas ações no mundo real. Quando há alternativas mutuamente excludentes, as escolhas concretas das formas de conhecimento a privilegiar devem ser informadas pelo princípio da prudência, que no contexto da ecologia de saberes consiste em dar preferência às formas de conhecimento que garantam a maior participação possível dos grupos sociais envolvidos na concepção, execução, controle e fruição da intervenção (Santos, 2010).

Uma ecologia de saberes não se orienta no sentido de prescindir da ciência moderna, ainda que reconheça nela - e seu monopólio da verdade - uma das principais ferramentas do pensamento abissal. Em vez disso, busca o reconhecimento dos limites (internos e externos) da ciência, de modo a favorecer a busca de credibilidade possível para os conhecimentos tidos comumente por não-científicos. Como a experiência social de cuidado em saúde-doença é muito mais ampla e variada do que o que a tradição científica (biomédica) conhece e considera importante; esta riqueza social está a ser relativamente desperdiçada. Para combater esse desperdício, para tornar visíveis as iniciativas, alternativas e formas não-convencionais e para lhes investigar e/ou dar credibilidade, Santos (2002) propõe três procedimentos: uma sociologia das ausências, uma sociologia das emergências e um trabalho de tradução.

Várias características da razão hegemônica científica precisam ser superadas, dentre as quais merece destaque o fato dela ser metonímica, qualificativo compreendido a partir de uma específica figura de linguagem em que uma parte é tomada pelo todo, ou substitui o todo. A razão metonímica não é capaz de aceitar que a compreensão do mundo é muito mais do que a compreensão ocidental do mundo. A compreensão do mundo que ela promove é parcial e muito seletiva; é limitada em relação ao mundo e a si própria, mas opera numa arrogância que se concebe como se fosse a única, a melhor e totalizante. Isso tem como efeito a produção de ausências ou não-existências sempre que uma dada entidade ou fenômeno é desqualificado e tornado invisível, ininteligível ou descartável (Santos, 2002).

A sociologia das ausências trata de demonstrar que muito do que não existe é ativamente produzido como tal, isto é, como uma alternativa não-credível ao que existe. Seu objetivo é transformar objetos impossíveis em

possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. Faz isso centrando-se nos fragmentos da experiência social não socializados pela totalidade metonímica hegemônica. No caso que aqui nos interessa, seria possível um aproximação dos saberes e práticas não convencionais que os transformasse de uma ausência (embora estejam aos poucos progressivamente visibilizados de certa forma, pela extensão de seu uso social) em uma presença? Para isso ser possível é necessário o questionamento da monocultura do saber científico.

A monocultura do saber científico pressupõe um tempo linear que, ao mesmo tempo que contraiu o presente, dilatou enormemente o futuro, no sentido e na direção que lhes são conferidos pelo progresso, uma direção supostamente irreversível, em um tempo homogêneo e vazio, que não tem de ser pensado. A crítica dessa razão necessita contrair o futuro, o que significa torná-lo escasso e, como tal, objeto de cuidado. O futuro não tem outro sentido nem outra direção senão os que resultam desse cuidado. Enquanto a sociologia das ausências amplia o presente, juntando ao real o que dele foi subtraído e/ou desvalorizado pela razão metonímica, a sociologia das emergências amplia o futuro, juntando ao real ampliado as possibilidades e expectativas futuras que ele comporta (Santos, 2002).

A sociologia das emergências consiste em substituir o futuro segundo o tempo linear por um futuro de possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utópicas e realistas, que se vão construindo no presente através das atividades de cuidado. Ela é a investigação das alternativas que cabem no horizonte das possibilidades concretas.

A diversificação das experiências e saberes disponíveis e possíveis demandam, na visão de Santos (2002), uma alternativa à busca de uma teoria geral (considerada impossível) que é o trabalho de tradução: o procedimento que permite criar alguma inteligibilidade recíproca entre as experiências do mundo, disponíveis e possíveis: conflitos e diálogos possíveis entre diferentes formas de conhecimento. “Dentre as experiências mais ricas neste domínio estão os cuidados à saúde-doença” (Santos, 2002, p.259). O trabalho de tradução incide tanto sobre os saberes como sobre as práticas (e os seus agentes). Ele consiste na interpretação entre duas ou mais culturas (com seus saberes e práticas) com vista a identificar preocupações isomórficas entre elas

e as diferentes respostas que fornecem para as mesmas. Parte da idéia de que todas as culturas são incompletas e, portanto, podem ser enriquecidas pelo diálogo e pelo confronto com outras, como já propunha Feyerabend (1991).

O trabalho de tradução tanto pode ocorrer entre saberes hegemônicos e saberes não-hegemônicos como pode ocorrer entre diferentes saberes não-hegemônicos. As práticas sociais envolvem conhecimentos e, nesse sentido, são também práticas de saber. O trabalho de tradução entre a biomedicina e as MAC/medicinas tradicionais deve incidir simultaneamente sobre os saberes e sobre as práticas que eles orientam (Santos, 2002).

Assumimos essa perspectiva acima sintetizada de focalizar ausências e emergências e buscar traduções apropriadas e férteis entre as MAC e o cuidado biomédico na APS, com foco especial na P4. Nesse sentido, duas últimas questões merecem destaque. A primeira, também reconhecida por Boaventura Santos, é que a relação básica do saber modernos metonímico com os outros mundos de saberes/práticas, do lado de lá das linhas abissais, inclusive em saúde-doença, é de apropriação, por um lado, e violência por outro (Santos, 2007b). A segunda é que há uma heterogeneidade interna às ciências e às práticas sociais por ela orientadas, que merece exploração para facilitar o trabalho de tradução. Nos próximos tópicos, sintetizamos nossa perspectiva a seu respeito, pois esclarecem desenvolvimento dos capítulos subseqüentes.

