

Referência: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade¹

ROSENI PINHEIRO²
MADEL THEREZINHA LUZ³

1. Introdução

A utilização de modelos na organização dos serviços de saúde tem sido objeto de discussão de grupos de acadêmicos, especialistas, políticos e técnicos ligados ao setor saúde (Campos, 1992a, 1992b; Cecílio *et al.*, 1994; Mendes, 1994; Moyses, 1994; Levcovitz, 1996 e 1997). Tradicionalmente, os modelos aplicados à saúde visam à organização formal do processo de trabalho de seus serviços, mediante a administração de recursos materiais, humanos e financeiros (Testa, 1993).

Tais modelos são geralmente idealizados por planejadores ou gerentes, que querem fazê-los acontecer, materializar ou concretizar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas. Estas geram uma cadeia de atos que resultam no funcionamento de uma instituição ou organização. Entretanto, tais atos devem ser cumpridos por distintos atores, o que acaba gerando um conjunto diferenciado de práticas.

É a partir desse momento que surgem as principais dificuldades para implementação de modelos. A primeira é dada pelas condições (institucionais, materiais e informacionais) necessárias à implementação do modelo no alcance de seus objetivos. A outra se refere ao quase habitual desencontro desses objetivos, predefinidos pelos gestores nos modelos ideais, e as práticas efetivamente exercidas para execução do trabalho que resultará em sua realização.

Partindo desta discussão, vê-se que a implementação de modelos *ideais* tende a requerer condições também *ideais* para sua realização, isto é, um modelo somente alcançará o êxito estabelecido mediante a existência de condições devidamente previstas (calculadas) que, através de atos predeterminados, favorecerão a realização do trabalho e, conseqüentemente, seu resultado.

Essas questões podem ser claramente percebidas quando observamos aspectos da implementação de modelos na gestão de serviços. Testa (1993) destaca que, dentre as condições ideais

eleitas pelos gestores, as atividades de supervisão e controle se constituem de atos subsidiários à gestão de um modelo, ou de um programa etc. (Testa, 1993). Os atos têm como objetivo verificar a execução de tarefas previamente designadas aos distintos recursos humanos, isto é, a execução de papéis referentes às diferentes funções de trabalho.

Contudo, o autor salienta que tais atos não permitem controlar a qualidade do produto de instituições. No caso de instituições de saúde – por exemplo, uma rede de atenção à saúde –, os atos do tipo controle evidenciam inúmeras dificuldades, devido à especificidade do objeto de trabalho em saúde, sobretudo do trabalho médico (Testa, 1993). Como controlar o processo de trabalho médico? Este tem, em princípio, a autonomia como base de sua atuação mas ao mesmo tempo contrapõe-se à idéia de controle proposto nos moldes da gestão dos serviços. O trabalho médico tem em sua origem uma racionalidade que expressa uma forma de atuar específica, peculiar à sua prática na intervenção, face aos problemas de adoecimento da população.

E a população? Como mensurar a demanda por serviços de saúde ou mesmo definir as reais necessidades de saúde de uma população? Os especialistas das áreas econômica e de saúde admitem a impossibilidade de realizar um cálculo preciso sobre esses fatores; e também de estabelecer regras ou unidades de valor para ordená-los. O caráter imprevisível dos eventos que ocorrem nos processos de saúde-doença, de cura e de morte dos indivíduos, é marcado pelo alto grau de subjetividade presente nas relações médico/paciente e paciente/serviços. Imprevisível e subjetivo. Estes são alguns dos termos utilizados pelos especialistas para explicar as dificuldades de se avaliar a factibilidade de modelos de organização de serviços de saúde. Já foi visto, em estudos sobre a clientela (Canesqui, 1992), que essa subjetividade traz um imaginário, fruto de práticas e representações sociais, material simbólico que é expressão cultural de um modo de perceber a saúde e a doença. Contudo, tais aspectos são invisíveis aos olhos da razão, sobretudo ao crivo da racionalidade econômica. É importante lembrar que esses aspectos não devem ser negados, pois, caso contrário, estaremos excluindo, uma vez mais, elementos socioculturais essenciais à compreensão das instituições de saúde.

Nesse sentido, este texto visa a levantar algumas questões intrínsecas à aplicação concreta de *modelos* na organização de serviços, isto é: as *práticas* em saúde. Realizamos, previamente, uma breve retrospectiva histórica sobre a racionalização da vida na construção do pensamento ocidental e seu rebatimento nas práticas de saúde. Em seguida, discutimos as possibilidades de apreensão de outras formas de pensar/agir/fazer/produzir em saúde, utilizando alguma contribuição do pensamento oriental. Por fim,

tecemos considerações sobre essas reflexões e sua aplicação nas formas de agir e produzir integralidade em saúde.

2. Prática ideal: ações a serviço de modelos e técnicas? Razão e prática na cultura do Ocidente

Este tipo de pergunta (provocativa) vem perpassando o debate institucional sobre o desenvolvimento, na prática, de formas mais adequadas de organização dos serviços de saúde. Contudo, observa-se que a prática tem sido tratada, na grande maioria das vezes, apenas como um campo de aplicação ou verificação de idéias, propostas ou modelos. Tal postura acaba por negar a condição do agente que tem a prática, nas transformações sociais, políticas ou econômicas.

