

O protagonismo da interdisciplinaridade na desconstrução do conhecimento hegemônico em saúde: o caso das Políticas de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA)¹

The role of interdisciplinarity in the deconstruction of hegemonic knowledge in health: the case of Traditional and Complementary/Alternative Medicine Policies (TM/CAM)

Valquiria Barros²

Resumo: Este artigo apresenta uma breve discussão interdisciplinar sobre a revitalização do conhecimento tradicional feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no planejamento de políticas públicas de atenção primária à saúde. As normativas da organização introduziram a perspectiva tradicional como viés para a construção de um conhecimento situado e compartilhado sobre saúde e centrado nas necessidades dos sujeitos e de suas particularidades, em colaboração com o conhecimento cientificamente legitimado. Metodologicamente, as discussões desta proposta fundamentaram-se na análise documental das normativas da OMS à luz da literatura crítica sobre a institucionalização da hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde em detrimento dos saberes tradicionais e complexos não oficiais. Os resultados da investigação apontaram que a cooptação das medicinas tradicionais pelos sistemas nacionais e internacionais de cuidados primários como alternativa à contenção dos agravos à saúde parece estar associada à crescente insatisfação com o modelo biomédico hegemônico e dominante.

Palavras-chave: Saúde; Cuidado; Conhecimento tradicional; Medicina Tradicional; Políticas de Medicina.

Abstract: This article presents a brief discussion about the recovery of traditional knowledge carried out by the World Health Organization (WHO) in the planning of public policies for primary health care. The organization's regulations introduced the traditional perspective as a bias towards the construction of shared knowledge about health and centered on the needs of the subjects and their particularities, in collaboration with scientifically legitimized knowledge. Methodologically, the discussions of this proposal were based on the documental analysis of WHO regulations in the light of the criticism of the institutionalization of the hegemony of the biomedical model of health care to the detriment of traditional and complex unofficial knowledge. The results of the investigation indicated that the co-option of traditional medicines by national and international primary care systems as an alternative to containing health problems seems to be associated with growing dissatisfaction with the dominant biomedical model.

Keywords: Health. Care. Traditional knowledge. Traditional Medicine; Medicine Policies.

¹ Este artigo é produto da pesquisa que recebeu financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

² Doutora em Humanidades Culturas e Artes, Unigranrio; Mestre em Educação, Gestão e Difusão de Ciência, IBqM, UFRJ; Mestre em Humanidades Culturas e Artes, Unigranrio; Pós-graduação em Economia, IE, UFRJ; Graduada em Ciências Sociais, ICS, UERJ; Graduada em Comunicação Social, ECO, UFRJ. Participante do Laboratório de Ética em Pesquisa, Comunicação Científica e Sociedade (LECCS), do Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis (IBqM), na área de Educação, Gestão e Difusão em Biociências, do Centro de Ciências das Saúde (CCS), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Introdução

O modelo biomédico de cuidados com a saúde erigiu-se a partir de orientações baseadas no cartesianismo positivista, que propôs a observação da saúde com foco no biológico, excluindo a subjetividade humana e as questões culturais. Conforme Barros (2002), a medicina que se desenvolveu a partir da modernidade agregou práticas com forte influência mecanicista e tecnicista e foi assumida como modelo de assistência no Ocidente. Desse modelo desenvolveu-se o novo paradigma de saúde que alçou as bases para a consolidação de uma estrutura biomédica nomeada por Foucault (1963) como medicina dos órgãos. O modelo cartesiano de assistência inaugurado expandiu-se para todas as áreas da vida humana e corroborou com o que Foucault (1963) denominou de medicalização da vida.

Desse processo, surgiu uma medicina reducionista centrada em parâmetros biológicos e no método anátomo-clínico (FOUCAULT, 1963), que excluiu o paciente do processo de adoecimento, retirando-lhe o protagonismo sobre sua própria vida. Surgiram, com esse paradigma, novas formas de conhecimento e uma medicina baseada no ato prescritivo e no sistema classificatório de doenças, ancorada em novas práticas institucionais que introduziram uma mudança no olhar para a saúde. Segundo Camargo Jr. (2007), a relação de oposição entre corpo doente e corpo saudável passou a nortear a prática médica e, a partir dessa nova perspectiva, o corpo doente se converteu em objeto passivo de observação. De acordo com Ferla, Oliveira e Lemos (2011), o ofício da medicina não extravasa mais a dimensão anátomo-fisiológica, pois o corpo humano transformou-se no objeto-coisa, o corpo-máquina. O doente não é o foco do médico, a doença assumiu o centro do palco no processo de adoecimento.