Violência e apropriação da razão metonímica na saúde-doença

Na perspectiva abissal do pensamento científico metonímico e das práticas por ele orientadas há uma relação de dominação colonizadora com os outros saberes, práticas e experiências sociais (no cuidado à saúde-doença) tal que ou é possível um processo de absorção de fragmentos ou porções desse mundo através de um processo de transformação e ou redução dele de modo a torná-lo minimamente compatível com e dominado/regulado pelas regras, critérios epistemológicos e saberes/práticas hegemônicos, de modo a viabilizar uma incorporação parcial progressiva; ou há um movimento de violência e afastamento com desqualificação, supressão, inviabilização e ou produção de ausência e invisibilidade dessas outras experiências (saberes e práticas). Seu destino, então, é imprevisível, e vai desde a sua eliminação progressiva até sua

resistência através de várias estratégias e transformações. Isso é muito visível na história e nos conflitos sociais de algumas MAC e medicinas tradicionais. Dentre elas podemos mencionar os conflitos e polêmicas sobre a homeopatia em vários locais. Sua história social no Brasil é um exemplo típico desse processo, bem analisado por Luz (1996).

A homeopatia, apesar de nascida da biomedicina europeia do final do século XVIII e início do XIX, dela desviou-se para um vitalismo com saberes e técnicas próprios, permanecendo resistente à apropriação pela biomedicina (tanto é irreduzível e incomensurável teoricamente quanto empiricamente). Também permaneceu resistente à sua violência, que perdura até os dias atuais e que pode ser vista na recente tentativa da severa restrição e potencial eliminação de sua presença no National Health Service inglês (House of Commons, 2010).

Outro exemplo típico é a relação da biomedicina e da ciência com o uso de plantas medicinais e seus derivados como recurso terapêutico. Por um lado, há um processo de apropriação em que os saberes tradicionais são vistos apenas como fontes e indícios empíricos para a produção do conhecimento científico e de novas terapêuticas biomédicas. Há muitas investigações sobre o tema e reconhecimento consensual de que o uso tradicional das plantas medicinais é o melhor guia para acelerar a “descoberta” de princípios ativos isolados e de fitoterápicos eficazes (Barreiro e Bolzani, 2009) (relação de apropriação). A razão metonímica hegemônica e os interesses a ela associados direcionam as investigações e práticas biomédicas para uma visão monocultural em que o uso de plantas medicinais e fitoterápicos é reduzido à prescrição médica ao modo dos outros fármacos, necessariamente dirigida pelo saber biomédico hegemônico e seus paradigmas, centrados em princípios ativos isolados (isolamento de moléculas) e mecanismos de ação físico-bioquímicos. Todos os outros saberes relacionados (populares e especializados) e suas formas e contextos de uso tendem a ser desqualificados, considerados inseguros, desvalorizados e não fomentados ou mesmo combatidos (Antonio et al, 2013) (relação de violência).

Assumimos como um desafio a produção de contribuições para uma abordagem não violenta nem apropriadora das MAC ou medicinas tradicionais, buscando pontos e estratégias de facilitação do trabalho de tradução. Partimos

de investigações (que produziram categorias e saberes) sobre a temática das MAC no Brasil, particularmente de um abordagem original desenvolvida por Madel Luz no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro na década de 1990, voltada para análise e comparação de sistemas médico complexos.

Luz (Luz e Barros, 2012) desenvolveu a categoria denominada “racionalidade médica”, que viabilizou um abordagem analítica tanto teórica quanto empírica de sistemas médicos complexos (seus saberes e práticas) presentes na sociedade contemporânea brasileira (homeopatia, medicina tradicional da China e da Índia, medicina antroposófica), de forma equidistante deles e sem tomar como referência a biomedicina, amplamente dominante (em alguns locais monopolizadora das instituições de saúde oficiais). Esta última foi mais um dos sistemas médicos investigados, de modo inovador e sem violência ou apropriação, produzindo muitos estudos no âmbito da Saúde Coletiva brasileira em 20 anos de pesquisas (Nascimento et al, 2013; Nascimento e Nogueira, 2013)⁶, inspiradores das propostas, reflexões e argumentos desenvolvidos no Capítulo 4.

Em um artigo que sintetiza 20 anos de trajetória desse grupo de pesquisa, Nascimento et al. (2013) comentam a situação das mais conhecidas MAC, a acupuntura e a homeopatia, no Brasil e no seu sistema público de saúde. Nos seus dois parágrafos finais, esboçam uma interpretação que pretendemos aqui subscrever e desenvolver: a de que os produtos das investigações desse grupo podem ser considerados exemplos de uma ‘abordagem ecológica’ dedicado ao tema das MAC. Para tanto, apresentamos sinteticamente algumas categorias e idéias desenvolvidas pelo grupo e alguns de seus resultados, principalmente na primeira e segunda fase de seus trabalhos (primeiros anos), apenas o suficiente para uma discussão de seu significado como potente plataforma de pesquisa na perspectiva da construção de uma ecologia de saberes.

