



De alternativo a oficial: terapias complementares e medicina tradicional no sistema público de saúde brasileiro

Pesquisadora: Lu Bolonha Nunes

Orientador: Rodrigo Ferreira Toniol

Órgão de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

Com início no primeiro semestre de 2019, coordenado por Rodrigo Toniol e apoiado pela FAPESP na modalidade Jovem Pesquisador, o projeto *Espiritualidade institucionalizada - Políticas públicas, usos clínicos e pesquisas médicas na legitimação da espiritualidade como fator de saúde no Brasil* tem como objetivo analisar de que modo a categoria espiritualidade tem sido acionada para legitimar-se enquanto uma dimensão de saúde, e assim vem sendo incorporada em instituições seculares brasileiras. Essa investigação mais ampla conta com pesquisadores em diferentes etapas de formação analisando a cadeia de associações daquilo que tomamos como as três dimensões da legitimação da espiritualidade no campo da saúde: as pesquisas médicas, os usos clínicos e as políticas públicas¹.

De alternativo a oficial: terapias complementares e medicina tradicional no sistema público de saúde brasileiro é uma iniciação científica vinculada a este projeto maior que tem como foco de análise a última dessas dimensões: as políticas públicas de saúde. O que temos buscado é analisar como, no âmbito dessas políticas, a **espiritualidade** e outras duas categorias a ela engendradas, **medicina tradicional** e **medicina alternativa e complementar**, são mobilizadas a fim de obter-se diferentes efeitos. Entre esses efeitos estão aqueles relativos ao acesso, quem pode ou não acessar o sistema oficial de saúde, nesse caso o Sistema Único de Saúde (SUS), e obter o tratamento a partir de diretrizes particulares. É justamente sob esse aspecto que o projeto se debruça e toma como ponto de partida, isto é, em entender as diferentes mobilizações dessas categorias que geram tanto o efeito de universalização (acesso geral à população) quanto o de interculturalização (acesso restrito a grupos culturalmente identificados e reconhecidos). Para dar conta dessa proposta, nos voltamos para duas políticas de saúde, a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)** e a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)**. Ao nos determos nessas políticas - em seus textos finais, seus decretos, nos relatórios oficiais das Conferências Nacionais de Saúde e em incursões etnográficas nas unidades de saúde onde é oferecido atendimento a partir de suas diretrizes - esperávamos poder circunscrever e analisar uma série de outros movimentos.

¹ Informações retiradas do site e plataforma de divulgação científica sobre o desenvolvimento do projeto “Espiritualidade Institucionalizada”. Disponível em: <<https://nues.com.br/oprojeto/>>.



Entre eles, apontamos o aumento progressivo que vem ocorrendo desde 1999, em âmbito global, de países que oficializam o uso das terapias alternativas/complementares (TONIOL, 2015, 2018). Esse avolumamento está atrelado às ondas de produção da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência que, como um todo, estimula a standardização das práticas de cuidado e da produção de políticas públicas de saúde (CHOREV, 2012 apud TONIOL, 2017, p. 269) e que desde a sua criação em 1948, tem a espiritualidade como uma noção presente em seus documentos oficiais. Nesse sentido, a elaboração de políticas de saúde nos países associados a essa agência internacional encontra, nos documentos oficiais da organização, tanto exigências quanto uma fonte de legitimação. Como apontado por Rodrigo Toniol (2018, p. 59), nas resoluções da agência, como em OMS (2013), que servem como um manual para a implementação de terapias alternativas/complementares e de debates orçamentários, nota-se a mobilização de duas categorias: **medicina tradicional (MT)** e **medicina alternativa e complementar (MAC)**. Segundo o antropólogo, pode-se identificar uma homogeneidade na mobilização dessas duas categorias nesses documentos e que, no geral, elas indicam o público que têm acesso a elas, o vínculo entre terapia e contexto de emergência e supostos estágios de desenvolvimento econômico.

Em um jogo de associações, se opta por falar em **medicina tradicional (MT)** para (a) se referir a políticas públicas de saúde de acesso restrito a grupos culturalmente identificados², (b) de terapias não importadas, ou seja, de práticas que surgiram no próprio contexto em que estão sendo implementadas e (c) que designam países ditos subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Por outro lado, **medicina alternativa e complementar (MAC)** é acionada para (a) se referir a políticas de acesso universal à população, (b) de terapias que atuam fora de seu contexto de emergência (como medicina tradicional chinesa ou yoga quando oferecidas no Brasil) e (c) em países desenvolvidos. Na rede de atores que produzem, reconhecem e tornam objeto de produção de políticas de saúde as categorias MT e MAC, entendemos que elas extrapolam suas próprias limitações, apresentando certas contradições, e que estão engendradas com uma terceira categoria: a espiritualidade.