Na perspectiva de Madel Luz (1988), em busca de validação do conhecimento técnico-científico em saúde, o processo de institucionalização do paradigma positivista de saúde funcionou como respaldo para o reforço do conhecimento centrado nas práticas médicas anátomo-clínicas, em detrimento do conhecimento das medicinas dos sistemas tradicionais não oficiais de saúde. Desse processo, observa-se o deslocamento do saber sobre o doente para o saber sobre a doença. A arte de curar doentes foi substituída pela ciência das patologias. Em decorrência da necessidade de construção de legitimidade do conhecimento técnico-científico da biomedicina e conseqüente afastamento do humano nas relações, Luz (1988) aponta que, gradativamente, foram desenvolvidas, nas sociedades ocidentais, crises em termos socioculturais, envolvendo as relações da sociedade com a medicina.

É nesse cenário de questionamento sobre a biomedicina como paradigma dominante em saúde que complexos não biomédicos de assistência à saúde retornam e passam a ser referência nos contextos de cuidados primários, inclusive nos espaços oficiais nacionais e internacionais de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, apoia o *Saúde para Todos no Ano 2000* e incentiva a inclusão das Medicinas Tradicionais nos sistemas de saúde. Esses com-

plexos médicos assumem vários nomes: medicinas alternativas, tradicionais, paralelas, complementares, integrativas e, no Brasil, as Políticas Nacionais de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) foram inseridas a partir de 2006, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Sistema Único de Saúde)³. A normativa da OMS passou por atualizações em 2010 e 2014 e segue no processo de inclusão de novas terapias.

O esgotamento dos modelos explicativos totalizantes e a falência das metanarrativas (LYOTARD, 2003) da modernidade têm impulsionado movimentos e processos para a valorização da diversidade, das comunidades locais, das tradições e dos conhecimentos endógenos. A revitalização do tradicional e a busca por intercâmbio cultural e cooperação podem ser observados nas políticas públicas de vários países no contexto internacional e tem sido tema constante de debates sobre a diversidade no Brasil. A dominação da hegemonia tem sido questionada em discussões institucionais e as questões culturais e interdisciplinares têm capitaneado a atenção nas propostas de acolhimento.

Nessa perspectiva, a partir da análise documental e da revisão da literatura, este artigo introduz uma breve discussão sobre as possibilidades de desconstrução da hegemonia biomédica a partir da falência das promessas da modernidade e dos discursos universais, apontando como alternativa a construção de um conhecimento situado, compartilhado e centrado nas necessidades dos sujeitos e de suas particularidades, em colaboração com o conhecimento cientificamente legitimado.

Aspectos teórico-metodológicos

O presente trabalho é de abordagem qualitativa (MINAYO, 2006) e trata-se de uma análise documental de base interpretativa e cunho exploratório. Muito embora a pesquisa documental possa ser confundida com a pesquisa bibliográfica, a utilização do material como fonte primária de informações, como relatórios, por exemplo, aproxima-se mais da pesquisa documental (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). O *corpus* textual de análise (normativas) constitui-se de dados considerados brutos, pois não sofreram tratamento analítico anteriormente a essa pesquisa, cabendo ao pesquisador construir suas análises sobre o conteúdo a partir do contexto e de inferências que objetivam responder à questão de pesquisa (KRIPPENDORFF, 2004). O *corpus* de análise é composto pelas normativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1979; 1983; 2002; 2010; 2014) que versam sobre a apropriação das práticas tradicionais de cuidados com a saúde tomadas como instrumentos normativos das políticas de saúde.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Portaria Nº 971 de 03 de maio de 2006. Ministério da Saúde, Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoespolitica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf Acesso em: 22 ago. 2022.