No campo da saúde, nossa área de análise, esta dimensão da prática tem sido discutida em estudos sobre gerência de serviços, políticas e avaliação de saúde, através de várias abordagens distintas (Campos, 1992a, 1992b; Cecílio *et al.*, 1994; Mendes, 1994; Moyses, 1994; Levcovitz, 1996 e 1997). Diferentemente da maioria desses autores, pretendemos realizar uma leitura sobre as práticas em saúde, tomando como base de análise dados da história ocidental com perspectiva de análise e conceitos da filosofia e sociologia. Esta análise tem como núcleo conceitual básico a *ação*, enquanto elemento processual da prática. A ação é compreendida como um componente cultural que traduz uma certa forma de pensamento de uma dada cultura, ou melhor, de uma dada civilização, no nosso caso a ocidental.

Realizando uma breve retrospectiva, podemos afirmar que o modelo de pensamento ocidental tem como uma de suas mais importantes matrizes o modelo grego de pensamento, centrado no *logos*, tendo como seus principais enunciadores clássicos Platão e Aristóteles. De acordo com as interpretações de Platão, somente a razão (inteligência), ou *logos*, estaria habilitada a criar ou construir um conhecimento (ciência), que resultaria da contemplação da verdade (as formas). Esse modo de construção do conhecimento, se idealizado, constitui modelo organizador das ações da vida humana, sendo esta forma (ideal de verdade) a única possibilidade efetiva de se alcançar a perfeição, ou melhor, a salvação (Jullien, 1996).

Neste sentido, somente a razão pode agir como mediadora válida entre o sensível e o inteligível. Na verdade, o projeto do *logos* seria o *princípio da ordem*, de organização intelectual do mundo, onde tudo aquilo que fosse irreduzível à razão não poderia ser considerado como *verdade*. Esta razão, caracterizada como *razão clássica*, tende a situar a **ação** numa posição de subordinação

perante a *verdade formal*, sob o signo do *modelo ideal* – este criado por um saber sacralizado (Jullien, 1996).

A reificação da razão como produtora de verdades, através da interpretação, da explicação e da transformação da realidade (natureza), atravessou os séculos, e mais precisamente a partir do século XVI, manifestou-se em novas formas de produção de racionalidades. A matriz do pensamento ocidental – o projeto *logos* – acabou servindo de patamar epistêmico para a construção e a organização institucional de diversos campos de saberes, que deram origem a formas variáveis de intervenção normativa na vida das sociedades.

Talvez o período que melhor represente a riqueza das transformações que ocorreram no mundo ocidental desde a Antigüidade compreenda do Renascimento ao Classicismo, dos séculos XVI ao XVIII. Luz (1988, p. 17) caracteriza o Renascimento como uma época que foi

"(...) ao mesmo tempo uma época de modificação de costumes e idéias, e uma série de momentos inaugurais na criação artística e filosófica, científica e tecnológica, que têm ressonância progressiva, a partir de centros urbanos de irradiação, para todo o mundo conhecido (o Velho Mundo). Essa ressonância produz uma série de mudanças profundas no comportamento político, cultural e econômico da Europa, cujos efeitos de mutação se fizeram sentir até o século XVIII".

No bojo das transformações ocorridas no período renascentista, está o embrião de outra forma de pensar através da razão. Esta seria chamada pela autora de *racionalidade científica moderna* (Luz, 1988). Trata-se de um momento de dessacralização da vida, através da tematização do homem como não mais ligado ao mundo do cosmo, mas do homem com o dono da natureza. Separam-se os reinos celestial, humano e natural, situando-se o homem no centro da vida.

Neste momento rompe-se com a visão naturista do mundo, até então vigente, herdada da concepção grega clássica, para pensá-lo *cientificamente*, talhando um novo modelo (racional) para vida: a *ordenação*. O modelo moderno de vida deveria ser objetivado através de ações lógicas e da prática sistemática de atividades racionais, o que configurou o *método* (científico). O método seria, portanto, o exercício de regras de produção de verdades destinadas a explicar e ao mesmo tempo a ordenar a vida, Tornou-se o meio eleito pela modernidade para "ordenar os seres e o mundo, moralizando as relações entre homens e as coisas, e dos homens entre si" (Luz, 1988, p. 28).

Segundo a interpretação de Luz (1998, p. 30), a racionalidade na Idade Moderna constituiu-se num "regime específico de produção

de enunciados de verdades, no qual as regras de produção de verdades são mais importantes, em última instância, que sua veracidade enquanto tal". Este regime é a base da constituição do conhecimento científico.

De acordo com Luz, a racionalidade moderna coincide com a racionalidade científica, quando toma como norma epistêmica a utilização de um método de produção de verdades como meio de legitimação perante a sociedade, através do exercício contínuo e renovado de "buscar novos conteúdos de verdades" (pesquisa científica).

A racionalidade científica moderna caracteriza-se, assim, pela fragmentação tanto da natureza (objeto) como do próprio sujeito de conhecimento: o homem. Este será dividido em partes, sendo a razão, hierarquicamente superior, separada das paixões, dos sentimentos e dos sentidos. Progressivamente, estas partes serão vistas pela ciência como peças, infinitamente fragmentáveis.

