

A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA POPULAÇÕES COM ACESSO RESTRITO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Marta Rocha de Castro¹

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
martarochaacupuntura@gmail.com

Paulo Henrique Léda²

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Tecnologia em Fármacos
comunica@far.fiocruz.br

Resumo

Desde 2006, no Brasil é oficial a inclusão do uso de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PNPICs), aprovada pela portaria número 971 de 03/ 05/2006. Práticas Integrativas e Complementares são terapias que têm a sua origem em outras medicinas, como nas medicinas tradicionais e homeopatia. Essas práticas operam com tecnologias leves, normalmente de baixo custo financeiro e por isso também contribuem para redução das desigualdades inter-regionais de acesso aos serviços da medicina moderna existentes no Brasil. Os avanços tecnológicos da medicina moderna tornaram onerosos os seus serviços e aprofundando ainda mais os desafios no acesso por parte da população que reside em determinados locais do país, para essas pessoas muitas vezes a alternativa de cuidado se faz através das receitas e remédios caseiros, frutos dos conhecimentos transmitidos pelas famílias e comunidade em que vivem. O presente artigo, traz uma reflexão sobre a importância das PNICs para o enfrentamento das desigualdades de acesso aos serviços médicos. Através de um breve relato de experiência sobre o curso de formadores de PICS organizado pela CONTAG (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura) e da UFRB (Universidade Federal do Recôncavo Baiano) para agricultores e agricultoras familiares, e também de pesquisas que tratam do tema.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares. Medicinas tradicionais. SUS. Desigualdades inter-regionais. Serviços de saúde.

THE IMPORTANCE OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES FOR POPULATIONS WITH RESTRICTED ACCESS TO HEALTH SERVICES

Abstract

Since 2006, the inclusion of the use of Integrative and Complementary Practices in the SUS, has been official in Brazil, through the National Policy on Integrative and Complementary Health Practices (PNPICs), approved by ordinance number 971 of 05/03/2006. Integrative and Complementary Practices are therapies that have their origin in other medicines, such as traditional medicine and homeopathy. These practices operate with light technologies usually of low financial cost and therefore also contribute to reducing inter-regional inequalities in access to modern medicine services existing in Brazil. Technological advances in modern medicine have made its services costly and further deepening the challenges of access by the population residing in certain parts of the country, for these people often the alternative of care is thorough recipes and home remedies, fruits of knowledge transmitted by the families and community in which they live. This article reflects on the importance of the PNPICs to face inequalities in access to medical services. Through a brief experience report on the PICS trainers course organized by CONTAG (National Confederation of Agricultural Workers) and UFRB (Federal University of Recôncavo Baiano) for Family farmers, and also research on the subject.

Keywords: Integrative and complementary practices. Traditional medicine. SUS. Interregional inequalities. Health services.

¹Doutora em Geografia e meio ambiente pela Pontifícia Universidade Católica Rio de Janeiro, Brasil. Pesquisador da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

²Doutor em Biodiversidade e Conservação pelo Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade e Biotecnologia da Rede Bionorte



1 INTRODUÇÃO

A revolução científica e industrial, acentuada a partir do século XIV trouxe mudanças significativas no campo da saúde, mudou a forma como o ser humano enxergava a si mesmo e aos fenômenos do universo e da natureza. Emerge um mundo à base de cálculos e experimentos, desprovido de significados simbólicos e espirituais, tendo a química como grande forma motriz de mudança e surgimento da terapêutica moderna. Muda-se a organização social, a interação do ser humano com a natureza, o qual atua como agente de dominação e controle para exploração industrial e, paulatinamente, cria-se as bases científicas da medicina (CASTRO, 2021).

A “revolução científica” e a mudança intelectual culminaram com o nascimento da ciência moderna. Uma ciência baseada na técnica. Mariconda (2006) cita quatro importantes características da ciência moderna: 1 - centralidade da ação prática e instrumental; 2 - confluência e união da ciência e da técnica; 3- mecanização da natureza; 4 - liberdade de pensamento ancorada no método. Portanto, a concepção de ciência que surge, está aliada a uma nova concepção da racionalidade científica para a qual há uma estreita relação entre o trabalho científico e técnico (RIBEIRO, 2015), uma união entre a ciência e a técnica. A prática médica segue essa tendência e passa a ser caracterizada pelo mecanicismo, biologismo, especialização, ênfase na medicina curativa, na tecnologia e nos aparatos técnicos em constante evolução.