A proposta inicial do projeto coordenado por Luz envolvia uma investigação de natureza teórico-conceitual sobre alguns sistemas médicos complexos mais conhecidos (homeopatia, biomedicina, medicinas tradicionais da China e da Índia), alicerçada numa grade categorial concebida a partir de

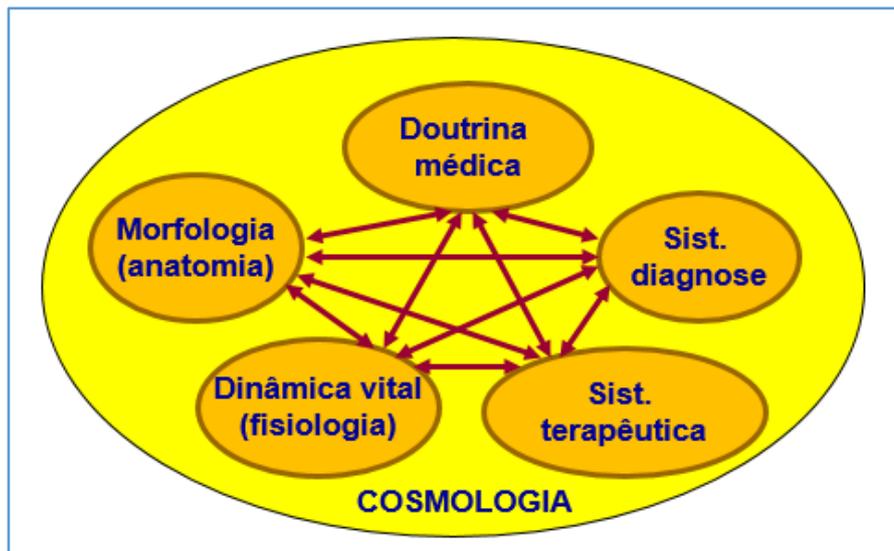
⁶ Fazer um listagem de citações das produções mais importantes do grupo RM do CNPq?

uma perspectiva heterodoxa. A hipótese subjacente à pesquisa era uma idéia ainda hoje pouco aceita: “existe mais de uma racionalidade médica, contrariamente ao senso comum ocidental que admite somente a biomedicina como portadora [de racionalidade]” (Nascimento et al, 2013, p. 3597), “no sentido científico do termo, isto é, capaz não apenas de eficácia prática, como de verificação e comprovação de significados (teóricos) em experimentação (Luz, 2005).

Racionalidade, categoria do discurso moderno, filosófico e científico, foi tomada, no âmbito dessa pesquisa, numa acepção aberta inspirada por Weber, com um caráter tendencial e limitada ou atravessada por valores (Weber), interesses (Marx) e desejos (Freud) específicos, contextualizada na atual sociedade globalizada pós-moderna (Luz, 2000, p.181-184). Mesmo assim, tal noção de racionalidade continua remetendo, como no discurso filosófico (epistemológico) e científico (construção e aplicação empírica dos saberes) à veracidade e à eficácia.

A categoria racionalidade médica, doravante abreviada para RM, para Luz (2000, p.182), é “todo o construto lógico e empiricamente estruturado das cinco dimensões mencionadas [uma morfologia do homem (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura), embasadas em uma cosmologia, implícita ou explícita, subjacente aos anteriores.], tendendo a constituir-se ou pretendendo constituir-se em sistema de proposições “verdadeiras” (...) e de intervenções eficazes em face do adoecimento humano”. Cada uma das dimensões corresponde a um pólo constituinte do sistema médico ou da RM, que funciona num conjunto articulado de saberes e práticas, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1: Dimensões da categoria 'racionalidade médica'



Fonte: elaborada pelo autor.

A partir dessa categorização das dimensões de uma RM, foi possível abordar os quatro sistemas médicos inicialmente propostos caracterizando-os como RM (bem posteriormente o mesmo foi feito em relação à medicina antropológica), sem aderir previamente nenhum deles: “Não há tomada de valor ético ou epistemológico de qualquer dos sistemas definidos como “racionalidade médica”, ou ao estabelecimento de hierarquias nesse sentido” (Luz, 2000, p.182).

Um dos resultados imediatos de tal categorização, que foi delimitadora dos objetos de estudo essa primeira fase do projeto, foi que ela permitiu uma primeira distinção dentro do universo altamente heterogêneo das MAC, diferenciando sistemas médicos complexos que se constituem como racionalidades médicas de outras práticas diagnósticas ou terapêuticas que não possuem todos os elementos mencionados, como a iridologia, os florais ou o uso de plantas medicinais (estas últimas pode ser uma recurso terapêutico entendido conforme uma RM ou uma ação de cuidado associada a saberes circulantes na cultura ou subcultura das pessoas, leigas ou curadoras, não necessariamente orientada por uma RM). Tal distinção teve como consequência uma inicial exclusão de práticas e saberes que em primeira aproximação não se estruturavam como racionalidades médicas, sobre as quais a produção do projeto pouco produziu nessa primeira fase, concentrando seus estudos em saberes/práticas doutos, especializados, que exigem

processos de iniciação e formação de seus praticantes (mais ou menos institucionalizados), que persistiram nas sociedades contemporâneas. Posteriormente, o projeto abordou práticas de saúde de várias naturezas, inclusive práticas integrativas e complementares, não inseridas em RM, com produção a respeito (por exemplo, Luz, 2007 XXXXX,), que todavia, não será aqui abordada.

Foram comparados 'teoricamente', na primeira fase do projeto, através do estudo dessas dimensões das RM, a biomedicina, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica e, posteriormente, a medicina antroposófica, tendo sido produzido um quadro comparativo geral e sintético em que são apresentadas cada uma das dimensões (Figura 2).