Apesar de não ser objeto deste trabalho, consideramos que, para se tematizar os fundamentos da racionalidade científica moderna, há de se ter claro que seu surgimento no século XVII, atravessando o século XVIII, foi decisivo para a construção da medicina moderna no século XIX.

A racionalidade médica terá, na modernidade, a doença como categoria central, norteando até os dias de hoje seu modo de intervenção na sociedade (Luz, 1988).

Mesmo que o processo de racionalização da vida coincida com a racionalidade científica no Ocidente, no que diz respeito à utilização da ciência como um saber privilegiado para ordenação da história da vida e suas manifestações, pode-se observar o desenvolvimento de outras formas de racionalizar o *viver* das sociedades.

Com o advento do capitalismo, as sociedades modernas desenvolveram formas crescentemente complexas de empreendimentos, visando à sistematização dos lucros. Diversos países do Ocidente e Oriente criaram empresas capitalistas, que, através do comércio, fomentavam empresas duradouras e ocasionais na organização desses sistemas (Weber, 1993).

Para Weber (1993), o capitalismo ocidental constitui uma certa racionalidade controladora, sendo o cálculo a previsão do controle voltada para produtividade. Uma racionalidade voltada para o cálculo da ação, do trabalho. Para ele, este fato exigiu o desenvolvimento de várias técnicas, com o objetivo de aperfeiçoar a "calculabilidade", utilizando-se para isso a *tekné* da ciência ocidental, isto é, as técnicas dos conhecimentos científicos das áreas da matemática e das ciências da natureza. De acordo com as interpretações do autor, o desenvolvimento de tais técnicas

"tão importantes para as condições de vida de nossas massas, foi certamente encorajado por considerações econômicas, que justamente se assentavam nele no Ocidente. Esse encorajamento decorria, entretanto, das peculiaridades da organização social do ocidente. (Weber, 1993, p. 10)"

Com a modernidade estabeleceu-se, assim, um conjunto de novas demandas e novas necessidades sociais, exigindo novos mecanismos de produção, cada vez mais especializados. A criação desses mecanismos gerou outras necessidades, cada vez mais individualizadas, na busca do sucesso, do controle, enfim, da renovação dos valores que orientavam as ações dos indivíduos. De outro lado, na esteira das relações de produção capitalista, a própria racionalidade científica moderna desenvolveu-se de maneira bastante acelerada, através do aperfeiçoamento de técnicas para controlar e organizar a natureza, mas na forma de produção. Esta estaria voltada para a condução da previsão de ações da racionalidade ocidental moderna. A ciência nunca teve tanto prestígio social como nesse período, sobretudo nos dias de hoje.

Embora os conhecimentos advindos dessas duas racionalidades apresentem traços que apontam para a associação de seus objetivos, não se pode afirmar que existe uma relação causal entre ciência e capitalismo, mas uma correlação positiva em termos históricos, epistemológicos e sociais.

Atualmente nos deparamos com uma figura de sujeito hipertrofiado pela valorização do individualismo e suas manifestações na cultura contemporânea. É importante enfatizar, entretanto, em que pesem as diferentes condições sociais, culturais, políticas e econômicas, que, desde a Antigüidade ocidental, o pensamento da transcendência/transposição permanece, através da permanência do modelo ideal, para ser aplicado, imitado e repetido em todos os lugares e para todas as coisas. Não no sentido grego de se estabelecer vínculos com o divino, mas na ratificação do seu papel de normalizador da natureza nas suas diversas manifestações.

O modelo ideal centrado na figura do sujeito indivíduo passa a ser transposto, na atualidade, para o cotidiano, com todos os seus novos valores: o individualismo, o consumismo, a busca do poder sobre o outro, a disputa, que acabam por influenciar de maneira decisiva os campos mais importantes do agir e do viver humanos, como a política, a ética e a cultura.

Essa forma de agir/pensar, com suas concepções e valores, tem-se replicado nas instituições, como as de saúde (ensino e serviços), nosso objeto de análise. Com a normalização das noções de saúde-doença, realizadas (e pensadas) somente a partir de conhecimentos biológicos (anatomo-físico-patológicos), estatísticos (formalismo quantitativo), ou até mesmo sociológicos (formalismo crítico-

qualitativo), meios e formas utilizados por essas instituições – ou seja, os modelos – foram freqüentemente enaltecidos nas análises no campo da saúde, em detrimento de um olhar mais abrangente sobre os fins, os resultados e as práticas sanitárias (Campos *et al.*, 1994).

A proposta teórica de Max Weber é recuperar outra forma de análise que não a interpretativa, mas compreensiva, da realidade. Significa ultrapassar os limites das análises sobre as práticas, não apenas como campo para aferição de verdades, mas torná-las fonte de conhecimento de sua própria construção (Weber, 1993).

Acreditamos que a *ação se torna elemento conceitual* fundamental para compreender e apreender estruturas, significados e sentidos, nesta racionalidade ou em outras. Neste sentido, o conceito weberiano de ação social é muito pertinente, por permitir a discussão das características de outras culturas, como por exemplo a oriental, que valorizam a ação e a prática como veículo de transformação.