A medicina moderna passa a ser praticada com base na união dos instrumentos técnicos com os experimentos, por exemplo, o microscópio, o qual revelou estruturas e organismos desconhecidos aos seres humanos e permitiu o desenvolvimento de técnicas para estudá-los. Dessa forma, o desenvolvimento dos instrumentos cada vez mais sofisticados aliado às técnicas de pesquisa, modifica a relação entre profissionais da saúde e pacientes, tornando-a mais distante (RIBEIRO, 2015). O que torna a medicina uma aliada para o desenvolvimento tecnologias e de produtos, consolidando o que hoje é conhecido como complexo industrial da saúde. Esse fato foi descrito por Illich (1978) como “empresa médica”. De acordo com esse autor, a medicina aos poucos vai se tornando uma lucrativa indústria e a população consumidores em potencial dessa grande indústria, que abrange desde os planos de saúde aos exames preventivos. Surge, portanto, uma estrutura social e política baseada no consumo de serviços médicos, a qual transforma o ensino médico em locus de reprodução dessa cultura e as pessoas transformadas em consumidoras de serviços e tecnologias médicas, a partir de uma forte estratégia de divulgação e propaganda.

Entretanto, é em 1860 que o complexo industrial da saúde começa a ter destaque quando foi realizada a síntese do AAS (ácido acetilsalicílico), que recebeu o nome de Aspirina e foi comercializada pela empresa alemã, Bayer, e após a segunda guerra mundial a Penicilina foi descoberta e salvou vidas de soldados feridos. Assim, a introdução da penicilina acarretou profundas transformações tecnológicas e científicas no sistema médico, direcionando-o para a produção industrial de medicamentos sintéticos e, como consequência, mudanças curriculares no ensino médico (CASTRO, 2021; RIBEIRO, 2015).

A expansão tecnológica da medicina trouxe grandes benefícios para o diagnóstico e tratamento de diversas doenças, porém transformando o setor saúde em campo de disputa do capitalismo industrial, aprofundando as desigualdades territoriais de acesso às tecnologias médicas, além de favorecer os países mais ricos, produtores das tecnologias. (CASTRO, 2021). Portanto, a evolução da ciência e da tecnologia não ocorreu de forma homogênea, sendo ainda de restrito acesso para muitas pessoas, que precisam recorrer á recursos e tecnologias leves para cuidados com a saúde, como as Práticas Integrativas e Complementares, principalmente ao uso de Plantas Medicinais. A Organização Mundial da Saúde reconhece que 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% usam plantas medicinais. (BRASIL, 2006).

Este artigo está dividido em três partes, mais esta introdução. A segunda parte traz um relato de experiência sobre um curso de formação em PICS para agricultores, mostrando a importância de tais práticas para os cuidados com a saúde de pessoas que vivem em áreas periféricas e têm acesso restrito aos serviços de saúde, além de terem conhecimento sobre práticas tradicionais. A terceira parte traz os conceitos de injustiça espacial e espaços opacos, e também um diálogo entre autores que tratam sobre o tema, através de um levantamento bibliográfico e por último trazemos as considerações finais.

2 CURSO DE FORMADORES EM PICS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

No ano de 2020, participei de uma experiência enriquecedora profissionalmente. Por convite, do professor Júlio César (UFRB) e da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) participei como docente de um curso de formação em Práticas Integrativas e Complementares para os agricultores e agricultoras. Grande parte dos alunos são moradores de áreas rurais, normalmente têm acesso restrito aos serviços de saúde e possuem um rico conhecimento tradicional e popular sobre o uso de plantas. A experiência aconteceu durante a pandemia do COVID 19. O curso teve como um dos objetivos levar

conhecimento sobre os recursos das Práticas Integrativas e Complementares para alívio dos sintomas da doença, aumentar o sistema imunológico e amenizar as possíveis sequelas comuns após o contágio.