A partir desse panorama mais geral, voltamo-nos e tomamos como objeto as duas políticas públicas de saúde brasileiras, e nos propusemos a analisar seus enquadramentos nesses movimentos globais em que reconhecemos a presença das categorias **MT**, **MAC** e

² Com o desenvolvimento da pesquisa, pudemos observar que esses grupos não somente são culturalmente identificados e localizados, mas que, ao reivindicarem modos específicos de tratamento, os indivíduos são culturalmente *identificáveis*. Em relatos que encontramos na internet, lemos que alguns indígenas, ao reivindicarem tratamento nas diretrizes da Política de Saúde Indígena, tiveram seus direitos negados por não serem lidos enquanto membros deste grupo étnico-racial pelos agentes de saúde. Essa questão, apesar de estar inserida em um debate mais amplo, merece ser destacada por evidenciar tensionamentos entre a própria política, os sujeitos que ela descreve e os indivíduos como eles são.



espiritualidade. Entendemos, então, que a produção dessas políticas de saúde está ligada a movimentos mais amplos, sendo tanto o alinhamento brasileiro para uma série de exigências da OMS, quanto produto de reivindicação de movimentos sociais. É justamente na relação entre esses diversos atores que buscamos a flexibilidade e as diversas facetas que as três categorias tomam, indicando e nos orientando a partir das diferentes implicações da variedade de suas mobilizações.

A portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 do Ministério da Saúde promoveu, no Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006). A política garantiu o acesso universal e gratuito a cinco terapias não-biomédicas: medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia, termalismo e medicina antroposófica. Quatorze anos depois, em 2020, o SUS conta com um total de 29 práticas reguladas e legitimadas pela Política de PICs. Citada como notável no documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023* (2013, p. 63), a PNPIC, aproxima-se das mobilizações referentes a categoria **medicina alternativa e complementar (MAC)**.

Temos, de outro lado, a Política Nacional de Atenção à Saúde da População Indígena (PNASPI), aprovada pela portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002, que reconhece aos povos indígenas suas “especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais” (BRASIL, 2002, p. 6). A política propõe, em um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), um “modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços” (ibid) que visa “garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde” (ibid, p. 8), tendo como uma de suas diretrizes a “preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural” (ibid, p.13). Apesar do uso semântico similar de termos como *complementar* e *integral*, a política está mais próxima das mobilizações e enquadramentos, por parte da OMS, do que a agência chama de **medicina tradicional (MT)**.

É nesse sentido que PNPIC e PNASPI nos servem como porta de entrada e material empírico de reflexão para questões ligadas aos movimentos de saúde que acontecem em âmbito global. Nossa hipótese inicial era de que as políticas estão, a um só tempo, atravessadas pelas categorias **MT** e **MAC**, reproduzidas no cerne da Organização Mundial da Saúde que, desde 1998, reconhece a **espiritualidade** como uma das dimensões da saúde humana. Nossas perguntas-guias eram, então, como essas três categorias são mobilizadas? Com quais aproximações e distanciamentos se constroem os diferentes efeitos de acesso das políticas públicas de saúde? Como a espiritualidade, difundida como uma dimensão da saúde *humana*, toma forma na produção da universalidade e da interculturalidade?

Acreditamos que, ao nos determos nessas questões, estamos a contribuir (1) com aportes para compreender a expansão de determinados modos de conceber corpo, saúde,



doença e natureza de que a Política de PICs e a Política de Saúde Indígena são tanto efeito como agente de transformação; (2) para o adensamento das pesquisas antropológicas sobre transformações nas tecnologias oficiais de saúde e (3) com os debates sobre a relação entre religião, espiritualidade e saúde, tomando cada uma dessas dimensões em suas diferentes interfaces e atravessamentos³.

Na pesquisa, que teve início efetivo em fevereiro de 2020, tomamos como primeiro passo a análise da Política de Saúde Indígena, uma vez que ela permanecia menos destrinchada para nós do que a Política de PICs, objeto de análise mais sistematizado no grupo de pesquisa do projeto guarda-chuva. Buscando os passos que o Estado brasileiro seguiu para atender a saúde dos povos tradicionais, remontamos, então, a história institucional da saúde indígena até a instauração da Lei n. 9.836/1999 a partir, sobretudo, de Almeida, Cardoso e Chaves (2006), Cardoso (2014) e Teixeira (2008). Desse remonte, estamos organizando uma tabela com os links dos decretos e outras mobilizações institucionais, buscando pelas categorias que orientam o projeto.