3. Práticas eficazes: a ação modulando o saber e o fazer. Por que não no Ocidente? Razão e prática no Oriente

Longe de ser uma análise mecanicista tentando enquadrar a vida do Ocidente no modelo oriental, a idéia de tratar as práticas como moduladoras do próprio fazer e formuladoras de saberes não deve ser entendida aqui como um modo de pensar que venha substituir o hegemônico, haja vista a diversidade e a oposição de conceitos em ambas as culturas. É possível fazer aqui apenas um exercício teórico conceitual de aproximação para compreender as duas culturas, no sentido de apreendermos alternativas possíveis de abordagens dos problemas da vida e do mundo atuais, independentemente das culturas de origem.

Para discutir o tema acima, valemo-nos de autores como Marx Weber e François Jullien, com o objetivo de realizar uma análise conceitual, com vistas à compreensão das distintas racionalidades situadas em patamares culturais diametralmente opostos.

O ponto central das interpretações sociológicas de Weber está na *ação social*. Esta é entendida como o fundamento de toda estrutura social. A ação é geradora de situações e estruturas.

Na sua obra clássica, *Ética protestante e o espírito do capitalismo*, Weber tematiza estas questões e elabora a teoria da ação social. Nela o autor analisa o papel da ética religiosa em sua relação com o processo de produção do capitalismo moderno. Uma de suas interpretações é que o espírito, entendido como ética social (*ethos*), irá determinar as formas como as pessoas serão inseridas e

avaliadas no processo de produção. É a ética do trabalho – este como valor que dignifica, voltado para determinados fins que orientariam determinadas ações.

Baseado na análise da ética protestante, Weber⁴ destaca o papel da cultura religiosa como um dos fatores que corroboram a construção da racionalidade calculadora. O projeto ético dos protestantes estaria imbuído do espírito capitalista, para alcançar individualmente a salvação. A ética do trabalho assume uma condição de valor no protestantismo, mas para ser cultivada individualmente. Isto porque, diferentemente do catolicismo, o protestantismo é fortemente marcado pelo individualismo, em detrimento do primeiro, que privilegia a vida em comunidade (Weber, 1993).

Weber inaugura a sociologia compreensiva, redimensionando a estrutura da disciplina e do significado da ação social. A sociologia é definida como uma ciência que pretende entender a ação social, interpretando-a, para explicá-la causalmente em seu desenvolvimento e efeitos. Por sua vez, a ação social é uma ação em que o sentido pensado por um ou mais sujeitos está referido à conduta dos outros, orientando-se por esta, em seu desenvolvimento. A ação social se orienta pelas ações dos outros (com todas as irracionalidades que advêm do ser humano – por exemplo, afeto, religião, cultura, valores etc.) que podem ser ações passadas, presentes e futuras (Weber, 1986).

Neste sentido, a categoria de racionalidade é ampliada a partir da teoria da ação. A racionalidade não pode ser um conceito confinado ao capitalismo, ou aos seus aspectos econômicos. Deve ser acolhida nos vários aspectos que envolvem o sujeito (sobretudo a subjetividade), pois se refere à forma de orientar ações, isto é, a uma forma de sistematizar as ações e organizá-las para determinados fins, para determinados valores (Weber, 1993).

Dentro dessa perspectiva, é possível conceber a existência de mais de uma racionalidade, possuidora de um racionalismo específico e peculiar da cultura. Como já observado por Weber, o papel da cultura na manutenção e na perpetuação da racionalidade calculadora da vida no Ocidente é bastante significativo.

Tomando como ponto de análise e exame o seu oposto cultural – o pensamento oriental –, pode-se observar que, no pensamento chinês, não existe um movimento de transposição de ideais, ou modelos ideais, típico do pensamento ocidental (Razão clássica - homem), como foi visto anteriormente. Isto porque esse pensamento (oriental) está apoiado no princípio da imanência, isto é, a verdade real emerge da ação, pois esta “fala e define por si” (Jullien, 1996).

Diferentemente do Ocidente, a transcendência inexistente na cultura

oriental, pois é na transcendência que está, justamente, o pressuposto existente no Ocidente, isto é, transcender significa alcançar uma idéia (verdade) absoluta e perfeita em si mesma. (Jullien, 1996).

O filósofo François Jullien, ao analisar a filosofia chinesa, comparando-a ao projeto grego de *logos*, destaca que na cultura oriental não existe a idéia de criação (demiúrgica) de verdades por modelos. Na filosofia chinesa, o mundo existe desde sempre, portanto não existe a possibilidade de se criar modelos, mesmo porque a ação, assim como a prática, é considerada o mais eficaz dos modelos ou dos modos de vida (Jullien, 1996).

Na moderna civilização ocidental, a sobrevivência no mundo condena o sujeito ao permanente convívio entre as qualidades, para alcançar o sucesso, o êxito, ser vencedor, o herói da aposta/disputa. Em contrapartida, na cultura chinesa não existe esse apelo às qualidades, pois aquilo que parece não ter qualidades, "o *insipido* – (pleno de possibilidades = desprovido de qualidades), desdobra-se em todos os sentidos. Por princípio, é indiferente às fronteiras que traçam entre eles os diferentes saberes: já que o valor é neutro, a insipidez está no início de todos os possíveis e os faz comunicar" (Jullien, 1996, p. 24).

