

I. Abordagens teóricas

novas práticas em saúde coletiva

Madel Terezinha Luz

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

2. NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

Madel Terezinha Luz

Propomos aqui continuar a discussão socioantropológica iniciada com a comunicação ao IV Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde (Cocoyoc, 1997), sobre as mudanças paradigmáticas em saúde ocorridas nas últimas décadas do século XX, com a eclosão das chamadas 'terapêuticas ou medicinas alternativas', posteriormente designadas 'medicinas complementares' (Luz, M. T., 1997), e sua relação com distintas racionalidades médicas.

Tal discussão foi ampliada no congresso seguinte (Isla Margarita, 1999), com a análise de novas práticas terapêuticas e corporais na sociedade civil (Luz, M. T., 2000a), e aprofundada no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Salvador, 2000), com a tentativa de interpretar ambos os fenômenos como parte de um processo de ressignificação cultural de ações, relações e representações sociais relativas ao adoecimento e à saúde, e, mais geralmente, à vida coletiva na sociedade contemporânea (Luz, M. T., 2002).

O núcleo central da interpretação proposta reside na afirmação – em parte ainda hipotética – de que nesse processo cultural de ressignificação, um conjunto de valores centrais do capitalismo é exacerbado, enquanto outros são postos em questão por uma parte expressiva da sociedade, por meio de novas práticas e atividades de saúde que funcionam como formas de recuperação de sociabilidade e estratégia de resistência ética.

Por outro lado, novas formas de sociabilidade (ou revitalização de formas tradicionais, postas na sombra da cultura pela hegemonia de valores capitalistas como o individualismo, a competição, a busca insaciável de sucesso), estão emergindo com as 'novas práticas' em desenvolvimento, tanto na sociedade civil como nas instituições de saúde – nestas, é verdade, de maneira ainda incipiente (Luz, M. T., 2002).

Do nosso ponto de vista, as novas práticas de saúde coletiva, por meio das formas de recuperação de sociabilidade e dos valores que expressam, apontam para a existência de sentidos e significados em formação na cultura relativos à saúde, em particular, e à vida em sociedade em geral. Por sua vez, essas novas formas de sociabilidade remetem à criação (ou 're-cria-

ção’) de valores que indicam uma ética em construção, diferente – e talvez mesmo oposta, em alguns dos seus aspectos – à ética capitalista dominante, e ao ‘espírito do capitalismo’, naquilo que ele tem de mais atual e – de acordo com nossa opinião – mais nocivo ao viver em comum e, em última instância, mais contrário à vida. Assim, a questão dos valores associados às novas práticas em saúde coletiva e seu significado cultural é o ponto-chave deste trabalho.

As linhas de reflexão e argumentação que desenvolveremos nas páginas seguintes em apoio às nossas hipóteses decorrem, por outro lado, dos resultados de um conjunto de estudos teóricos e de pesquisas empíricas desenvolvidos há mais de uma década (o projeto teve início em 1991) no Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, reunidos no grupo de pesquisas do CNPq designado atualmente como ‘Racionalidades médicas e práticas em saúde coletiva’, do qual faremos um resumo retrospectivo.

RACIONALIDADES MÉDICAS, TERAPÊUTICAS ALTERNATIVAS E PRÁTICAS EM SAÚDE

O projeto ‘Racionalidades médicas’, atualmente em sua terceira fase, teve seu início (primeira fase) com um estudo teórico conceitual comparativo de sistemas médicos complexos (medicina ocidental contemporânea, medicina homeopática, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica). A hipótese central da primeira fase do projeto, encerrada no início de 1994, é que existe efetivamente mais de uma racionalidade médica, contrariamente ao senso comum ocidental, que admite somente a biomedicina (ou medicina ocidental moderna) como portadora de racionalidade no sentido científico do termo, isto é, capaz não apenas de eficácia prática, como de verificação e comprovação de significados (teóricos) em experimentação. Mais ainda, o projeto buscou então demonstrar que distintas racionalidades médicas efetivamente coexistem na cultura atual, apesar da naturalização da medicina científica, isto é, de sua transformação de senso douto em senso comum.

Demonstrou-se que os sistemas médicos complexos têm cinco dimensões básicas estruturadas em termos teóricos e/ou simbólicos: 1) uma morfologia humana (entre nós denominada anatomia humana), que define a estrutura e a forma de organização do corpo (ou dos corpos); 2) uma dinâmica vital humana (entre nós definida como fisiologia), que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio no corpo (ou nos corpos), suas origens ou causas; 3) uma doutrina médica, que é na verdade um *corpus* doutrinário que define, em cada sistema, o que é o processo saúde-doença, o que é doença ou adoecimento, em suas origens ou causas, o que é possível tratar ou curar, e o que não pertence ao corpo médico como processo mórbido ou passível de cura (o que não é ‘tratável’ ou o que não tem ‘cura’, entre nós simplesmente definido como o que pertence ou não à clínica); 4) um sistema de diagnose, pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, fase e evolução provável, origem ou causa; 5) um sistema terapêutico, pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido (ou doença) identificado pela dimensão diagnose.

Para o projeto, desse ponto de vista, pode ser denominada racionalidade médica apenas um sistema médico complexo específico estruturado segundo essas cinco dimensões, elaboradas em maior ou menor grau em termos teórico-práticos. Por esse motivo foram objeto de estudo na primeira fase apenas os quatro sistemas mencionados (Luz, M. T., 1995).