Não obstante as grandes diferenças entre cada uma das cinco RM investigadas, alguns achados gerais são relevantes de serem mencionados. Um primeiro é a constatação de uma grande diferença paradigmática, usando a categoria kuhniana de um modo ampliado (Kuhn, 1987, 1989). Identificou-se a presença de dois grandes paradigmas: o biomédico ou biomecânico e o vitalista. O primeiro enfatiza concepções materialistas, mecanicistas, centradas na doença, compatíveis com a visão de controle da natureza presente na ciência contemporânea. Tem raízes na ascensão do discurso da ciência, em que a natureza passou a ser objeto de conhecimento com o intuito de ser controlada para fins utilitários. A tecnologia é a ferramenta para a execução deste projeto, do qual também fazem parte o complexo médico-industrial e a concepção de cura enquanto controle de doenças. As doenças são vistas como coisas concretas, defeitos ou disfunções do organismo físico relacionadas a lesões materiais, a serem investigadas e corrigidas com alguma intervenção concreta – medicamentos, cirurgias (Camargo, 2003, 2005). Segundo Luz,

Já o paradigma vitalista, centrado na saúde e na busca da harmonia da pessoa com seu meio, valoriza a subjetividade individual, a prevenção, a promoção da saúde e a integralidade no cuidado. É compatível com anseios de preservação e sustentabilidade, nos níveis biológico, social e natural. Suas raízes remontam a antigas tradições culturais, mas vem conquistando espaço crescente nas sociedades de alta renda desde os anos 60 do século XX (Nascimento et al, 2013).

As medicinas homeopática, chinesa, ayurvédica e antroposófica tem traços teóricos e cosmológicos vitalistas, caracterizando-se por uma abordagem dos problemas de saúde em perspectiva integradora, centrada na individualidade do doente e suas relações e equilíbrios-desequilíbrios internos e com o meio. Suas cosmologias repercutem tanto em suas doutrinas médicas quanto em seus sistemas diagnósticos e terapêuticos. Essa dupla integração faz com que a doença seja considerada como consequência de uma ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo (Tesser e Luz, 2008). Essas racionalidades integram uma noção positiva de saúde com promoção e cuidado terapêutico. Têm um potencial pedagógico relevante enfocando técnicas de desenvolvimento de habilidades pessoais, por vezes em ações grupais, convergindo para valores sensíveis à promoção da saúde, como solidariedade, empoderamento, sustentabilidade e participação (Tesser, 2009).

Recusando uma supremacia epistemológica à biomedicina, e deixando em aberto avaliações de mérito “epistemológico ou pragmático”, o posicionamento do projeto inaugurou uma vertente de estudos teóricos e empíricos em lenta expansão no Brasil, coerentes com o reconhecimento e a preservação/construção de uma ecologia de saberes especializados (de sistemas médicos doutos) em saúde, confrontando-se radicalmente com a tendência hegemônica de colonização, violência e apropriação, comuns na razão metonímica e arrogante do pensamento científico e biomédico hegemônico.

A abordagem de Luz e seu grupo inaugurou no Brasil um esforço concreto e original de reconhecer, estudar e compreender sistemas de cura elaborados visando traduzir de alguma forma seus valores, saberes, técnicas e práticas nativos, a partir de uma prévia abertura e projeção simétrica de possível crédito epistemológico e de eficácia neles (equidistante de todos eles, inclusive da biomedicina), ao contrário do que comumente se fez, faz e se continua fazendo em vários abordagens desses sistemas e práticas de cura “exóticos”. Essa mudança profunda de perspectiva permite e projeta para um futuro mais próximo a realização de balanços e avaliações comparativas entre tais sistemas, visando traduções e diálogos mais solidários e de forma não colonizadora.

Com isso, a produção do grupo citado gerou pesquisas e uma plataforma categorial para futuras investigações que convergentem com a perspectiva da sociologia das ausências e das emergências (Santos, 2002). Tais sistemas médicos são simultaneamente ausentes e emergentes. Ausentes enquanto possibilidades concretas de produção (social e institucionalmente reconhecida) de saber e de cuidado sobre saúde-doença, a estarem disponíveis aos usuários dos sistemas públicos universais de saúde, dominados monopolicamente pela biomedicina, tanto no cuidado clínico (sobretudo na atenção primária á saúde, o serviços universalmente acessíveis as populações) como na prevenção de agravos e promoção da saúde individual e coletiva (saúde pública). Por exemplo, as exitosas experiências de manejo das epidemias de dengue com homeopatia em Cuba e no Brasil (XXX) são um caso típico, amplamente desperdiçadas, pouco estudadas e ignoradas. Outro exemplo foi a epidemia de SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave) em 2003⁷: redução de 80% na taxa de mortalidade em Beijnin após a associação de Medicina Tradicioonal Chinesa no tratamento dos doentes (taxa de mortalidade chinesa: 6,5 / taxa de mortalidade mundial: 9,5)⁸

Heterogeneidade nos saberes/práticas hegemônicos

Há heterogeneidade e certa pluralidade de teorias, perspectivas filosóficas e ético-políticas e métodos em muitas áreas disciplinares e temáticas, com desenvolvimento de saberes, categoriais e conceitos que contribuem na superação da razão metonímica, notadamente em setores que lidam com e/ou estão intimamente expostos as consequências sociais, ambientais, humanas das práticas e saberes hegemônicos ou dominantes. Por esse mesmo motivo, há práticas sociais associadas a essas áreas que produzem saberes e conceitos, muitas vezes marginais, mais apropriadas para compreensão e manejo dos procedimentos de visibilização das ausências, prospecção e valorização das emergências e do trabalho de tradução.