No seu livro *Eloge de la fadeur*, Jullien denuncia o primeiro paradoxo Ocidente/Oriente, pois prezar a *insipidez*, e não o *saber*, significa ir ao encontro da tradição ocidental – isto é, de acordo com sua interpretação, o saber ocidental tem prazer em maltratar o senso comum. Os chineses se beneficiam de valores de sua cultura, que fazem com que o seu agir (através das artes, por exemplo) possa tornar mais sensível (mais atuante) essa insipidez, considerada fundamental para a compreensão das ações, e assim poder transformá-las. Nesse sentido, a prática em si mesma é uma fonte inesgotável de transformações de ações, pensamentos e sentidos (Jullien, 1996).

Saber escutar e fazer com que o outro escute, no sentido de ver o estado das coisas, é conceber que o mundo funcione de outras formas, sempre atualizadas. O gesto é valorizado e assim a ação concentra todas as possibilidades e todas as visões.

Se o espaço do mundo ocidental é dado à ciência, e se lá a ciência não estivesse, este seria considerado um espaço vazio, oco, desprovido de conhecimento. Na filosofia oriental, esse espaço vazio é espaço da plenitude de sentidos, que possibilita, através da sutileza, da *sensibilidade*, manipular novas possibilidades de racionalizar o mundo, ao mesmo tempo em que relativiza as certezas estabelecidas. A idéia de confronto (pela palavra ou pela guerra) não cabe na cultura oriental, pois os chineses fazem sempre um contorno para buscar novos caminhos, sem necessariamente

alterar os objetivos propostos (Jullien, 1996).

A sutileza, a sensibilidade, os sentidos, quando recuperados com o objetivo de auxiliar nas transformações necessárias à melhoria da qualidade de vida das populações, pode nos permitir uma conjunção essencial entre *sujeito* e *ação*.

O esforço de revisão conceitual desenvolvido agora visa a demonstrar que existem outras formas de tratar os problemas da vida, em seu sentido mais amplo, sem que haja uma

limitação política, ética e até mesmo cultural. A cultura é um campo fértil para se apreender outros elementos de sentido e significados que nos auxiliem na compreensão da realidade.

As questões aqui levantadas não estão necessariamente confinadas numa só cultura. Ao contrário, cada uma das culturas examinadas procurou encontrar um caminho para dar conta da antiga dicotomia teoria/prática – uma dicotomia que reverbera na vida humana, nos planos político, ético e institucional. Exemplo dessa reverberação são as instituições de saúde.

No caso da saúde, podemos observar uma demanda crescente de modelos alternativos de atenção, seja na prática clínica, seja na gestão dos serviços de saúde. Luz (1997), em seus estudos sobre racionalidades médicas, aponta para a exaustão do modelo ocidental de organização de serviços e das práticas médicas. Chamamos a atenção para a crise da saúde, que é uma crise sanitária e médica, e que envolve culturalmente as relações entre medicina- sociedade e instituições: médicos/pacientes/serviços.

Campos *et al.* (1994) alertam para a urgência de modelos de atenção à saúde que sejam mais *porosos*, capazes de permitir que a sensibilidade, o desejo e as necessidades da clientela perpassem por todos os *poros* da organização de tal forma que todos sintam a pressão. O autor defende a necessidade de se pensar a saúde com outras feições socioculturais, no que diz respeito à formulação, distribuição e organização dos serviços.

Enfim, para tratar dessas questões sobre as práticas em saúde, o agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como um *situs* privilegiado de estudos e de construção da integralidade em saúde. Esta é entendida aqui no sentido ampliado de sua definição legal⁵, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Diante dessa perspectiva crítica, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde.

4. Práticas do cotidiano nas instituições de saúde e a integralidade: novas formas do agir social em saúde

Neste sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, dirigentes e usuários). Atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde, assim como para a avaliação dos efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população. Consideramos, portanto, as instituições de saúde um *locus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade.

Cabe lembrar que vários estudos têm sido realizados sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de acompanhar suas formas de articulação (ou rearticulação) em situações institucionais concretas, em diferentes níveis de execução da política de saúde, nos estados e municípios do país. De acordo com Cohn, essa situação tem gerado um “acúmulo de conhecimento de diferentes experiências, num diálogo permanente com os marcos teóricos, no qual as categorias e conceitos, até então vigentes, lhes dão novos significados e apontam sua capacidade e limites” (Cohn, 1991, p. 320). É a partir do reconhecimento desses limites que se advoga aqui a necessidade de realizar outra tipologia de análise sobre as políticas de saúde, no plano microinstitucional, sobretudo no que diz respeito aos princípios doutrinários e organizacionais relacionados com o cuidado da saúde de um indivíduo ou mesmo de uma população.

Tradicionalmente, as análises no campo da saúde têm como foco de atenção a realização de estudos macroinstitucionais (Almeida, 1995; Gershman e Viana, 1997; Buss e Labra, 1995, entre outros), voltados para o exame da “política setorial em termos de disjuntivas e oposições – público *versus* privado; setor estatal *versus* setor privado; centralização *versus* descentralização; democracia representativa *versus* democracia direta – e não em termos de suas articulações e rearticulações” (Cohn, 1997, p. 319; Viana, 1996, p. 12).