Constatou-se também, ao fim da primeira fase, que os sistemas médicos complexos têm como raiz estruturante uma cosmologia, que embasa teórica e simbolicamente as outras cinco dimensões. Têm em comum, além disso, o fato de se constituírem em saberes/práticas doutos, isto é, organizados em termos de produção/reprodução, em um *corpus* de significados, concepções e proposições que se pretendem demonstráveis empiricamente, seja através de tecnologias cientificamente avançadas (experimentação), seja por demonstração empírica tradicional (casuística, estudos de caso com ou sem *follow up* etc.). Trata-se, também, de sistemas mais ou menos institucionalizados, seja na cultura ocidental, seja em sua cultura original (China e Índia, nos casos estudados), às vezes nas duas, e ensinados em instituições legitimadas para a transmissão tanto de seus conteúdos formais como das atitudes que conformam seu *habitus* (Bourdieu, 1989).

Por esse motivo, não constituiu objeto de estudo do projeto nessa fase o que se denomina comumente de ‘terapias alternativas’, ou ‘medicinas complementares’, ou ‘práticas terapêuticas’. Também não foram estudados sistemas complexos baseados mais em universo simbólico que em proposições racionais, como as medicinas tradicionais indígenas, que se embasam na mitologia, ou outros sistemas que são, como a medicina antroposófica, centrados em metafísica ou em alguma forma de religião.

No entanto, o estudo concluiu, em sua primeira fase, pela constatação dos limites da racionalidade nos sistemas, uma vez que: 1) toda racionalidade médica tem em suas bases uma cosmologia, própria da cultura em que se insere, enraizada em um universo simbólico de sentidos que incluem imagens, metáforas, representações, e mesmo concepções, parte de um imaginário social irreduzível ao plano de proposições teóricas e empíricas demonstráveis pelo método científico (Luz, M. T., 1997); 2) no interior de cada racionalidade médica coexistem, não sem conflito, duas formas de apreensão/interpretação, dois ‘paradigmas’, ligados às dimensões teórica (conhecimento acumulado do processo saúde e doença) e prática (intervenção nos corpos dos doentes através das dimensões diagnose e terapêutica). O primeiro paradigma, de caráter teórico, pode ser perfeitamente regido pela razão (*lógos*). O segundo, de natureza prática, é regido pela experiência singular, pela sensibilidade e pela intuição proporcionadas pelos sentidos (Ginzburg, 1987), o que inclui *tekhné* e *phronesis* como formas básicas de conhecimento, e não o *lógos*. O conhecimento prático ‘faz uso’ de *lógos*, mas em função da eficácia a ser obtida em sua intervenção, sendo, portanto, um conhecimento ‘ativo’. Em outras palavras, a dualidade ocidental moderna ciência *versus* arte está presente em maior ou menor grau na atuação dos agentes dessas medicinas, sendo claramente exacerbada na biomedicina.

Na segunda fase do projeto, desenvolvida entre 1994 e 1997, pudemos acompanhar em que medida essas dualidades se manifestavam na prática dos profissionais de serviços da rede

pública de três das racionalidades médicas: biomedicina, homeopatia e medicina tradicional chinesa (a *ayurveda* não pode ser acompanhada por não haver serviços públicos desta modalidade médica no Rio de Janeiro). Também procuramos analisar representações e sentidos atribuídos à doença, saúde, tratamento, cura, corpo, relação corpo-mente, entre outras, consideradas básicas para se apreender paradigmas em saúde e medicina em médicos (ou terapeutas) e pacientes das distintas racionalidades em estudo, bem como verificar se essas representações eram partilhadas por profissionais e clientelas, ou não. Nossa hipótese nuclear, nesse caso, era que os pacientes e profissionais de um determinado sistema médico tendem a partilhar paradigmas e representações de sua racionalidade, e que este ‘partilhar’ cultural tende a facilitar as relações médico-paciente, ou terapeuta-paciente, facilitando assim o processo terapêutico. Essa hipótese foi em grande parte confirmada, através de entrevistas e trabalho de observação etnográfica e participante desenvolvidos durante dois anos (1995-1997) em serviços municipais de saúde no Rio de Janeiro. O compartilhamento de representações e paradigmas é claro quando se trata da homeopatia – identidade de representações corpo-mente como totalidade indissociável, de ‘equilíbrio’ como sinônimo de saúde, de ‘energia’ como fonte de vitalidade, de adoecimento como um processo de desequilíbrio, e de cura como um processo subjetivo de ‘harmonização’ (Luz & Campello, 1997, 1998) – e parcial quando se trata da biomedicina – identificação em relação à representação do corpo como máquina composta de ‘peças’ ou partes articuladas, do adoecimento como incapacidade de trabalhar ou mover-se, e de cura como retorno à normalidade sintomática e à vida ativa, isto é, ao trabalho (Camargo Jr. 1997).