A abordagem metodológica buscou, a partir da literatura especializada, interpretar os documentos da OMS com o objetivo de identificar os sentidos que motivaram o incentivo das medicinais tradicionais, transformando-as em base para intervenções no campo da gestão pública em saúde e no combate aos agravos em saúde no âmbito da atenção primária. Assim, os textos legais e os documentos-base para as políticas de planejamento são tomados aqui como textos fundamentais, no sentido de que forneceram subsídios centrais à pesquisa. A temática foi investigada a partir de uma abordagem exploratória (GIL, 2002) e cotejada com base em definições teórico-conceituais que permitiram alcançar maior familiaridade com o objeto, explicitando suas particularidades.

Nessa direção, o trabalho visou descortinar conceitos, procurando compreender significados e sentidos atribuídos às relações de saúde no contexto da biomedicina e nas práticas tradicionais de saúde. Objetivou-se identificar de que forma a contestação social da hegemonia da biomedicina deslocou a atenção das questões sobre cuidado centradas no domínio biocêntrico para o processo social de construção da saúde, da doença e das práticas de cuidados, discussão evidenciada nas normativas da OMS.

Medicina tradicional: conhecimento situado em perspectiva

A crescente complexidade do processo saúde-doença aponta para constantes conflitos entre o social e a tecnociência que tem nas práticas institucionalizadas inauguradas pela modernidade, os instrumentos de produção de saúde e que excluíram o protagonismo do sujeito e a experiência como fatores relevantes na compreensão do processo de adoecimento.

Nesse contexto, a insatisfação com o modelo biomédico influenciou a OMS na inclusão da Medicina Tradicional como política pública de saúde na atenção primária em saúde no âmbito internacional. Desse modo, embora seja inegável o progresso científico e tecnológico da medicina moderna ocidental, também chama a atenção a crescente demanda em busca de práticas terapêuticas não biomédicas.

Em resposta a essa demanda, a OMS percebeu as práticas tradicionais, alternativas e complementares como aliadas no campo da saúde e capazes de desenvolver nos indivíduos o autocuidado, autonomia e protagonismo em relação aos cuidados, diminuindo os agravos à saúde e a procura por hospitais e emergências, delegando à comunidade os atendimentos primários.

A MT foi inserida como política pública de saúde na atenção primária em saúde por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde - *Saúde para Todos no Ano 2000*, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, ex-União Soviética, pela OMS, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Esse evento marcou a influência internacional nos rumos das políticas de saúde dos países, reafirmando a saúde como direito humano fundamental.

A declaração de Alma-Ata propôs um modelo de serviços de saúde focado nas necessidades das populações locais e teve a perspectiva interdisciplinar como estratégia, envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras e agentes comunitários, bem como a participação popular na gestão das políticas de saúde, construindo um modelo de saúde sistêmico.

Avançando nas discussões sobre o alcance das terapias não biomédicas, a OMS inovou e, na Assembleia Mundial de Saúde de 1983, incluiu uma dimensão *não material* ou *espiritual* na definição de saúde, modificando o conceito clássico de *saúde* para “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (WHO/MAS/MHP/98.2). Essa ressignificação parece entrever o resgate dos domínios da mente, excluída dos debates sobre o corpo nas alçadas do cartesianismo positivista.

O Brasil passou a integrar o grupo de países que possuem Políticas Nacionais de MT/MCA no ano de 2006, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴, apresentada nesse evento. No Brasil, as PNPIC são ofertadas pelo SUS por meio do Departamento de Atenção Básica e podem ser encontradas no Portal da Atenção Primária em Saúde (APS) as seguintes terapias:

Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (<http://aps.saude.gov.br/>).

No período de 21 a 24 de junho de 2010, em Shangai, China, foi promovido, pela OMS, o II Workshop sobre Medicina Tradicional que visou discutir o tema *Prestação de Serviços e Avaliação em Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde*, para elaborar recomendações para a MT no mundo. Segundo a agência, o objetivo dessas abordagens é estimular mecanismos naturais de prevenção e contenção de agravos à saúde (BRASIL, 2006). Na ocasião, participaram 14 países convidados pela OMS, incluindo-se o Brasil como único representante da América Latina. Na oportunidade, o Ministério da Saúde do Brasil apresentou a PNPIC do SUS e os avanços na integração dessas práticas no sistema.