Houve uma rica troca de conhecimentos entre os docentes e os alunos, que possuem muito conhecimento, principalmente sobre o uso e manejo de plantas medicinais. As aulas que ministrei foram sobre Medicina Tradicional Chinesa, contribuí com dicas sobre alimentação com base na orientação da dietética chinesa, automassagem e uso de ervas. O curso, que ganhou o nome de “Formação em Multiplicadores de Práticas Integrativas e complementares” foi composto por diversas aulas que abordavam Práticas Integrativas como Fitoterapia, Plantas Mediciniais, Massoterapia, aromoterapia entre outras.

A experiência reforçou a importância das Práticas Integrativas e Complementares da Saúde, para populações com acesso restrito aos serviços da medicina moderna. Estas práticas, são baseadas em tecnologias leves, de baixo custo, fácil acesso e favorecem a autoatenção e autocuidado das pessoas, ações fundamentais para quem tem acesso restrito aos serviços da medicina moderna.

Além de levar mais conhecimento para essas pessoas, a grande relevância desse curso foi de reforçar o saber tradicional e popular das comunidades dos agricultores que participaram do curso.

108

3 DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS MÉDICOS NO BRASIL: INJUSTIÇA ESPACIAL, ESPAÇOS OPACOS E LUMINOSOS

Nesta seção iremos abordar os desafios encontrados no Brasil em relação ao acesso aos serviços da medicina. Para isso, fizemos um levantamento bibliográfico de artigos que tratam do para auxiliar na discussão. Alguns fatores contribuem para a desigualdade no acesso aos serviços médicos no Brasil, tais como econômicos, sociais, etnia e os fatores geográficos.

Para a análise desta desigualdade geográfica, no acesso à tecnologia biomédica, que abrange desde produtos à serviços médicos, serão utilizados os conceitos de injustiça espacial e espaços opacos. A evolução da ciência e da tecnologia não ocorreu de forma homogênea, começou nos países centrais e chegou mais tarde aos países periféricos e em desenvolvimento. Este fator contribui com a desigualdade ou uma injustiça espacial no acesso aos objetos e tecnologias, “de fato, a produção/a distribuição desigual dos objetos no espaço é multifatorial e multifacetada e pode gerar injustiças espaciais, pois o espaço tanto é reflexo como condição para a (in) justiça” (FONSECA; BARBOSA, 2017).

O conceito de justiça espacial na geografia surge no final do século XX, quando as desigualdades espaciais e sociais aumentaram. Segundo esse conceito, a justiça contém e é contida pelo espaço e a relação entre ambos pode ser expressa pela distribuição espacial dos objetos (FONSECA; BARBOSA, 2017). Um dos pioneiros nesse estudo é David Harvey. Esse autor publicou em 1983 o livro intitulado “Social Justice in the City”, no qual a injustiça espacial é descrita como consequência das diversas razões que impedem que serviços ou objetos cheguem até determinado espaço. Tais razões podem ser de ordem econômica, política, social, cultural, acessibilidade, como distâncias e falta de transporte, estradas, problemas climáticos, entre outros (CASTRO, 2021).

Por sua vez, Santos (2001) cria e utiliza as categorias “territórios luminoso e opaco” para analisar o fenômeno das desigualdades de determinados serviços, objetos, técnica e tecnologias no espaço. Os territórios que possuem maior densidade técnica, informacional e científica e, por essa razão, atraem mais tecnologia e capital, são os territórios luminosos. Por outro lado, aquele território em que essas características não estão presentes, atraem menos tecnologia e capital, são os chamados territórios opacos. Dessa forma, a tecnologia é uma nova forma de analisar o território na medida em que a inserção e distribuição ocorre de forma desigual nos territórios e no espaço. Os territórios luminosos, em decorrência da maior densidade tecnológica e política, participam e despertam mais interesses das empresas. Portanto, as indústrias produtoras de medicamentos e tecnologias médicas se concentram nos territórios luminosos, enquanto os territórios opacos dependem diretamente desta produção (CASTRO, 2021).