Quando se trata da medicina tradicional chinesa, no entanto, provavelmente devido ao lugar de auxiliar terapêutico que esse sistema ocupa em relação à medicina ocidental, o compartilhamento de representações, bem como a relação terapêutica, é bem mais difícil de se estabelecer, ao menos nos serviços. Os pacientes, geralmente cronicados e iatrogenizados por variados procedimentos malsucedidos da biomedicina, vêem as ‘agulhas’ da acupuntura como um último recurso, uma última tentativa que antecede o abandono terapêutico (Luz, D., 1996). As agulhas, deslocadas do contexto cultural da milenar terapêutica chinesa, aplicam-se geralmente como indicação médica para perturbações sindrômicas ou ‘doenças músculo-esqueléticas’, categoria inexistente na dimensão diagnóstica da racionalidade médica chinesa. O processo terapêutico se desenvolve num período de quatro a oito semanas, com aplicações semanais, e geralmente o espaço para a realização da consulta e da prática da acupuntura, que deve durar em torno de uma hora, não é garantido nos serviços públicos. A privacidade da consulta não é assegurada, pela falta de instalações adequadas e, freqüentemente, de recursos materiais e instrumentais próprios à prática terapêutica da acupuntura (Luz, D., 1998) As representações dos terapeutas, os que são formados na visão holista da medicina tradicional chinesa, diferem das dos pacientes, que tendem a se ver como ‘máquina estragada’ ou com peças ‘sem conserto’. Deve ser ressaltado que a acupuntura é vista, nos serviços de saúde, como uma ‘terapêutica alternativa’, quase como um procedimento mecânico, que produzirá um resultado sobre a dor ou inflamação do paciente, por atuar ‘nos nervos’. Esse tipo de representação, presente nos pacientes, é induzido pela própria racionalidade da biomedicina. Os pacientes da rede pública esperam dessa terapêutica, no máximo, alívio temporário para seus males.

Tal não acontece, certamente, em consultórios dos especialistas em medicina tradicional chinesa, e mesmo nos ambulatórios de treinamento dos futuros acupunturistas, onde as consultas e o tratamento podem chegar a durar uma hora, e onde o vínculo terapêutico tende a se estruturar, podendo levar ao estabelecimento progressivo, como no caso da homeopatia, de representações/concepções partilhadas entre terapeutas e pacientes (adoecimento como fruto da desarmonia na circulação da energia *chi*, inseparabilidade corpo-mente na determinação da doença e no surgimento de sintomas, cura como restabelecimento da harmonia ou equilíbrio da vitalidade). Entretanto, diferentemente do caso da medicina homeopática, na qual o vínculo se estabelece através do discurso, na acupuntura o processo terapêutico é essencialmente silencioso e ‘físico’ (introdução e manipulação das agulhas).

Em todos os casos, entretanto, é necessário salientar que os pacientes, quando procuram uma determinada racionalidade médica para fins de diagnose ou terapêutica (“saber o que tem” ou “tratar-se”), ou ambas as coisas, carregam consigo já um conjunto de imagens e representações sobre seu adoecimento, suas origens ou causas, e sobre as possibilidades de recuperação da saúde naquela racionalidade médica, que coincide em parte com o conjunto de concepções e representações do sistema médico escolhido. Muitas vezes as imagens, concepções e representações são ‘traduzidas’ para o universo cultural dos pacientes por meio de metáforas e imagens, ou mesmo de outros sentidos e significados atribuídos às expressões empregadas pelos médicos, o que acontece tanto na biomedicina quanto na homeopatia (Campello, 2001). Isso é muito claro quando se trata de pacientes da rede pública, em que as classes sociais e as culturas são diferentes no que concerne a médicos e pacientes, o que já não sucede quando se trata dos consultórios particulares, quando o universo social e cultural é basicamente o mesmo, ou pelo menos mais homogêneo (Boltanski, 1984).

Um dado relevante para a análise, entretanto, é que em todos os sistemas médicos, independentemente do ambiente institucional onde se dê a consulta, as representações não são ‘puras’ do ponto de vista de sentidos e significados atribuídos, isto é, não são restritas ao universo da racionalidade do sistema médico. Há muito ‘hibridismo’ e ‘ecletismo’, quando não ‘sincretismo’ (Canevacci, 1996) na simbologia contemporânea concernindo corpo, saúde, doença, tratamento, cura etc. Representações ‘maquínicas’ (o corpo ‘máquina’) podem perfeitamente coexistir com representações ‘bioenergéticas’ (o corpo como uma organização mais ou menos equilibrada de níveis de energia circulante) num mesmo sujeito. E não apenas em pacientes, como em terapeutas (Luz, D., 1998). A interpretação que apresentamos, neste caso (Luz, M. T., 1997, 2000a, 2002), é que a diversidade de padrões culturais coexistentes nessa complexidade denominada pós-modernidade (ou condição pós-moderna), juntamente com seu caráter fragmentário, leva os sujeitos a praticar um constante *bricolage* simbólico, embora em um universo dinâmico e semi-aberto de significados (Canevacci, 1996), organizando verdadeiros ‘caidoscópios de sentidos’, mutáveis segundo as ocasiões, os interesses, ou as limitações sociais. A diversidade dos sentidos presentes na cultura, em relação à saúde, sua contínua recomposição e reordenação num todo dinâmico para que possam estar em sintonia (“fazer sentido”) ao mesmo tempo com os desejos dos sujeitos e as imposições sociais, é que nos leva-

ram a propor a metáfora do caleidoscópio (Luz, M. T., 1997). Pode-se constatar que não há, conseqüentemente, ‘fidelidade’ a uma única racionalidade médica nem de um lado nem do outro da relação, podendo os pacientes transitar de uma a outra de acordo com a variação de seu adoecimento, e dos sentidos que a ele estão atribuindo, e podendo também os médicos ‘conciliar’ ou ‘conjuguar’ procedimentos terapêuticos ou diagnósticos (ou ambos) de mais de uma racionalidade em seu agir cotidiano. Há, portanto, mais esse limite à racionalidade médica, como logos da saúde, claramente observável na prática tanto de pacientes quanto de médicos.