Em 2014, a OMS atualizou a *Estratégia sobre medicina tradicional 2014-2023*, com a finalidade de orientar as autoridades a ampliarem a melhora da saúde e da autonomia dos pacientes. Está entre os objetivos principais:

a) aproveitem a contribuição potencial da MTeC à Saúde, ao bem-estar e à atenção de Saúde centrada nas pessoas, e b) promovam a utilização segura e eficaz da MTeC através da regulamentação e da pesquisa, bem como mediante a incorporação de produtos, profissionais e práticas nos sistemas de Saúde, conforme corresponda (WHA62.13)⁵.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Portaria Nº 971 de 03 de maio de 2006. Ministério da Saúde, Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf Acesso em: 22 ago. 2022.

⁵WHO. Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Disponível em: http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf. Acesso em: 23 maio 2016.

Conforme visto na exposição do processo histórico de evolução das políticas internacionais de saúde, a consideração de alternativas ao conhecimento biomédico centrado nos processos tecnicistas começa a ser feita no final do século XX, quando se iniciam as discussões sobre os determinantes sociais de saúde, incluindo fatores extra biológicos como classe social, gênero, etnia, saneamento básico etc., em busca da compreensão dos modos de adoecer e de cuidar, evidenciando o questionamento ao monopólio do cuidado centrado no modelo biomédico e ressaltando a importância dos aspectos socioculturais para compreender as relações implicadas na categoria saúde.

Discussão

As práticas de saúde do modelo biomédico moderno foram desenvolvidas com forte influência da visão tecnicista e estruturada de acordo com as proposições positivistas. A modernidade inaugurou o protagonismo do homem como medida de todas as coisas e o antropocentrismo prevaleceu como modelo organizador da existência e todas as demais experiências e saberes foram rotulados como primitivos (QUIJANO, 2005).

Desse processo, originou-se um modelo de assistência que ficou conhecido como medicina de órgãos (FOUCAULT, 1963), um modelo reducionista centrado em parâmetros biológicos em prejuízo de uma abordagem holística. Esse modelo, de acordo com Vadanta Shiva (1993), definiu uma concepção mecanicista que separou ontologicamente homem e natureza sob a lógica em que estabelece “a medida de valor e os instrumentos para o extermínio do que considera não-valor” (SHIVA; MIES, 1993, p. 40).

Segundo Ferla, Oliveira e Lemos (2011), a nova configuração da medicina moderna implicou o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais que introduziram uma mudança conceitual na forma de olhar o doente e o corpo, e inaugurou um ato de cuidar que desconsidera a totalidade do sujeito. Observa-se, portanto, segundo os autores, que:

A integralidade do corpo se desfez, transformada pelo olhar clínico que desvela, particulariza e nomeia uma infinidade de tecidos, órgãos e mecanismos de inter-relação entre eles, inaugurando uma paradoxal "superfície interna" do organismo, perceptível por códigos e signos específicos. [...] A emergência desta reorganização epistemologia da doença, implicou no reordenamento do espaço hospitalar, do estatuto do doente, da relação entre assistência e a experiência (FERLA; OLIVEIRA; LEMOS, 2011, p. 492).

O modelo biomédico de cuidado enfatiza a objetividade e assenta-se no conhecimento da verdade, livre de valores e crenças, subjetividades e especificidades culturais. De acordo com Gaines e Davis-Floyd (2004), a biomedicina desconectou a prática médica do plano transcendental e inaugurou um sistema médico isento de cosmologia, distanciando-se, portanto, das medicinas tradicionais. A hegemonia da medicina, por conseguinte, invadiu toda a área do cuidado

⁵ Em processo criminal de 1906, na Comarca de São João do Cariri, José Gaudêncio Correia de Queiroz já constava como Promotor Público. Ou seja, já atuava no dito cargo quatro anos antes de assumir como juiz da Comarca.

e colonizou todo o espaço da saúde, engendrando um processo de medicalização da vida e dos problemas sociais. Desse modo, observa-se o exercício hegemônico de um modelo centrado no ato prescritivo e na reprodução de procedimentos que desconsidera o sujeito pleno.