Outros trabalhos já identificaram as formas como os processos de descentralização / desconcentração foram conduzidos em diferentes estados e municípios⁶. Todavia, o número de estudos que buscaram esmiuçar a relação da população com os serviços de

saúde, no que concerne aos efeitos de uma política de saúde em situação microinstitucional, relacionada sobretudo à integralidade do cuidado em saúde, ainda é bastante reduzido. Ressaltam-se aqui alguns trabalhos nessa direção: Cohn (1992), Canesqui (1992), Luz (1997) e Camargo (1997).

Com isso, tem-se uma brecha de produção do conhecimento de nossa realidade, no que diz respeito aos efeitos dessa política de saúde, no caso em exame, sobre a *integralidade das ações de saúde* nos espaços onde ela deveria se materializar, isto é, nos serviços de saúde. Afinal, os serviços de saúde constituem cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde.

Desta perspectiva, o estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto de reforma do sistema, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva. Privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, parte-se do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção/reprodução da vida coletiva.

Ressalte-se que cotidiano é entendido aqui como o *locus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições.

No que concerne ao processo de reforma do sistema de saúde brasileiro – a construção do SUS –, uma das características fundamentais do sistema é “uma inédita e radical politização do que tradicionalmente se consideram procedimentos técnicos operacionais do planejamento e da gestão e organização do sistema” (Levcovitz, 1997, p. 118).

Segundo Levcovitz (1997), o cenário que se desenha é de superação da tradicional separação entre a esfera política e a esfera técnica, na qual as ações – sejam de caráter político, ideológico, institucional ou administrativo – tomam os espaços de gestão concreta das redes de serviços e de operação do instrumental próprio das políticas públicas⁷. Em certa medida, isso vem requerendo novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e usuários.

Bozi (1994) destaca que os processos históricos da formação e consolidação das equipes e do modelo de atendimento nos serviços de saúde não se reduzem uns aos outros de maneira mecânica. Em outras palavras, a formação dos profissionais de saúde e a

formulação de modelos assistenciais adotados pelos serviços possuem dinâmicas distintas, ao mesmo tempo em que se constroem lógicas particulares de realização e condução de suas atividades. Com isso, o uso da categoria integralidade corresponde a um tipo de marcador contínuo, que se estrutura a partir de uma ação social específica, que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no interior das instituições.

Essa categoria pode ser ampliada com a definição de ação social, definida por Weber, que entende a ação como o fundamento de toda estrutura social: a ação geradora de situações e estruturas que organizam o edifício social. Uma vez considerando a definição de Weber (1996) sobre ação social, baseada na reflexão sobre a cultura religiosa⁸, a dimensão cultural pode ser incluída no escopo de análise de uma política pública em saúde.

Neste sentido, Mendes (1997) destacou a importância da dimensão cultural no processo de construção do SUS, pois a relação entre atores governamentais e cidadãos – isto é, Estado e sociedade – tende a englobar vários aspectos intrínsecos à dinâmica de uma sociedade, além de manter estreita relação com a dimensão político-ideológica, no que concerne a uma visão ampliada do processo saúde-doença. Exemplo disso é a expansão de práticas terapêuticas alternativas nos serviços de saúde, que, colocadas a serviço da população, permite ao paciente escolher a terapêutica a ser por ele utilizada. Esse fato evidencia uma compreensão ampliada do direito à saúde, na medida em que os conteúdos teórico-práticos norteadores dessas práticas se aproximam da integralidade em duas dimensões: da atenção e do cuidado em saúde.

Para tanto, torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais.

5. Terapêuticas não-convencionais: práticas inovadoras de integralidade na atenção e no cuidado saúde

Nas duas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro passou por profundas transformações em suas constituições política, jurídica e organizacional, com expressiva expansão da assistência médica oferecida à população. Tais transformações têm possibilitado a implementação de propostas inovadoras na gestão dos serviços de saúde, entre as quais se destaca a inclusão das medicinas não-

convencionais.

As chamadas medicinas não-convencionais vêm sendo freqüentemente apontadas como práticas terapêuticas alternativas no tratamento dos indivíduos, sendo incorporadas progressivamente à organização da prestação de assistência médica à população. O baixo custo no tratamento e a pouca efetividade da medicina convencional têm sido citados como os principais motivos da crescente inserção dessas práticas nos serviços públicos de saúde, sendo a homeopatia a prática terapêutica que mais se destacou nos últimos dez anos (Luz, 1996).

É verdade que a homeopatia vem ocupando lugar de destaque no desenvolvimento de práticas terapêuticas alternativas, na reorganização do sistema de saúde. Contudo, conquistar um espaço num setor como o da saúde, em que a visão médica técnico-científica é dominante, não tem sido uma tarefa fácil do ponto de vista histórico-institucional (Luz, 1996).