Em outras palavras, significa dizer que o monopólio tecno científico e industrial reflete-se na distribuição espacial desigual do conhecimento e das tecnologias, aprofundando a injustiça espacial. Quem detém o conhecimento tecno científico é protagonista da produção tecnológica e das normativas sanitárias que, no campo da saúde, tem impacto direto na saúde das populações. No caso dos medicamentos, o protagonismo dos países desenvolvidos reflete-se na distribuição extremamente desigual de acesso da população. Por isso, em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou que 23% da população mundial consomem 60% da produção. Tal fato demonstra que grande parcela da população não tem acesso à assistência à saúde e muito menos à farmacêutica (BERMUDEZ, 1992). Ou seja, o alinhamento do capitalismo industrial com a produção científica aprofundou ainda mais as desigualdades no acesso e na distribuição das tecnologias e serviços da biomedicina. Uma das consequências desse monopólio tecnocientífico e industrial encontra-se refletida nos registros de patentes de medicamentos. De acordo com Akkari *et al.* (2016), EUA e Europa despontam

como as regiões detentoras do maior número de patentes farmacêuticas. Outro país com destaque nesse cenário é a China que assumiu a segunda posição dentre os países com o maior número de patentes no setor. No que se refere ao Brasil, ainda segundo esse mesmo autor, as indústrias farmacêuticas concentram-se na produção de medicamentos genéricos e possuem baixo investimento em pesquisa e desenvolvimento (CASTRO, 2021). Portanto, o Brasil, além de sofrer as consequências da dominação do conhecimento e tecnologias pelos países desenvolvidos, apresenta injustiça espacial decorrente das desigualdades inter-regionais. (CASTRO, 2021) No caso da saúde, tem impacto direto sobre a distribuição territorial e acesso aos serviços de saúde pela população. Por exemplo, ao analisar fatores como individuais (gênero, raça, idade) e geográficos (residência), foi observado “que o acesso aos serviços de saúde é mais expressivo entre mulheres brancas e aumenta proporcionalmente com a idade; bem como entre os residentes nas áreas urbanas e regiões ricas do país” (FAHEL, 2007). Esse dado foi corroborado por Travassos *et al.* (2006), ao demonstrar que acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Este padrão existe tanto para os adultos como para as crianças. Outro estudo comprova que existe uma diferença no acesso à medicamentos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, encontraram maiores prevalências entre os idosos na região Sul do país comparado a região Nordeste (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

110

Outro importante fator que pode alterar o acesso ou reduzir as desigualdades diz respeito às políticas de saúde. Nesse sentido, alguns territórios considerados luminosos, como é o caso dos EUA, demonstram injustiças no acesso aos serviços da medicina moderna, onde grande parte de sua população, não pode usufruir desta medicina e de seus benefícios tecnológicos. Segundo Paiva (2020), a desigualdade no acesso aos serviços de saúde nos EUA decorre do fato de a oferta do serviço de saúde não está calcado no direito de cidadania, como no Brasil, mas ser uma relação de mercado.

Frente a esse cenário de extrema desigualdade brasileira, que se aprofundou com as políticas de saúde implementadas durante o governo militar e com neoliberalismo econômico dos anos 1980, a sociedade civil organizada exigiu que a saúde fosse um direito fundamental, reconhecido pelo Estado brasileiro. Essa reivindicação é garantida pela constituição federal de 1988 e serve como pressuposto da criação do SUS em 1990. Neste sentido, o SUS adotou como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, sendo os dois primeiros focados em resolver as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. E ainda deve obedecer aos princípios organizacionais de descentralização e regionalização dos serviços (PONTES, 2009). Cabe ressaltar que o denominado movimento da “reforma sanitária”, que culminou

com a criação do SUS, aliou-se também a outros movimentos sociais que exigiam outras formas de cuidado, considerando tanto as diferentes medicinas tradicionais quanto práticas relacionadas ao meio ambiente e agrícola, em especial as práticas agroecológicas, como forma de cuidado das pessoas e do território.