A terceira fase do projeto, iniciada ao fim de 1997, parte da percepção da dualidade existente entre racionalidades médicas e práticas terapêuticas. As práticas terapêuticas, embora possam ser elementos de uma dimensão específica de uma racionalidade médica específica, são freqüentemente utilizadas de forma isolada, deslocadas de um contexto de significados para outro, em ‘colagens’ ou *bricolages* teórico-práticos, conforme já mencionado, obedecendo mais a uma lógica empírica de eficácia que a uma coerência teórica (ou racionalidade) dos sistemas. Propiciam, assim, o ecletismo, quando não o sincretismo de dois paradigmas distintos: um paradigma indiciário (Ginzburg, 1989), baseado na acumulação de observações singulares obtidas a partir de experiência empírica dos agentes, que é relativo à intervenção (diagnose e, sobretudo, terapêutica), e um paradigma analítico, baseado no acúmulo de concepções e proposições dos sistemas médicos, que fornece a base do conhecimento teórico das medicinas (doutrina médica e diagnose, sobretudo na biomedicina).

As questões estratégicas emergentes nessa fase do projeto referem-se basicamente ao cuidado, à atenção em saúde e às relações entre terapeutas e pacientes (ou profissionais e usuários de serviços de saúde). Referem-se também àquelas relativas às representações e ao imaginário social envolvendo categorias como corpo e mente, saúde e doença, morte e vida, além de tratamento e recuperação (ou invalidez e cura) entre os atores implicados no processo.

Pudemos perceber, durante o processo de investigação na segunda e terceira fases da pesquisa, que grande parte do sucesso das denominadas ‘terapêuticas alternativas’ ou ‘medicinas complementares’, que de fato se referem a outras racionalidades em saúde, é indissociável do modo como é conduzida a relação terapeuta-paciente, o atendimento ao paciente-usuário (a ‘atenção’), o seu cuidado, e a efetiva interação entre o terapeuta e seu paciente, que se desenvolve num tempo mais ou menos longo, originando assim um processo que se poderia denominar, de acordo com a tradição clínica, tratamento. No desenvolvimento do processo terapêutico assim instaurado, elementos habitualmente desconsiderados pela racionalidade biomédica por serem ligados à subjetividade dos pacientes, tais como sentimentos diante do adoecimento, isolamento, dor, sintomas ‘irrelevantes’ por não encontrarem tradução em registros ‘objetivos’, ou sensações de piora ou inocuidade dos procedimentos, são levados em grande consideração para a ratificação ou retificação do tratamento em condução.

Tal processo é hoje praticamente inexistente na biomedicina, ao menos em serviços públicos de saúde (e também em ‘padrão-base’ de planos de saúde privados, totalmente

mercantilizados na atualidade), devido ao papel que ocupam nessa racionalidade a diagnose e a especialização, ao difícil e infundável percurso pelas especialidades médicas, e seus complexos processos diagnósticos, que os pacientes são forçados a seguir, em busca do conhecimento e alívio de seus males, alívio sempre postergado em função da exigência de novos exames complementares. A tal ponto, que os pacientes de serviços públicos de saúde afirmam que estão sendo tratados quando na verdade estão em processo de exames para estabelecimento de uma diagnose 'final'. Para eles, o fato de realizarem infundáveis exames é parte do tratamento, embora seu estado de saúde/adoecimento possa estar, de fato, organicamente se agravando (Camargo Jr. et. al., 1998).

É necessário reafirmar que o centramento epistemológico da racionalidade biomédica na diagnose de patologias desde o século XVIII (Luz, M. T., 1996) teve como fruto, no fim do século XX e no início deste XXI, a quase inviabilidade da terapêutica (Luz, M. T., 2000b). Os procedimentos nessa dimensão da biomedicina são basicamente de dois tipos: os medicamentosos, em grande parte sintomáticos, geralmente portadores de efeitos colaterais adversos, e o cirúrgico, que se alçou de uma arte auxiliar da ciência médica nos séculos XVIII e XIX (Luz, M. T., 1996) à rainha da terapêutica na contemporaneidade. Não é de se estranhar, portanto, que tanto pacientes individuais como grupos de usuários de serviços busquem crescentemente outras formas de abordar e conduzir seus processos de adoecimento. E no Brasil essas formas de práticas terapêuticas, ditas alternativas ou complementares, estão cada vez mais ao alcance de usuários de serviços, em função do Sistema Único de Saúde. O projeto 'Racionalidades' constatou, em seus desdobramentos da terceira fase, que mais e mais práticas terapêuticas 'complementares' foram se incorporando à rede pública de serviços durante a década de 90, além das já tradicionais previstas em lei desde o advento do Sistema Único de Saúde ao final dos anos 80: homeopatia, acupuntura e fitoterapia.

AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E AS PRÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CIVIL

Até o momento, analisamos apenas a questão dos sistemas médicos complexos ('racionalidades médicas') e das terapêuticas 'alternativas', ou medicinas complementares, no campo da saúde. Sua coexistência, inegável na cultura contemporânea, está ligada tanto ao reconhecimento 'prático' dos profissionais (médicos e não médicos) da insuficiência terapêutica da biomedicina, quanto à busca por cuidado e atenção à sua saúde debilitada por parte crescente da população. Ambos os fenômenos se inserem, a nosso ver, num quadro sociocultural específico, embora amplo, que se poderia reconhecer como pertinente à ordem médica, ou às instituições, saberes e práticas socialmente legitimados para lidar com as questões referentes às doenças e ao adoecimento (Luz, M. T., 2002). Em outras palavras, trata-se de uma situação histórica estritamente relacionada com as funções e papéis da medicina na sociedade contemporânea, e suas transformações, decorrentes tanto de fatores macroestruturais (socioeconômicos e culturais) quanto do desenvolvimento acelerado de características estruturais (especialização, tecnificação) da medicina científica moderna (Luz, M. T., 1997, 2002).

É preciso, entretanto, em que pese a inegável importância desses fatores (Luz, M. T., 1997, 2000a, 2001), ir além do exame das questões macroestruturais e da ordem médica, e analisar as novas práticas terapêuticas, assim como as atividades ‘de saúde’, em desenvolvimento na sociedade civil, que não têm um referencial diretamente ligado ao clássico paradigma saúde-doença, mas ligado a um paradigma de ‘vitalidade’, ora associado a ‘bem-estar’, ora a juventude e beleza, tomados como valores, paradigma que se torna mais nítido quando nos aproximamos dessas práticas e seus praticantes (Luz, M. T., 2002). O que nos interessa examinar, a partir deste momento, é como essas práticas se orientam por determinados valores, que valores são esses, e se eles são ou não importantes para a transformação dos sentidos e significados atribuídos atualmente à saúde e à vida, ao relacionar-se do sujeito com seu próprio ser, corpóreo e espiritual, e com os outros seres, bem como para a transformação dos valores hegemônicos na sociedade como um todo. E se, através dessa transformação, podem ser geradas novas formas de viver a vida em comum e de representar a saúde em plano pessoal e coletivo, com conseqüências significativas para a saúde coletiva como campo.

Deve ser ressaltada, entretanto, mais uma vez, a proliferação recente (duas últimas décadas) das práticas coletivas de saúde e a diversidade de sentidos para que elas apontam, subjacentes ao ‘monólito simbólico’ da saúde (Luz, M. T., 2000a, 2002). A complexidade cultural que essa configuração supõe nos impede de reduzir os significados das atividades ditas de saúde a um único modelo (o da *fitness*, ou da *wellness*, por exemplo) ou a um único paradigma (o da saúde-doença, ou o da juventude-beleza). Entender a diversidade dos sentidos e a pluralidade de modelos presentes nas práticas atuais é o primeiro passo para podermos captar e interpretar a presença de valores diferenciados informando essas práticas. Não nos cabe, como cientistas sociais, o papel do moralista, julgando tais práticas como excessos de indivíduos ou coletividades, ou condenando-as como radicalizações de determinados valores da sociedade capitalista. Temos constatado a freqüente presença de juízos de valor em estudos e em pronunciamentos na mídia, de teóricos da área de saúde, e mesmo de antropólogos, tendendo a reduzir a polifonia de sentidos e valores e a diversidade das práticas de saúde da cultura atual a uma só dimensão, aquela exaltada e reproduzida sem cessar pela mídia (a *fitness* como ideal de corpo e beleza), e que se referem a uma camada social restrita da sociedade urbana, pintando a cultura contemporânea com as cores sombrias do apocalipse. Creemos que nos cabe, neste contexto, tentar compreender e interpretar o lugar e a ‘função’ de tais práticas, considerando os distintos valores que encarnam, e o papel simbólico que cumprem na cultura contemporânea, em sua diversidade e polifonia (Canevacci, 1993), sem ‘achatá-las’ em uma só dimensão, isto é, restringindo-as a um único conjunto de sentidos e valores, ou a um único paradigma.

Por isso, queremos estabelecer em primeiro lugar o porquê da distinção enunciada, neste subtítulo, entre práticas terapêuticas e práticas de saúde na sociedade civil.

Além de estarem ligadas ao paradigma saúde-doença, o que as aproxima das instituições e saberes médicos, independentemente de sua racionalidade, as práticas terapêuticas têm uma história, e freqüentemente uma tradição que pode ultrapassar os séculos, chegando a milênios.

Mesmo as terapias *new age*, portadoras, nas três últimas décadas do século XX, do ideário da contracultura, (Luz, M. T., 1997), ‘tradutoras’ para o imaginário moderno de antigas práticas, ligadas à dimensão terapêutica de medicinas tradicionais, estão basicamente associadas à intervenção nos processos de adoecimento ou mal-estar de indivíduos e coletividades. Geralmente se opõem a aspectos da diagnose ou da terapêutica biomédica, desempenhando um importante papel na reconfiguração do que se pode designar na atualidade como ‘mercado da cura’ (Luz, M. T., 1997), preenchendo em parte o lugar social deixado vago pela terapêutica da biomedicina, criando novos atores, novas práticas discursivas, novas formações profissionais, novas disputas de hegemonia discursiva e *status*, sempre no campo ou área da saúde. Em outras palavras, no campo de saberes e práticas definido pela questão da saúde-doença.