Contudo, a partir de 1985, o crescimento e a busca dessa prática terapêutica ganharam a adesão de instituições públicas de assistência médica e da academia, através da assinatura de um convênio pluriinstitucional celebrado entre INAMPS, FIOCRUZ, UERJ e IHB. Isto possibilitou uma ação conjunta na institucionalização da homeopatia nos serviços públicos de saúde.

A introdução da prática homeopática nos serviços públicos foi entendida como uma proposta de universalização da assistência médica, como direito de escolha, da parte dos usuários dos serviços, do tipo de tratamento preferido, como direito de cidadania a ser garantido ao paciente (Biocchini *et al.*, 1987). Essa compreensão resultou num conjunto de recomendações apresentadas à VIII Conferência Nacional de Saúde que incluíam propostas e alternativas no campo da formação de recursos humanos em homeopatia, no campo da produção de meios terapêuticos, sobretudo o estímulo à oficialização das demais práticas terapêuticas alternativas junto às entidades de deontologia médica, discutindo-se sua utilização ambulatorial.

Não obstante as grandes transformações introduzidas no sistema de saúde na década de 80, a oficialização da homeopatia, assim como de outras iniciativas inovadoras, não ficaria imune à cultura política do Estado brasileiro. Com os obstáculos institucionais surgidos, não se conseguiu que a medicina homeopática ganhasse a adesão de gestores de serviços. Todavia, Luz relata que várias coordenadorias locais de programas de terapias alternativas foram sendo criadas nos estados da Federação durante os anos 80, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e principalmente após o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Luz, 1996).

Hoje está clara a crescente incorporação de sistemas terapêuticos

alternativos nos serviços públicos de saúde. Esta ação tem sido entendida pelos formuladores de políticas como uma das formas de garantir a universalização da assistência médica, por meio da garantia de escolha, pelo usuário, de seu tratamento. Tal ato significaria assegurar ao usuário o exercício da cidadania.

Apesar de a expansão da oferta da assistência médica ter ocorrido de maneira intensa, existem limitações intrínsecas a esse processo, na resposta às necessidades e demandas básicas do conjunto da população. Isso pode ser verificado quando se observam dados quantitativos e qualitativos. De um lado, os indicadores socioeconômicos e sanitários demonstram o baixo nível de resolutividade do sistema, quando comparados com os padrões considerados essenciais para a vida de um cidadão. Por outro, uma visível insatisfação por parte dos próprios médicos quanto ao seu papel na cura do indivíduo, sobretudo na sua capacidade de resolução de um agravo (Cohn *et al.*, 1992).

Essas evidências (sistemas poucos resolutivos e insatisfação do profissional médico) permitem-nos afirmar que é na *organização das práticas de saúde* que se desenham alguns condicionantes da oferta de serviços de saúde. Esses se relacionam aos modelos adotados pela prática médica, os quais refletem diretamente na formulação e na implementação dos serviços de saúde.

Por outro lado, não se pode deixar de mencionar que a constituição de demanda por serviços de assistência médica é elemento importante na organização das práticas de saúde. Para apreendê-la, é necessário compreender como as práticas de saúde e os modelos adotados para sua realização (se assim o for) se relacionam, e quais atores estão envolvidos na relação com a oferta dos serviços de saúde. Essa tarefa por si só exige não somente identificar as demandas existentes por assistência médica, mas também perceber sua dinâmica, entendida como resultante de práticas institucionais e individuais num campo específico de produção de bens e serviços, neste caso, a saúde.

A demanda (aqui examinada no contexto da saúde) é um conceito histórico, particular à economia de mercado, ligado a esta e restrito ao poder aquisitivo individual. Ou seja, demanda é a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em determinado período de tempo, consideradas suas restrições orçamentárias. Nesta definição incluem-se dois aspectos interessantes: o desejo, retratado por preferências, e o montante de recursos que possuímos, como elementos básicos analisáveis no estudo de tais demandas (Iunes, 1995). Já a oferta corresponderia, justamente, aos serviços previstos para cobrir a população, segundo os recursos existentes. Contudo, existe consenso, entre vários autores, de que o conceito de *demanda de saúde* requer, no mínimo, algumas "adaptações" à vertente econômica inerentes ao setor.

Arrow (1993 *apud* Iunes, 1995), por exemplo, argumenta que o setor saúde possui características importantes que o diferenciam da economia e limitam sua descrição, tal como as especialidades econômicas. No campo da saúde, essas características envolvem pelo menos três atores distintos, que se inter-relacionam influenciando decisivamente a construção de demandas: o indivíduo, o profissional médico e a instituição, aqui representada pelo gestor do sistema de saúde local. Portanto, identificar somente esses atores não torna a relação menos complexa. Ao contrário, verifica-se a existência de universos diferenciados, com pontos de vistas diferenciados, que, na grande maioria das vezes, são invisíveis ao “olhar” econômico.

Para o indivíduo, a demanda por saúde é irregular e imprevisível. Isto é, ninguém sabe exatamente quando e com que frequência vamos necessitar de atenção médica. De modo que “a demanda por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal – doença –, o que pode comprometer a racionalidade da decisão daquele que faz uso deste serviço, o usuário do sistema, o consumidor em potencial” (Iunes, 1995, p. 117).