Inúmeros aspectos da experiência humana, inclusive a dor e o sofrimento, foram retirados das instâncias do autoconhecimento e transferidos para a alçada da ciência biomédica, criando situações de subordinação do sujeito aos domínios da biologização da vida. A participação do paciente foi excluída do processo de adoecimento, sendo vista como fator secundário. O doente transformou-se em um corpo doente, objeto passivo da prática médica e, nesses termos, segundo Gonçalves (1994, p. 61), a “forma intuitivamente mais imediata de pensar o corpo humano será a constituída de constantes morfológicas e funcionais, definidas a partir das ciências da anatomia e da fisiologia”, indicando que esse corpo é mais facilmente assimilável à ideia de objeto-coisa. Nesse sentido, o sujeito perdeu o protagonismo sobre seu corpo e transformou-se em um corpo-doente.

A biomedicina, portanto, fundamenta suas práticas em um modelo anátomo-fisiológico baseado na oposição entre corpo doente e corpo saudável. Nessa perspectiva, segundo Camargo Jr. (2007), a doença passou a ser percebida como doença-coisa, deslocando o indivíduo doente do foco do olhar médico e, segundo o autor,

a doença-coisa, realidade última no plano biológico, entidade “natural” que dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo, o escopo das concepções sobre o processo de saúde-doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo (...), as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar, de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (CAMARGO Jr., 2007, p. 68).

De acordo com o autor, a concepção da doença como coisa construiu uma noção totalizante e reducionista sobre saúde percebida apenas como ausência de doença, excluindo a dinâmica social e subjetiva do sujeito doente, pois “exclui do escopo de considerações sobre o processo saúde/doença, fatores sociais ou individuais, ditos subjetivos, com implicações para todas as intervenções da saúde”. Nesses termos, segundo Foucault (1963), a doença seguiu tendo como sede algum órgão e a intervenção médica se faz baseada em normas e padrões fixos que definem o objetivo e o curso do tratamento e, assim, conforme relata o autor:

o conhecimento das doenças é a bússola do médico; o sucesso da cura depende de um exato conhecimento da doença; “o olhar do médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto e social, ao conjunto visível, à plenitude positiva que está diante dele-o doente-, mas a intervalos de natureza, a lacunas e a distância em que aparecem como em negativo, os signos que diferenciam uma doença de outra, a verdadeira da falsa, a legítima da bastarda, a maligna da benigna (FOUCAULT, 1963, p. 47).

Entretanto, com a falência das metanarrativas (LYOTARD, 2003) e dos modelos explicativos totalizantes, a partir de fins do século XX, de acordo com Scheper-Hughes e Lock (1987), começaram a surgir tentativas de reconectar corpo e mente em busca da compreensão das aflições humanas. Em resposta à fragmentação da modernidade, de acordo com Hassan Zaoual (2003):

têm surgido em todos os lugares e de diferentes formas, movimentos e processos que visam à valorização da diversidade, das comunidades locais, de tradições e conhecimentos particulares, buscando intercâmbio cultural e cooperação ao invés de dominação e de hegemonia (ZAOUAL, 2003, p. 20).

É nesse cenário de questionamento do paradigma dominante (BOAVENTURA, 2008) que técnicas não biomédicas são reavivadas, não sem resistência do aparato biomédico, e passam a ser referência nos contextos de cuidados com a saúde, inclusive nos espaços oficiais de saúde pública, assumindo vários nomes: medicinas alternativas, tradicionais, paralelas, complementares. Kleiman e colaboradores (1978) apontam que a crescente adesão às terapias alternativas pode estar assentada na proposta holística de concepção do humano e da existência em detrimento do modelo fragmentário da biomedicina.