A proliferação dessas práticas e sua variedade, cuja avaliação qualitativa e quantitativa permanece ainda indefinida, é um fato inequívoco dos últimos 20 anos. Sua busca de legitimação junto às instituições médicas também. Nossa interpretação é que essa proliferação é fruto da busca por cuidado e atenção de parcelas crescentes da população, diante não só de adoecimentos ‘objetivos’ (presença de patologias identificáveis pela biomedicina), como de situações de estresse, isolamento e sofrimento psíquico que a colocam em situação de grande vulnerabilidade, talvez mesmo de desamparo, no sentido psicanalítico do termo (Birman, 1999), ocasionadas não somente pelas condições objetivas de existência como pelos valores dominantes na sociedade capitalista atual (Luz, M. T., 2002). Do nosso ponto de vista, essas práticas em grande parte respondem a essa demanda subjetiva por cuidado e atenção, sobretudo em camadas médias da população, pois tanto terapeutas como pacientes são geralmente oriundos das classes médias urbanas. Trata-se de terapias destinadas a atender indivíduos ou grupos, tendendo ao modelo de medicinas voltadas para o sujeito (como a homeopatia, ou a medicina chinesa, ou *ayurveda*), que buscam a recuperação de identidades de pessoas, sua autonomia em relação à doença e a procedimentos médicos considerados limitantes ou adversos (medicamentos, ortopedias, restrições alimentares e outras etc.) e sua reinserção social ou familiar. Algumas delas utilizam as artes como parte constitutiva de seus procedimentos (música, teatro, artes plásticas, danças), e muito recentemente (anos 90) começaram a fazer parte de programas institucionais, em serviços de saúde, em instituições médicas (hospitais) ou não médicas no Brasil urbano. Os sentidos e os valores que essas práticas geralmente expressam, no seu agir e em seus resultados, diferem não apenas daqueles próprios do modelo das doenças e seu controle, da biomedicina, como da cultura em geral. Geralmente têm como objetivo favorecer, como afirmamos anteriormente, não apenas a autonomia das pessoas, buscando reconstruir na medida do possível sua identidade atingida por processos de perturbação vital, como também reiterar valores de uma vida ‘harmoniosa no todo’, isto é: equilibrada mental e fisicamente, solidária no plano familiar e social, não competitiva ou agressiva, descontraída, se não despreocupada, e, se não alegre, ao menos bem-humorada. Os valores do controle, da contenção, do comedimento, elemento simbólico importante do paradigma médico das patologias, como afirmamos em trabalho anterior (Luz, M. T., 2002), não fazem parte desse universo de sentidos e significados. O denominado modelo terapêutico holístico tem um paradigma *soft*, no sentido em que não exige dos sujeitos sacrifícios para alguma ‘libertação’ das suas doenças. O que não significa que não exija mudan-

ças de conduta, de valores, de vida. Situando o adoecimento como um processo dinâmico de desequilíbrio no desenrolar de uma vida, as práticas terapêuticas holísticas debitam o adoecer ao conjunto de comportamentos, hábitos e valores dos sujeitos, em todos os planos do viver. Como na biomedicina, o sujeito é ‘responsável’ por seu estado de saúde, embora não chegue a ser culpabilizado por suas doenças. Mas com frequência os terapeutas dessas práticas se queixam da exigência dos pacientes de obterem ‘rápidos resultados’ sem se esforçarem, entretanto, em mudar hábitos, atitudes ou comportamentos que os tornam doentes, reafirmando o imaginário moral que caracteriza o campo da saúde-doença.

Em resumo, as novas práticas terapêuticas ocupam um lugar social importante na sociedade civil atual, preenchendo lacunas do sistema biomédico relacionadas ao processo saúde-doença, e introduzindo sentidos, significados e valores diante do sofrimento, do adoecimento, bem como do tratamento e da cura de doenças, distintos dos dominantes.

Um outro universo plural de sentidos e significados, contido na segunda parte do subtítulo desta parte do texto, refere-se às novas práticas ditas ‘de saúde’ na sociedade civil, que se orientam por um paradigma que denominamos (Luz, M. T., 2000a, 2002) paradigma da vitalidade, associado à tríade beleza-vigor-juventude, que toma como referencial de saúde a boa forma (*fitness*), identificada com a ‘beleza das formas’, ou o bem-estar (*wellness*), geralmente visto como o estar equilibrado, ou harmonizado, ou ‘estar bem consigo mesmo’.

Há atualmente uma tendência a identificar as práticas e os praticantes de atividades de saúde com total adesão ao fisiculturismo e aos valores dominantes da cultura capitalista, tanto na mídia quanto entre teóricos do campo da saúde. No entanto, pudemos verificar no desenvolvimento do projeto ‘Racionalidades médicas e práticas em saúde’, em sua terceira fase, que o fisiculturismo é apenas um universo de sentidos entre vários, adotados pelos praticantes, certamente orientado pelos valores centrais do individualismo atual: o uso do corpo como forma de obtenção de *status* social, o consumismo como valor de prestígio e diferenciação social e o sucesso como valor fim para a vida (Luz, M. T., 2002). As atividades que os adeptos desse universo de sentidos e valores praticam são específicas, e se dão em espaços sociais também específicos, comportando ‘rituais’ de prática específicos, em que ritmo, som, movimentos corpóreos, resultados esperados com a prática, faixa etária e grupo social participantes são relativamente restritos (Luz, M. T., 2002). Trata-se geralmente de estudantes e/ou de recém-ingressados em carreiras profissionais competitivas, quase sempre típicas de atividades econômicas capitalistas recentes, indivíduos de ambos os sexos com entre 15 e 35 anos de idade, isto é, basicamente jovens da classe média das grandes metrópoles.