A razão científica hegemônica (e a biomedicina), se no seu relacionamento colonizador e violento com os saberes/práticas não-

⁷ <http://vida-estilo.estadao.com.br/noticias/geral,epidemia-de-sars-paralisou-cidades-na-asia-em-2003,364903>

⁸ https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/apresentacao_b_pnpic_e_pics_-_historico_e_conceitos.pdf

convencionais age aproximadamente como um bloco poderoso, ao ser observada no seu interior e considerados os movimentos de sua construção interna, mostra-se como um conjunto heterogêneo em que há conflitos e contradições, distintas disciplinas e correntes, mesmo que haja visões, tradições, saberes, paradigmas e práticas amplamente hegemônicos. Há investigações propondo ou utilizando novos conceitos, com objetivos e potenciais reformadores e transformadores dos saberes e das práticas dominantes, com maior sensibilidade e algum potencial (interno às ciências) para o trabalho de tradução em relação aos saberes e práticas não convencionais ou tradicionais.

Esses setores dentro das ciências são ali subalternos e marginais, e eles merecem exploração, podem ser objeto de visibilização de ausências e valorização de emergências, tem maior potencial de produção de traduções com outros saberes não-científicos. Tais setores encontram-se frequentemente associados a disciplinas e profissões que são confrontadas de forma mais próxima com os estragos e graves consequências sociais, ambientais e de saúde, como a agricultura e a o cuidado à saúde, produzidos pelos saberes/práticas hegemônicas, que assim são reconhecidos por grupos de técnicos, profissionais e cientistas nos seus limites, cegueiras e viéses. Ali são produzidas propostas e movimentos marginais, investigações conceituais e empíricas, total ou parcialmente divergentes da visão e dos modelos hegemônicos. Visam criar respostas para consertar e evitar os danos produzidos, construir saberes e práticas mais organicamente e concretamente vinculados ao bem comum dos coletivos de humanos e não-humanos de forma sustentada e generalizada.

Os desenvolvimentos de pesquisas científicas e de técnicas de agricultura ecológica (orgânica, biológica) são, provavelmente, um exemplo deste tipo, frente ao problemas da chamada revolução verde. Talvez o desenvolvimento da ecologia também seja outro exemplo. Na área da saúde-doença, os movimentos de profissionais da saúde mental de vários países promoveram críticas profundas aos modelos hegemônicos de cuidado psiquiátrico, asilar, estigmatizante e controlador da loucura ou dos comportamentos das pessoas com sofrimento mental ou psíquico, com novos saberes, conceitos e práticas. No Brasil, esse movimentos geraram o processo

ainda em lento curso de Reforma Psiquiátrica, inspirada sobretudo na experiência italiana a partir de Franco Basaglia, com novos conceitos e práticas, de que são exemplos a desinstitucionalização e a atenção psicossocial (Basaglia, 1985, 2005; Oliveira et al, 2011, Costa-Rosa, 2013).

Conceitualmente, isso pode ser entendido se considerarmos que a modernidade assenta-se sobre dois pilares relativamente contraditórios, o da emancipação e o da regulação, que envolvem conhecimentos emancipatórios e regulatórios (Santos, 2000). A ciência, que era emancipatória no início da modernidade, tornou-se, no seu transcorrer, hegemonicamente regulatória e a serviço das forças do mercado e das grandes corporações (Santos, 2007a). Ela carrega no seu interior, um potencial emancipatório inscrito em algumas de suas características e movimentos internos, dentre os quais uma primeira ruptura epistemológica (Santos, 1982), que sempre foi muito parcial, mas que permite um afastamento dos saberes e práticas instituídos, dentro de um dominante papel regulatório atual no mundo contemporâneo.

No caso da saúde-doença, a biomedicina e sua epistemologia, institucionalizadas como uma “ciência das doenças” (Camargo Jr., 2005, p. 180; Luz e Barros, 2012), converteram-se num pilar regulatório do cuidado à saúde nas sociedades modernas, configurando o que Foucault descreveu como regimes de verdade (Foucault, 1987). Esse declive regulatório verifica-se no seu exercício enquanto prática social (Cruz, 2011; Santos, 2000). Ainda que regulatória, com muitos limites e problemas, a biomedicina carrega tensões em seu interior, e nossa abordagem e trabalho sobre a P4 pretende justamente explorar uma desses focos de tensão.

A própria APS, por si só, constitui-se um desses focos, podendo ser considerada uma iniciativa de reforma e melhoria na organização social dos cuidados biomédicos nos sistemas públicos universais de saúde, na direção da democratização sustentável do acesso ao cuidado profissional biomédico, promovendo equidade e combatendo a lei dos cuidados inversos (Hart, 1971)⁹. Os atributos da APS: universalidade, acesso facilitado, integralidade, longitudinalidade e abordagem familiar e comunitária com competência cultural (Starfield, 2002) podem ser interpretados como uma tentativa de resposta à

⁹ Os que mais precisam tendem a ter menos acesso aos recursos médicos; os que menos precisam mas podem pagar mais tendem a ter mais acesso e receber mais cuidado; e isso é proporcionalmente maior quanto maior for a influência do mercado na organização dos cuidados médicos (Hart, 1971).

tendência fragmentadora e tecnicista da biomedicina, e tem se mostrado satisfatória nesse sentido.

O cuidado ao longo do tempo de grupos de pessoas e famílias pelas equipes generalistas da APS significam uma humanização e personalização dos cuidados profissionais biomédicos; um processo de adequação, seleção e reforma dos seus saberes, técnicas e tecnologias, em direção protetora dos usuários. Um exemplo desse caráter da APS é o que se chamou de “paradoxo da atenção primária”: ao mesmo tempo em que estudos mostram que a APS está associada a piores cuidados para doenças específicas do que os cuidados prestados por médicos especialistas focados nessas doenças, outras evidências mostram que os sistemas baseados na APS têm melhor qualidade do atendimento, melhor saúde da população, uma maior equidade e menores custos (Homa, 2015).