Nesse sentido, torna-se relevante a construção de um saber que incorpore diversas disciplinas em um exercício interdisciplinar que favoreça intensas trocas e resulte em um conhecimento híbrido, que transcenda as especialidades da multidão de “sábios” (JAPIASSU, 1976, p. 11) e que favoreça a integralidade no atendimento do usuário dos sistemas de saúde, incluindo a perspectiva do sujeito doente no processo terapêutico. A importância do diálogo interdisciplinar, conforme ressalta Japiassu (1976), reside no fato de que

Enquanto não houver comunicação entre as disciplinas não se atingirá o contexto interdisciplinar. O que realmente importa, no diálogo interdisciplinar, aquilo que não somente é desejável, mas também indispensável, é que a autonomia de cada disciplina seja assegurada como uma condição fundamental da harmonia de suas relações com as demais. Onde não houver interdependência disciplinar, não pode haver interdependência das disciplinas (JAPIASSU, 1976, p. 129).

Sobre esse aspecto, a interdisciplinaridade pode oferecer caminhos que integrem a fragmentação desarticulada das práticas biomédicas e favoreçam na construção do conhecimento coletivo (SAUPE, 2005). A transmissão do saber interdisciplinar, nessa medida, beneficia o diálogo e a compreensão do universo simbólico múltiplo que permeia a relação médico-paciente, permitindo uma diagnose mais precisa e humanizada, em favor da ética no alívio do sofrimento.

As políticas internacionais parecem, de alguma forma, ser um sintoma desse processo, refletindo-se, inclusive, na reorganização curricular de cursos das áreas da saúde e biomédicas. A ampliação de concepções diversificadas no atendimento aos agravos de saúde, de acordo com Esther Langdon (2001, p. 241), colocam luz sobre a importância dos aspectos subjetivos envolvidos na relação do paciente com seu estado de saúde ou doença, porque, segundo a autora, “o processo terapêutico é considerado como uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimentos e posições de poder diferenciados”. Para a autora, essa proposta destaca-se por colocar em evidência sistemas terapêuticos e saberes que estiveram desde sempre presentes nas sociedades tradicionais como seus verdadeiros paradigmas de cuidado.

Desse modo, percebe-se o crescente estímulo a uma abordagem para os processos saúde-doença centrada na experiência dos atores sociais e na perspectiva sociocultural e psicobiológica que tem como premissa básica contextualizar o sujeito para além das proposições positivistas. A partir desse novo modelo mais integrado, pode-se pensar sobre o diálogo entre um sa-

ber médico oficial e o não oficial.

Nessa medida, conforme destaca Boaventura (2008), a problematização da naturalização do saber universal e a relativização das verdades absolutas aponta para a necessidade de validação de outros conteúdos e de outros produtores de conhecimento. A despeito da validade desses conhecimentos, Boaventura (2008, p. 34) propõe uma dupla ruptura epistemológica que reconcilia senso comum e ciência com vistas a criar um conhecimento “prático”, mas “esclarecido” e que rompe com a naturalização das desigualdades.

O esforço de construir um conhecimento coletivo e situado parte da compreensão de que a exclusão da experiência como modo de vida privilegiando a razão é um atentado aos saberes tradicionais (SANTOS, 2007). O debate sobre a importância da experiência é tomado por Patricia Hill Collins (2000) como um elemento político, para ela, “o pessoal é político”, portanto, as experiências individual e coletiva são compartilhadas e experimentadas na ação, constituindo elementos que são a matéria prima para a reflexão e teorização sobre as questões relativas à margem. Nesse ponto, propostas de saúde públicas inclusivas requerem necessariamente a inclusão do conhecimento terapêutico produzido pelas esferas marginalizadas pelo sistema eurocentrado.

Assim, para avançar na direção de representações diversas em saúde, é preciso considerar e acolher a diversidade de modelos de saúde, de doença e de cuidados, no sentido de se admitir um modelo de saúde complexo integrado, centrado nas necessidades dos sujeitos e de suas particularidades. Segundo Madel Luz (2008, p. 10), a “diversidade, fragmentarismo, colagem, hibridismo e sincretismo, características culturais atribuídas à pós-modernidade, estão seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea”. Nessa medida, a multiplicidade de abordagens sobre a temática pode oferecer recursos alternativos de cuidados capazes de acolher a diversidade e ofertar possibilidades inclusivas, em constante diálogo com as demandas das comunidades.