Metodologicamente, a pesquisa também se propunha a realizar incursões etnográficas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais tratamento com diretrizes da PNPIC e da PNASPI eram oferecidos. Com o advento da pandemia do Sars-CoV-2 e suas medidas de enfrentamento, essa etapa foi adiada indeterminadamente, e não sabemos se poderá ser realizada. O contorno que optamos por operar foi o estabelecimento de contato com profissionais da saúde que atuam nessas unidades, percurso esse que vêm sendo mais fortemente estabelecido nesse momento da pesquisa, e do levantamento de notícias e relatos sobre atendimentos com as diretrizes das políticas.

No geral, o que estamos notando em relação a (1) **medicina tradicional**, é que ora ela toma forma de um conjunto de práticas estereotipadas e milenares - como aquelas apontadas por Manuela Carneiro da Cunha (2012) -, por outras ela se refere a própria biomedicina, em que a medicina não-biomédica passa a ser denominada como *medicina indígena*;⁴ (2) **medicina alternativa e complementar** representa fortemente, em ambas as políticas, a relação de hierarquia com a biomedicina, não se valendo, no jogo MT/MAC, apenas à Política de PICs, mas que opera, como um recurso semântico, para abranger também a Política de Saúde Indígena; (3) a **espiritualidade**, assim como as outras categorias que nem sempre estão presentes nos textos oficiais/institucionais⁵, toma pelo menos duas formas.

³ Com esse último ponto, procuramos adensar a análise pouco frequente e sistematizada da “espiritualidade” no campo da antropologia. Apesar da recorrência de aparecimento do termo em narrativas etnográficas, as reflexões acerca desta categoria aparecem marginalizadas e frequentemente opostas à ideia de uma religiosidade institucionalizada, ou justapostas à ideia de uma religiosidade centrada no sujeito (Heelas; Woodhead, 2005:6 apud TONIOL, 2019, p. 71).

⁴ Disponível em: <<https://terrasindigenas.org.br/en/noticia/153102>> e <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2061>>.

⁵ Essa produção vem de outro lado da análise, que são os movimentos de atores e agentes que instauram e reivindicam a garantia e manutenção dessas políticas. Para as Política de PICs destacamos o deputado federal



Acreditamos que na produção hegemônica de saúde (CHOREV, 2012, 2013; MATTA, 2005), ela, por vezes, dá o tom de universalidade, ou seja, produz em si mesma o acesso universal (como o da PNPIC) por ser difundida como uma dimensão da saúde *humana*, mas, por outras, ela produz a alteridade. Nesse último caso, a espiritualidade é reivindicada como uma dimensão da saúde *indígena*, tornando-se uma categoria não só de diferenciação, mas de reivindicação de respeito e garantia a diferença (ou a vida).

Essas reflexões dizem respeito às categorias-orientadoras como não fixas ou estáveis, mas que, na relação (WAGNER, 2012), produzem a diferença. Vimos e acompanhamos, assim, a produção dessa pesquisa como um trabalho antropológico que tem buscado desestabilizar as noções de **medicina tradicional**, **medicina alternativa e complementar** e **espiritualidade**, entendendo que seus arrematamentos tem tencionamentos específicos.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Celia; CARDOSO, Andrey Moreira; CHAVES, Maria de Betania Garcia. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):295-305, fev, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>

CARDOSO, Marina Denise. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4):860-866, abr, 2014.

CHOREV, Nitsan. 2012. "The World Health Organization". In: The World Health Organization between North and South. New York: Cornell University Press.

_____. 2013. Restructuring neoliberalism at the World Health Organization, Review of International Political Economy, 20:4, 627-666.

MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. In: Trabalho, Educação e Saúde, v. 3 n. 2, p. 371-396, 2005.

OMS. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/>

TEIXEIRA, Carla Costa. Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. In: etnográfica, novembro de 2008, 12 (2): 323-351.

TONIOL, Rodrigo. Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. In: Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur, vol. XXV, núm. 43, mayo, 2015, pp. 110-143.

_____. Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. São Paulo: LiberArs, 2018.

WAGNER, Roy. Introdução; "A presunção da cultura" e "A cultura como criatividade". In: *A invenção da cultura*. São Paulo, Cosac Naify, 2010.

pelo PL do Rio Grande do Sul, Giovani Cherini, e para a Política de Saúde Indígena, diversas lideranças que, no momento excepcional da pandemia, organizam lives divulgadas em perfis como o @midiaindiaoficial, no instagram. Disponível em: <https://57478fd8-8f53-436c-9455-a09cdae614f9.filesusr.com/ugd/afb524_290dc84a871e4076aaf179401713162e.pdf> e <<https://www.instagram.com/midiaindiaoficial/>>.