A MFC, por sua vez, é uma especialidade médica vinculada geneticamente à APS, e se organiza e orienta na direção de uma nova configuração da prática social da biomedicina. Se isso é um potencial a ser explorados e desenvolvido, é também constantemente obstruído pela sua filiação epistemológica e técnica à biomedicina, produzida através do saber e dos processos de iniciação e formação médica, centrados ainda muito no ambiente hospitalar e nas especialidades médicas focais, de cunho excessivamente biomedicalizador, autoritário e paternalista na relação clínica, que pressiona e leva a MFC para o lado regulatório, infundindo-lhe a razão metonímica. Isso reforça sua continuidade e/ou identidade para com essa tradição e racionalidade, como se a MFC fosse apenas mais uma corporação de especialistas médicos, caracterizada paradoxalmente por uma ética e prática (mais humanizadas) e ao mesmo tempo por um cientificismo, de que é um exemplo o apreço da MFC pela medicina baseada em evidências¹⁰.

Dentro dessa ‘ambiguidade genética’ em relação a uma potencial maior diferenciação da tradição hegemônica biomédica, a MFC produziu várias iniciativas, mudanças e proposta de reforma do cuidado na APS. Por exemplo, a literatura da MFC busca desde seu início uma superação da dicotomia psique-soma (McWhiney, 2010), ainda que apenas como um projeto e desafio

¹⁰ Utilizada como escrutínio crítico dos saberes/práticas da biomedicina, no sentido de uma crítica a inercia das tradições e recomendações técnicas nem sempre justificáveis dessa medicina).

difíceis. Os médicos de família e comunidade, almejando aperfeiçoar a relação médico-usuário, muito criticada e problematizada, desenvolveram novas metodologias como o Método Clínico Centrado na Pessoa (Stewart, 1995, 2010), de significativa influência na MFC brasileira. Também o chamado método Calgary-Cambridge modificado (Kurtz et al., 2003), usado no treinamento do GPs ingleses. Esses métodos propõem reformar a prática clínica em direção de maior contextualização e consideração de dimensões simbólicas, psicológicas, culturais, sociais e econômicas dos usuários. Fomentam estímulo e respeito a participação dos pacientes na interpretação e manejo de seus problemas, ou seja, seu maior “empoderamento” (*empowerment*) (Carvalho, 2004; Carvalho e Gastaldo, 2004), necessário cada vez mais, dada a proeminência das doenças crônicas devido ao envelhecimento populacional e ao avanço do processo de medicalização ou biomedicalização social (Clarke et al, 2010).

Tais temas tem sido mais levantados por discussões na saúde coletiva ou pública e nas ciências humanas e sociais em saúde. Por exemplo, no caso brasileiro, há discussões sobre a relação médico-usuário (Caprara, 2003; Caprara e Rodrigues, 2004; Caprara e Franco, 1999), sobre a ampliação da clínica (Campos, 2000, 2003), sobre o cuidado propriamente dito (Ayres, 2004; Aneas e Ayres, 2011), sobre as tecnologias adequadas e o centramento do cuidado no usuário (Merhy, 2000, 2002), dentre outras.

A MFC e sua atividade clínica, imersas nas comunidades onde estão a maioria das pessoas comuns, vive a tensão constitutiva (regulação-emancipação) da ciência e da biomedicina de forma ainda mais intensa, porque ao mesmo tempo em que é amplamente regulatória, está também muito mais exposta cotidianamente aos resultados, consequências e desdobramentos da sua própria prática social (e da biomedicina como um todo).

Há, assim, um espaço ambíguo, derivado das maiores contradições internas da MFC, que é pouco estudado, pouco visibilizado e em geral produzido como ausente pela razão metonímica. Ele merece exploração ao estilo da sociologia das ausências e das emergências, para torná-lo visível e mais explorável, para que suas potencialidades se constituam em movimentos emergentes a enriquecer o presente e o futuro do cuidado institucional à saúde na APS. De certa forma, isso já foi reconhecido, de forma indireta, por exemplo,

por Kleinman (1980), que preferia deixar relativamente de fora do que chamou de sistema de cuidados biomédicos os médicos da APS (os GP - *general practitioners*, médicos da APS inglesa), por eles estarem inseridos no contexto comunitário, com uma prática relativamente distinta de seus colegas especialistas hospitalares. McWhinney (1985, 2010), um dos clássicos fundadores da MFC, também acentua as diferenças dos médicos de família, chegando a falar de um novo paradigma necessário na MFC, no sentido dado ao termo por Kuhn (1987).

A P4 é um típico produto desse espaço de tensão que gera a procura de soluções responsáveis, novas direções filosóficas e novas práticas. É uma produção conceitual nascida da prática clínica que faz um movimento explícito de inversão e crítica para com a biomedicina, no sentido de afirmar a necessidade de sua auto-contenção na APS. Propõe que é tarefa ética e técnica dos médicos de família protegerem seus usuários da própria atividade médico-sanitária. Esta última comumente abusa na (bio)medicalização e tende a excessos de intervenções, cujos danos podem superar os benefícios potenciais. Este é um promissor movimento e desenvolvimentos autóctone da APS, e não é de espantar que, embora esteja se espalhando por vários países¹¹, desenvolva-se lentamente (Norman e Tesser, 2015). No Brasil, é muito pequeno, dado o precário desenvolvimento e estruturação dos serviços de APS, e pequena presença social dos MFC na APS: são apenas cerca de 1% dos médicos brasileiros, e 10% dos médicos da APS (cerca de 4 mil, para 40 mil equipes de saúde da família, único formato que viabiliza algo dos atributos da APS acima mencionados) (Scheffer, 2015).