Dessa forma, com base na revisão do histórico sobre a oficialização das terapias não biomédicas estimuladas pela OMS, não é mais possível ignorar as medicinas tradicionais, complementares, alternativas ou integrativas como agentes importantes no atendimento aos cuidados primários da população e no controle dos agravos em saúde. É imprescindível assumir a importância desses recursos terapêuticos e estimulá-los como alternativas, sem desapropriá-los dos seus próprios sistemas de conhecimento ou submetê-los aos cânones epistemológicos científicos. Nesse ponto, é importante reconhecer que a biomedicina tenderá a exercer pressão institucional para permanecer como modelo oficial e isso se dará seja negando, seja absorvendo para seus domínios o conhecimento tradicional. Nesse sentido, para viabilizar a multiplicidade epistêmica e a garantia de direitos, faz-se necessária a ampliação dos debates sobre a importância da diversidade e do protagonismo dos sujeitos e das comunidades em todas as instâncias da vida, inclusive da saúde.

Considerações finais

Este artigo apresentou uma breve discussão sobre a revitalização do conhecimento tradicional feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no planejamento de políticas públicas de atenção primária à saúde. As normativas da organização introduziram a perspectiva tradicional como viés para a construção de um conhecimento situado e compartilhado sobre saúde e centrado nas necessidades dos sujeitos e de suas particularidades, em colaboração com o conhecimento cientificamente legitimado.

A revisão da literatura evidenciou que um sistema terapêutico centrado no biológico deslocou o saber sobre o doente para o saber sobre a doença. Trata-se de um modelo de cuidado centrado na classificação das doenças, na prática prescritiva e na medicina dos órgãos que deu origem à prática reducionista norteada por parâmetros biológicos e pelo método anátomo-clínico, que excluiu o paciente do processo de adoecimento, retirando-lhe o protagonismo sobre sua própria vida, subalternizando as terapêuticas tradicionais.

A ligação da biomedicina com a racionalidade cognitiva-instrumental da ciência moderna é o objeto central para a compreensão sociológica do processo que legitimou a ciência biomédica como prática hegemônica de cuidados com a saúde. Esse modelo erigiu-se baseado em um estatuto de verdade ou em uma metanarrativa construída pelo positivismo e na negação de outros modelos de conhecimento.

A partir do poder simbólico acumulado pela biomedicina, nesse processo, foi desenvolvido o discurso da hegemonia do conhecimento científico em detrimento dos outros sistemas e práticas terapêuticas. A hegemonia científica produziu narrativas de eficácia que relativizaram seu discurso, conquistando reconhecimento público em plena fase de desenvolvimento do capitalismo e subalternizando saberes tradicionais e complexos não oficiais.

Entretanto, apesar do grande e inegável respeito conquistado pela biomedicina, os resultados das análises apontaram que, após a segunda metade do século XX, a insatisfação generalizada, a falência das metanarrativas e das promessas explicativas da modernidade abriram precedente para o questionamento da ciência biomédica como paradigma dominante e hegemônico em saúde.

No contexto de explosão de debates internacionais sobre a importância da diversidade na atenção aos agravos à saúde, observa-se a gradativa manifestação de interesse e procura pelos saberes terapêuticos não científicos e, assim, as terapêuticas alternativas voltaram ao centro das discussões.

Atenta a essas demandas, a OMS vem, desde 1979, estimulando internacionalmente os governos a observarem as terapias tradicionais como estratégias fundamentais de contenção dos agravos em saúde, evidenciando a retomada de complexos não biomédicos pelos sistemas nacionais e internacionais de cuidados primários com a saúde. As normativas da agência evi-

denciam a atenção dada pelo órgão às possibilidades terapêuticas oferecidas pelas medicinas alternativas e complementares, e este movimento vem despertando o interesse da comunidade acadêmica e de gestores de saúde.

À guisa de conclusão, ressalta-se que, apesar da clara e crescente insatisfação social com o reducionismo biomédico, é importante frisar que desconstruir o privilégio epistêmico da biomedicina passa por ações insistentes e atentas de afirmação da pluralidade e da diversidade como opções e que a hegemonia de qualquer sistema reflete o exercício de poder de algum grupo social em detrimento de outros.