As academias de ginástica são o espaço privilegiado dessas práticas grupais, e as atividades envolvem várias modalidades de exercício físico, como a musculação, as diversas formas de ginástica aeróbica (atualmente diversificadas de acordo com objetivos e ritmos), o *spinning*, e as ‘artes marciais’ ou lutas, como judô, caratê etc. Mas outras práticas igualmente voltadas para o cultivo do físico envolvem os esportes, sobretudo os de risco e aventura, e reverenciam os

mesmos valores, isto é, vigor, beleza e juventude como sinônimos de vitalidade, portanto saúde, a serem obtidos por indivíduos competitivos e ‘vitoriosos’ (Luz, M. T., 2002).

É preciso compreender, entretanto, que o cultivo desses valores e a atribuição dos sentidos e significados às atividades exercidas pelos praticantes relacionam-se com o que fazem na sociedade e, sobretudo, com o lugar simbólico que ocupam na cultura contemporânea. Em outras palavras: a ordem social contemporânea designa esse lugar imaginário ao jovem de classe média por meio de seus valores dominantes (Luz, M. T., 1993). Assumirmos uma atitude condenatória para com indivíduos ou grupos que praticam essas atividades, buscando identificá-los com a cultura dominante, é inócuo tanto no plano teórico como no plano ético, pois deixa sem análise as raízes sociais desses valores e as funções que elas desempenham para os jovens e a sociedade como um todo. Para o jovem de classe média, seguir esses valores, exaltá-los, é ser socialmente vitorioso na cultura atual. Aos jovens revolucionários derrotados da sociedade dos anos 60, aos últimos combatentes perdedores dos anos 70, aos *yuppies* dos anos 80, sucederam-se os fisiculturistas dos anos 90. Universos de sentidos e valores culturais se sucederam com a passagem da história, e alguns se perderam, na nova cultura capitalista, com as gerações de jovens que se sucederam.

O fisiculturismo moderno tem raízes recentes, nos anos 70, com a campanha internacional originada nos Estados Unidos para a prevenção das doenças coronarianas, através de estímulo ao ‘exercitar-se’, ou ‘mover-se’, como forma de prevenir o envelhecimento das veias e das artérias. Entre nós, a campanha do “mexa-se” deu partida a esses valores, fincados no solo da ordem médica por intermédio do Dr. Cooper. Posteriormente, na década de 80, a *fitness* entra no Brasil também por via americana, como forma de combate à obesidade, já considerada epidêmica na América. São famosos os vídeos de Jane Fonda, atriz de grande popularidade, incentivando a “boa forma” como conservação da beleza e da juventude, sinônimo de manutenção da saúde.

Não cremos ser possível, portanto, separar o apelo do fisiculturismo entre os jovens do individualismo emergente com os *yuppies* da Bolsa da década de 80, descomprometidos com valores mais abrangentes que não o próprio sucesso e a aparência, daquele presente entre os neoliberais da década de 90, dispostos a abrir caminho a qualquer preço no mercado de ações da chamada ‘nova economia’. Deste ponto de vista, não é possível separar o culto do “Apolo biomecânico” (Luz, M. T., 2002) do triunfo dos valores do capitalismo na juventude. O jovem é o espelho de Narciso em que uma sociedade rígida e envelhecida precisa mirar-se (Luz, M. T., 1993). Continuamos a acreditar, como uma década atrás, que há “nas sociedades industriais, inclusive na brasileira atual, uma contínua construção simbólica do ‘jovem’ como modelo de aspirações e conduta (...) que visa basicamente assimilá-lo à ordem, sem nela integrá-lo, a não ser em plano imaginário” (Luz, M. T., 1993:13).

Apesar do convite sempre renovado (sobretudo pelo aparato da mídia) à sociedade para mergulhar na miragem do espelho narcísico, nem todas as atividades de saúde, mesmo as

‘físicas’ mais *hard*, se orientam pelos valores da busca da beleza corpórea e da conservação da juventude. A diversidade de setores da sociedade que as buscam com objetivos específicos, próprios a sua inserção na sociedade, a sua fase de vida e a necessidade vital e de sociabilidade daí decorrente (convívio com pessoas da mesma faixa etária ou condição de saúde) nos impede de fazer generalizações distanciadas da pesquisa. Atualmente, a maior parte dos praticantes de atividades ditas físicas acima de 40 anos as inicia, nas mais diversas modalidades, da musculação à dança de salão, da aeróbica ao *tai chi chuan*, por indicação médica. Seja por doenças orgânicas (diabetes, artrites, osteoporose, hipertensão, obesidade etc.), seja por problemas ‘mentais’ (sobretudo depressões, mas também perda de auto-estima e isolamento motivados por perdas ou separações), o que temos ouvido em observação participante e em entrevistas é que quase sempre atrás de uma prática há um conselho médico. O que indica a existência de um outro universo de sentidos, ligados à prevenção, ou à promoção da saúde. A partir da faixa etária dos 40, aliás, a quase totalidade dos praticantes está buscando conservar ou recuperar a saúde. O que não está necessariamente separado dos valores de conservação de juventude e beleza. Ou dos sentidos de busca do bem-estar e da felicidade. Nem entre os praticantes, nem entre os médicos ou terapeutas esses sentidos estão separados. O que varia é o padrão de relações sociais que se estabelece entre os praticantes entre si e com seus instrutores – ou professores –, que pode ser compulsivamente individualista e competitiva, ou de empatia, colaboração e, se não de amizade, ao menos de cordialidade, estabelecendo-se, como afirmamos em trabalho anterior, “solidariedades focais” entre os grupos a partir das atividades (Luz, M. T., 2002). Essa variação pode ser observada, também, de acordo com os tipos de atividades e seus praticantes. Certas atividades favorecem mais o individualismo, ou a busca de beleza e juventude do que outras, que favorecem a solidariedade e a amizade como valores conseqüentes.