Voltando as Medicinas alternativas e complementares (MAC), a tensão regulação-emancipação também é facilmente observada em experiências institucionais com MAC, e no caso citado acima das plantas medicinais não é diferente. Apesar de assinalar a apropriação/violência, acentuando a tendência regulatória das legislações, discussões, pesquisas e experiências com elas na APS, Antonio et al. (2013) identificaram também que havia exploração de outras facetas e motivações do uso das plantas medicinais na APS, incluindo experiências com uso autônomo, preservação de saber cultural e de

¹¹ “A rede de P4 possui atualmente membros no Brasil, Argentina, Uruguai, Bolívia, Equador, Peru, Canadá, Paquistão, China, Índia, Tailândia, Vietnã, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Espanha e Inglaterra” (Jamoulle, 2015).

biodiversidade local, educação ambiental, desviar do uso desnecessário de psicotrópicos, incentivar a agricultura familiar etc.

Este trabalho parte da perspectiva da necessidade de uma ecologia de saberes e objetiva contribuir, por um lado, para diminuir a invisibilidade do tema da P4, fomentando-o como potencial movimento transformador emergente das práticas institucionais da APS, e, por outro lado, se aproximar dos MAC de um modo menos apropriador/violento, discutindo sua possível e complexa interação e introdução no cuidado institucional na APS, que lentamente já vem ocorrendo. Isso é realizado em **três capítulos**, os quais perseguem atingir o duplo objetivo acima esboçado: por um lado, discutir e apresentar idéias, propostas e conceitos sobre P4, como contribuição ao seu desenvolvimento, **o que constitui o segundo e terceiro capítulos**. O **segundo capítulo** propõe um conjunto de idéias e conceitos básicos articulados para consideração da P4 na prevenção. Elas estabelecem pontes de partida incontornáveis e pré-requisitos necessários para a viabilização da P4 na prevenção. Trata-se de um ensaio propositivo de caráter teórico-conceitual, mas concebido e conduzido de forma pragmática; ou seja, dirigido de modo minimalista, no sentido de que a abordagem é sempre voltada para a prática, sem aprofundamentos teóricos além do necessário para orientação da prática, para os desdobramentos operacionais da P4 no cuidado (com pontes recorrentes também para a gestão do sistema de saúde, pois, como se observa no capítulo 2, o problema é muito complexo e envolve ações de macro, meso e micro gestão do cuidado e da prevenção).

O capítulo 3 apresenta propostas conceituais, idéias, reflexões e diretrizes para a operacionalização da P4 no cuidado clínico individual, contextualizadas no interior dos movimentos cognitivos e das decisões e ações realizadas nos atendimentos clínicos dos usuários da APS. Discute algumas possibilidades e desafios para desenvolvimento da P4 na ação clínica, e propõe alguns pontos de contato e convergência particularmente férteis, por hipótese, para a consideração de uma articulação das MAC com o cuidado clínico biomédico na APS no contexto da P4.

O capítulo 4 esboça uma abordagem e argumentação sobre uma aproximação das MAC e das RM menos metonímica, menos violenta/apropriadora e mais tradutora, em aspectos e objetivos que podem

convergir com o cuidado na APS, de modo a ampliar e enriquecer o cuidado em saúde-doença, do ponto de vista das práticas institucionais e também investigativas sobre o tema. **Este último capítulo** complementa o segundo, desenvolvendo idéias ali apenas mencionadas, e almeja contribuir para a construção da ecologia de saberes/práticas em saúde-doença na APS, nas práticas assistenciais e nas investigação científica. O conjunto do trabalho visa contribuir, em síntese, para o desenvolvimento da P4 na APS e para a exploração do potencial de contribuições das MAC ao cuidado e à P4, ora desperdiçado pela razão metonímica.

Por fim, devemos mencionar que este trabalho está inserido dentro de um projeto mais amplo de pesquisa financiado pelo Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico brasileiro (CNPq) (processo 312989/2013-0), a quem agradecemos. Os objetivos desse projeto de pesquisa mais amplo são a exploração das interfaces entre três temas distintos interrelacionados. O primeiro é a revalorização mencionada das MAC, na sociedade, nas instituições de saúde, e nas investigações científicas. O segundo é a formação e qualificação dos profissionais médicos para o trabalho na APS, em que se incluem especialmente os médicos de família. O terceiro é a organização dos serviços e dos processo de trabalho das equipes de APS, evidente interrelacionado com os anteriores. Este trabalho desenvolve alguns aspectos da interface entre o primeiro e o segundo temas, com alguma contribuição ao segundo tema propriamente dito (nos capítulos 2, 3 e 4).

Referências bibliográficas

- ANTONIO, GD; TESSER, CD; MORETTI-PIRES, RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface (Botucatu)* 2013, vol.17, n.46, pp. 615-634.
- BARREIRO, E.; BOLZANI, V.S. Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos. *Quim. Nova*, v.32, n.3, p.679-88, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v32n3/a12v32n3.pdf>>.
- BASAGLIA, F. (coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. (Biblioteca de filosofia e história das ciências; v.n.17)
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica (organização Paulo Amarante)*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BENTZEN N (Ed.): *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning; 2003.