Portanto, é imprescindível reconhecer que a biomedicina, como um conjunto específico de valores, tenderá a exercer pressão institucional para permanecer como modelo oficial e isso se dará seja negando, seja absorvendo para seus domínios o conhecimento tradicional.

Nesse sentido, para viabilizar a multiplicidade epistêmica e a garantia de direitos, faz-se necessária a ampliação dos debates sobre a importância da diversidade e do protagonismo dos sujeitos e das comunidades em todas as instâncias da vida, inclusive da saúde. Para que a diversidade seja garantida, a participação da comunidade de forma ativa é a única ferramenta que possibilitará a correção da subalternização dos povos.

Referências

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde-doença: a que serve o modelo biomédico. **Saúde e Sociedade**, n. 11, v. 1, p. 67-84, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPTjYGWb/>. Acesso em: 25 ago. 2022.

BARROS, N. F.; TOVEY P. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 2, p. 207-214, 2007. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3165/1736>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

CAMARGO Jr., K. R. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 76, v. 1, p. 63-76, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5Yb88YjJWYqddy9ZF5QCF8q/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

FERLA, A. A.; OLIVEIRA, P. T. R.; LEMOS, F. C. S. Medicina e hospital. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, p. 487-500, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/8791>. Acesso em: 25 ago. 2022.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1963.

GAINES, A.; DAVIS-FLOYD, R. Biomedicine. In: EMBER, C.; EMBER, M. (eds.). **Encyclopedia of Medical Anthropology: health and illness in the World's Cultures**. Kluwer Academic; Plenum Publishers, p. 95-109, 2004. Disponível em: <http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2016/11/GAINES16ss.pdf> Acesso em: 25 ago. 2022.

GONÇALVES, R. B. M. O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a epidemiologia e a clínica. In: **TECNOLOGIA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL DAS PRÁTICAS DE SAÚDE**. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1994.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e a patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KLEINMAN, K. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science Medicine**, n. 2B, v. 12, p. 85-93, 1978. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/358402/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

KRIPPENDORFF, K. Reliability in content analysis some common misconceptions and recommendations. **Human Communication Research**, v. 30, n. 3, p. 411-433, Jul. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2004.tb00738.x>. Disponível em: <https://academic.oup.com/hcr/article-abstract/30/3/411/4331534?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LANGDON, E. J. A importância da narrativa na construção social da doença. **Etnográfica**, v. 5, n. 2, p. 241-260, 2001. DOI: <https://doi.org/10.4000/etnografica.2813>. Disponível em: http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R.; JUNQUEIRA, C. (orgs.). **Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História**. São Paulo: UNIFESP; Terra Virgem, 2005. p. 115-134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LTydTDCrY9FK3b68mvshPdy/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2022.

LUZ, M. T. Especificidade das contribuições dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. **Saúde e Sociedade**, n. 20, v. 1, p. 22-31, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8fjxhTsYWmVDpd37HBzXwMq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2022.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2003.

LYOTARD, J. F. **A condição pós-moderna**. Lisboa: Gradiva, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estratégia de Medicina Tradicional da OMS (2014 – 2023)**. China: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008> Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B: Textos Básicos em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, E. (org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p.118-142.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos. CEBRAP*, n. 79, nov., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/ytPjkXXYbTRxnJ7THFDBrgc/?lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2022.

SANTOS, B. S. Ciência e senso comum. *In*: SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 31-45.

SAUPE *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Botucatu: Interface*, n. 9, v. 18, p. 521-36, 2005.

SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, n. 1, v. 1, p. 6-41, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>. Acesso em: 22 ago. 2022.

SHIVA, V; MIES, M. **Ecofeminismo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

TRADITIONAL MEDICINE STRATEGY 2002 – 2005. [s.l.]: World Health Organization, [s.d.]. Disponível em: http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf. Acesso em: 23 maio 2016.

ZAOUAL, H. THIOLENT, M. **Globalização e diversidade cultural**. São Paulo: Cortez, 2003.