Alguns autores identificaram desigualdades no acesso aos serviços médicos, por diferentes fatores, como por exemplo, ao analisar fatores como individuais (gênero, raça, idade) e geográficos (residência), foi observado “que o acesso aos serviços de saúde é mais expressivo entre mulheres brancas e aumenta proporcionalmente com a idade; bem como entre os residentes nas áreas urbanas e regiões ricas do país” (FAHEL, 2007). Esse dado foi corroborado por Travassos *et al.* (2006), ao demonstrar que acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Este padrão existe tanto para os adultos como para as crianças. Outro estudo comprova que existe uma diferença no acesso à medicamentos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, encontraram maiores prevalências entre os idosos na região Sul do país comparado a região Nordeste (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Por outro lado, as Práticas Integrativas e Complementares da Saúde oferecem a possibilidade de cuidado interdisciplinar, integrativo e no geral se contrapõem a visão altamente tecnológica, cara, e empresarial da medicina moderna.

111

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecemos a importância da Medicina moderna para a descoberta e tratamento de diversas doenças, assim como a prevenção através das vacinas. Os exames tecnológicos, cada vez mais sofisticados possibilitam a descoberta de doenças, ainda em sua fase inicial, permitindo muitas vezes a cura. Medicamentos, cada vez mais avançados possibilitaram o prolongamento de vidas, mas infelizmente nem todos têm acesso aos inúmeros benefícios da medicina moderna.

As práticas integrativas, no geral operam com tecnologias leves, de baixo custo e algumas, como o uso de plantas medicinais, cromoterapia, meditação, entre outras, são de fácil acesso para populações que vivem em áreas mais isoladas, e que encontram dificuldade para acesso aos recursos biomédicos, por essas razões e também por ausência de recursos financeiros.

Reforçamos aqui a importância destas práticas para os cuidados com a saúde, assim como a transmissão destes conhecimentos como forma de amenizar as desigualdades no acesso aos serviços médicos no Brasil.

REFERÊNCIAS

AKKARI, A. C. S. *et al*. Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. **Gestão & Produção.**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 365-380, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-530X2150-15>. Acesso em: 06 nov. 2022

BERMUDEZ, J. A. Z. **Remédios: saúde ou indústria?** A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO, M. R. **A importância da integração dos saberes tradicionais e científicos para as práticas de cuidado em fitoterapia no SUS.** 2021. 129f. Tese (Doutorado em Geografia e Meio Ambiente), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/54454/54454.PDF>. Acesso em: 08 nov. 2022

FAHEL, M. Desigualdades em saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. Belo Horizonte, 2007. **Anais...** Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2007.

FONSECA, A. Â. M.; BARBOSA, S. R. C. Justiça espacial e comarcas no estado da Bahia. **GeoTextos**, v. 13, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/1984-5537geo.v13i1.23365>. Acesso em: 30 out. 2022.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmeses da medicina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1978.

MARICONDA, P. R.; LACEY, H. Galileu e a ciência moderna. **Cadernos de Ciências Humanas-Especiaria**, v. 9, n. 16, p. 267-292, 2006. Disponível em: http://www.uesc.br/revistas/especiarias/ed16/16_2_galileu_e_a_ciencia_moderna.pdf. Acesso em: 08 nov. 2022

OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U.; MERENGUES, S. S.; ARRAIS, P. S., FARIAS, M. R.; PIZZO, T. D.; RAMOS, L. R.; BERTOLDI, A. D. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Reverendo Saúde Pública.** 2016

PAIVA, C. H. A Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciência e Saúde, Manguinhos.** p. 15 -35 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 08 nov. 2022

PONTES, A. P. M. D.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D. C. D.; GOMES, A. M. T. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v13n3a07.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2022.

RIBEIRO, L.H. **Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).** 2015. 305 f. Tese (Doutorado em Geociências).

Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2015. Disponível em:
<http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/954445>. Acesso em: 31 out. 2022.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: EdUSP, 2006.

TELESI, E. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, n. 30, p. 99-112, 2016 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Acesso em: 30 out. 2022.

TRAVASSOS, C. O.; VIACAVAL, X. F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 975-986, 2006. . Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>. Acesso em: 30 out. 2022.