- BMJ. Half of general practices offer patients complementary medicine. *BMJ* 2003;327(7426) :1250-f (29 de novembro). Acessível em <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7426/1250-f?eaf> .
- CAMARGO Jr. K.R. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMARGO JR, K R. D. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2005; 15:177-201.
- CAMARGO Jr. KR. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5): 844-846.
- 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)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma realidade no SUS. *Revista Brasileira Saúde da Família*. 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia_8_especial.pdf. Acesso em: 2 fev. 2015.
- CAPONI, S. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2014; 24(3), 741-763. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 139-146, 2004.
- CAPRARA, A.; FRANCO ,A.L.S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3):647-654, jul-set, 1999.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4):923-931, jul-ago, 2003
- CLARKE, A. E., MAMO, L., FOSKET, J. R., FISHMAN, J. R., & SHIM, J. K. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S*. Duke University Press, United States of America, 2010.
- CONRAD, P. *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CRUZ, Alice. Pode a testemunha modesta falar? a biomedicina em trânsito paradigmático. *Physis [online]*. 2011, vol.21, n.4, pp. 1331-1354. ISSN 0103-7331
- EISENBERG DM, KESSLER RC, FOSTER C, NORLOCK FE, CALKINS DR, DELBANCO TL. Related Articles, Links Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med*. 1993 Jan 28;328(4):246-52.
- EISENBERG, David M., et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *Jama*, 1998, 280.18: 1569-1575.
- FEYERABEND, P. *Adeus à razão*. Lisboa: Edições 70, 1991.
- Foucault, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- GOMES FM. As epistemologias do sul de boaventura de souza santos: por um resgate do sul global. *Revista Páginas de Filosofia*, v. 4, n. 2, p. 39-54, jul./dez. 2012
- HART J T. The inverse care law. *The Lancet* 1971; 27:405-412.
- HOMA L et al. A Participatory Model of the Paradox of Primary Care. *Ann Fam Med*. 2015(13)5:456-465.
- HOUSE OF COMMONS. Science and Technology Committee. Evidence Check 2: Homeopathy. Session 2009-10. 2010.
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmsctech/45/4502.htm>
- ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
- JAMOULLE M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-3. Disponível em:
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064).
- JAMOULLE M. The four duties of family doctors: quaternary prevention - first, do no harm. *Hong Kong Pract*. 2014;36(june), 72-77.
<http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000607.pdf>
- JAMOULLE, M; GUSSO, G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC (organizadores). *Tratado de medicina de família e comunidade e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto alegre: Artmed, 2012. 2v.
- JOOS S, MUSSELMANN B, SZECSENYI J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. *Evidence-Based Complem Altern Med*. 2010; 2001:1-8.
doi:10.1093/ecam/nep019.
- KUHN, T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- KOOREMAN P, BAARS EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ*. 2012; 13(6):769–76.
- KUHN, T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- KUHN, T.S. A tensão essencial. Lisboa: Edições 70, 1989.
- LEAVELL H; CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.
- LE FANU J. *The rise and fall of modern medicine*. London: Carroll & Graf; 2000.
- LUZ, M. T. . *Arte de Curar versus a Ciência das Doenças: História Social da Homeopatia no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Dynamis, 1996. v. 1. 347 p.
- LUZ, MADELT; BARROS NF. (Org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. 1aed.Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, v. , p. 251-283.
- MCWHINNEY IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996; 46:433-6.
- MCWHINNEY, I.R. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MENESES MP. Epistemologias do Sul, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 2008; 80:5-10. Disponível em: <http://rccs.revues.org/689>. Acesso 05 jun 2015.

- Mior S, Barnsley J, Boon H, Ashbury FD, Haig R. Designing a framework for the delivery of collaborative musculoskeletal care involving chiropractors and physicians in community-based primary care. *Journal of Interprofessional Care* 2010; 24:678–689.
- NASCIMENTO MC, BARROS NF, NOGUEIRA MI LUZ MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(12):3595-3604. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.
- NASCIMENTO, MC; NOGUEIRA, MI. (Org.). Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- NOGUEIRA, RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface (Botucatu)* [online]. 2003, vol.7, n.12, pp. 185-190. ISSN 1414-3283.
- NOGUEIRA RP. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos EV. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 63-72.
- OLIVEIRA, W. F.; PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, C. M. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p.587-96, 2011.
- SANTOS, BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Campus: Rio de Janeiro, 1982
- SANTOS, BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- SANTOS, BS. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista crítica de ciências sociais*, 2002, 63: 237-280.
- SANTOS, BS, MENESES MPG, NUNES, JA. Para ampliar o cânone da ciência: diversidade epistemológica do mundo. In Santos BS (org.) *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento, 2004. p.23-101.
- SANTOS, B.S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007a.
- Santos, Boaventura de Sousa, “Para além do pensamento abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 2007b; 78:3-46. DOI : [10.1590/S0101-33002007000300004](https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004)
- SANTOS, B.S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010, p. 31-83
- SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SCHEFFER M (coord). *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.
- SKRABANEK, P. *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*. London: Social Affairs Unit, 1994. 212 p.
- SMITH, C. M. Origin and Uses of Primum Non Nocere—Above All, Do No Harm!. *Journal of Clinical Pharma*, 2005; 45:371–377. doi: 10.1177/0091270004273680

- SUNDBERG, T. et al. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care. *BMC Health Services Research* 2007, 7: 107
- STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? *JAMA*, July 26 – 2000, 284, (4):483-5.
- STARFIELD, B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>
- STARFIELD B, HYDE J, GÉRVAS J, HEATH I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62(7);580-583 . doi:10.1136/jech.2007.071027.
- US COMMITTEE ON THE USE OF CAM. Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83799/>
- TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.19, p.-61-76, jan/jun 2006a.
- TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. V.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006b.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(1):195–206.
- TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1732-1742, ago, 2009.
- ZOLA, IK. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review* 1972; 20:487-504.
- WHO. Medicina tradicional – informe de La secretaria. 56ª Asamblea Mundial de la Salud A56/18. Punto 14.10 del orden del día provisional 31 de marzo de 2003.
- WILLIAMS SJ, MARTIN P, GABE J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociol Health Illn* 2011; 33:710-25