Essa diversidade indica, a nosso ver, que tendem a se formar entre os praticantes como que ‘corredores de sentidos’ ligados às práticas de saúde coletivas ‘físicas’ da sociedade civil. Esses ‘corredores’ não são estanques, entretanto, podendo haver, como no caso das representações e práticas de saúde, um certo ecletismo ou convivência de sentidos e valores. Assim, a saúde (como ausência de doenças) pode ser vista como resultado das práticas, mas também a beleza, a juventude, a alegria, a sociabilidade, em resumo, a vitalidade. Indivíduos entrevistados, praticantes de diferentes atividades, costumam afirmar que se sentem “bem melhor”, que recuperaram “a alegria de viver”, ou que se sentem “bem dispostos” (para o trabalho, para as dificuldades, para a vida em família) depois de um certo tempo de prática desta ou daquela atividade (Luz, M. T., 2002). Dessa forma, não apenas valores fisiculturistas, ou mesmo relativos ao paradigma doença-saúde (melhoria ou normalização sintomática, regressão de estados patológicos ou de patologias) estão presentes nas atividades ditas físicas. Valores ligados ao bem-estar pessoal (*wellness*), ao viver em comum em família e no trabalho, à modificação de situações de vida consideradas estressantes, estão ligados a essas atividades. Não raras vezes essas modificações estão associadas, em pessoas acima de 40 anos, a mudanças de valores: individualismo, competição, consumismo, obsessão pelo sucesso. É possível argumentar, e com razão, que tais modificações são possíveis devido à faixa etária dos praticantes, e ao lugar que passam a ocupar

na vida social e na cultura. Isso só confirma, entretanto, o que vimos tentando estabelecer desde o início deste trabalho: que há uma diversidade de sentidos, significados e valores associados à multiplicidade das práticas e praticantes atuais em saúde coletiva. Alguns desses valores estão nitidamente associados à cultura capitalista hegemônica e seus valores, como o culto individualista à beleza corpórea, ao consumo de bens materiais como forma de diferenciação, à competição como norma de vida e forma de alcançar o sucesso, considerado um valor fim. Outros se associam a formas de sociabilidade e a maneiras de estar consigo mesmos e com outros, se não solidárias, ao menos cordiais e amigáveis (Luz, M. T., 2002).

Deste ponto de vista, identificar as atividades ditas físicas de saúde como um todo com a cultura individualista é no mínimo empobrecer a diversidade dos sentidos e significados que estão sendo continuamente criados na cultura, e a enorme polifonia da cultura atual (Canevacci, 1993). São sentidos e significados que geram novos valores, os quais podem ter importância para a transformação dos valores dominantes e, por sua vez – o que mais nos interessa no campo –, para o futuro da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIRMAN, J. *Mal-estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Lisboa, Rio de Janeiro: Difel, Bertrand Brasil, 1989.
- CAMARGO JR., K. R. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública do Rio de Janeiro. *Estudos em Saúde Coletiva*, 149:5-13, 1997.
- CAMARGO JR., K. R. et al. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais na rede pública do Rio de Janeiro. *Estudos em Saúde Coletiva*, 168:13-26, 1998.
- CAMPELLO, M. F. *Relação Médico-Paciente na Homeopatia: convergência de representações e prática*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CANEVACCI, M. *A Cidade Polifônica*. Trad. Cecília Prada. São Paulo: Studio Nobel, 1993.
- CANEVACCI, M. *Sincretismos: uma exploração das hibridações culturais*. Trad. Roberta Barni. São Paulo: Studio Nobel, 1996.
- GINZBURG, C. *Mitos, Emblemas, Sinais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- LUZ, D. Medicina tradicional chinesa. In: LUZ, M. T. (Coord.) V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. *Estudos em Saúde Coletiva*, 136:61-76, 1996.
- LUZ, D. A medicina tradicional chinesa e os serviços públicos de saúde. *Estudos em Saúde Coletiva*, 160:7-42, 1998.
- LUZ, H. S. & CAMPELLO, M. F. Homeopatia. In: LUZ, M. T. (Coord.) VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. *Estudos em Saúde Coletiva*, 151:5-35, 1997.
- LUZ, H. S. & CAMPELLO, M. F. Homeopatia. In: LUZ, M. T. (Coord.) VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. *Estudos em Saúde Coletiva*, 159: 9-51, 1998.
- LUZ, M. T. Relações entre o adolescente e a sociedade atual: instituição, violência e disciplina. *Estudos em Saúde Coletiva*, 48:1-16, 1993.
- LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, 7:108-128, dez. 1995.

- LUZ, M. T. *A Arte de Curar x a Ciência das Doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, VII(1):13-43, 1997.
- LUZ, M. T. La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. & COIMBRA JR., C. (Orgs.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Lacso, 2000a.
- LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2000b.
- LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro, IMS/Uerj, Abrasco, 2001.
- LUZ, M. T. *As Novas Formas da Saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro, 2002. Inédito.