Contudo, ao se olhar a questão da doença apenas pela lógica econômica, há grande possibilidade de a análise recair, muito mais, na naturalização das relações entre saúde e sociedade, do que para a busca do reconhecimento e da compreensão das causas da formação das demandas por saúde no contexto social, político e cultural em que estão inseridas. Ora, estamos diante de uma sociedade verdadeiramente medicalizada, onde as pessoas são vistas como doentes potenciais. Ou seja, prevenir o indivíduo de uma doença, assim como tratá-lo de um mal específico, pode ser visto como *ação natural*, que tende a desconsiderar os aspectos socioculturais (até mesmo políticos) como elementos explicativos de utilização dos serviços de saúde pela população, assim como a formação de suas demandas.

Além disso, consumir serviços de saúde pode significar um risco, o que não é geralmente mensurável, pois o paciente, diferentemente da situação abstrata do mercado, não pode servir de campo de aprendizagem para novas tentativas de acerto, como alega Iunes (1995). No caso da atenção médica, não há garantia de que uma bem-sucedida intervenção cirúrgica, por exemplo, se repita da mesma maneira, ainda que sob os cuidados da mesma equipe médica. Seguramente essas condições requerem um conjunto de fatores que são próprios ao profissional médico. Iunes cita como exemplos o sentimento altruísta da profissão de curar – medicina – e sua ética. Isto é, a ética médica que dita a conduta terapêutica, que por sua vez deve ser determinada pelas necessidades do paciente, independentemente, portanto, de sua capacidade econômica de pagamento.

Tal afirmação parece referir-se a uma medicina voltada para “a arte de curar”, que certamente marca a forma de relação entre médico e paciente, sendo um princípio norteador dos órgãos de formação médica, pelo menos até a primeira metade deste século. Posteriormente, a situação modificou-se no próprio aparelho formador (escola médica), que, por meio de reformas curriculares enaltecidas da especialização, acabou por valorizar cada vez mais o arsenal tecnológico, empregando-se como principal forma de estabelecimento de diagnoses.

Não há que se desconsiderar, portanto, que numa lógica de mercado a incorporação tecnológica evidencia um ambiente de pressões junto a interesses institucionais (médicos e não-médicos) que influenciam na própria relação médico-paciente, num processo social que tem raízes políticas, culturais e econômicas.

Iunes esmiuça a questão, ao destacar que o “mercado branco” – da atenção médica – é caracterizado pela discriminação de preços para um mesmo tipo de serviços e, portanto para um mesmo custo. É comum observarmos médicos, aqui no Brasil, definirem seus honorários em termos de proporção da conta hospitalar, ou no caso de procedimentos que envolvam, por exemplo, o cirurgião, definir seu preço em função de seus honorários. Vale lembrar que a relação entre médico e paciente se estrutura também sobre o reconhecimento, por ambas as partes, de seus potenciais de intervenção nessa relação (Iunes, 1995).

Baseando-se nestas características, Iunes aponta para relações entre demanda e oferta no setor saúde. Assim, a doença surge como algo imprevisível, incontável, de consumo pouco estimado, referindo-se principalmente a fatores condicionantes da demanda. Mas a crença também é um valor na relação entre médicos e prestadores, que afeta tanto usuários como prestadores de serviços de saúde, pois, se não existir confiança, o usuário não procurará os serviços. Conseqüentemente, os prestadores não terão a quem oferecê-los (Iunes, 1995).

Com relação à oferta, constatam-se os seguintes fatores: competição entre médicos, discriminação das práticas de profissionais não-médicos (entre elas as próprias práticas alternativas) e o do custo (a questão dos honorários aviltantes no setor privado). Quanto ao relacionamento entre médico e paciente, há reconhecida diferença de conhecimento entre eles, a favor dos primeiros, o que abre a possibilidade de induções na demanda.

Neste sentido, vale ressaltar que a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda, sendo esta o verdadeiro mote do processo de formulação das políticas de saúde e, possivelmente, da forma de expansão dos serviços médicos na rede pública. Isto não quer dizer que a

objetividade, transmutada em cálculos econômicos objetivos, não influencie a tomada de decisões fora dos consultórios ou dentro deles. Ao contrário, pensa-se que discutir a formação de demandas e necessidades de atenção médica de uma população, sobretudo examinar sua expansão, requer uma análise do inter-relacionamento entre normas e práticas que norteiam os atores (indivíduo, médico e instituição) que formulam e implementam as políticas de saúde, seja de uma localidade, seja de um estado ou país.

Como, porém, tal redimensionamento não se reduz a meros atos técnicos, a possibilidade de constituir esses modelos seguramente dependerá da reorganização das práticas de saúde, o que envolverá elementos da organização histórico-social da produção dos serviços de saúde, sua relação com a demanda e as necessidades da população.

Compreender este relacionamento, todavia, não é tarefa fácil. Envolve um conjunto complexo de valores, representações, padrões culturais e práticas gerado por vários sujeitos sociais – usuários, profissionais de saúde, agentes governamentais e institucionais – que, interagindo no seu cotidiano, reproduzem mecanismos diferenciados de enfrentamento dos problemas de saúde e doenças a que estão submetidos. Assim, há de se ter claro que a apreensão dessas relações entre práticas (através da oferta de serviços), necessidades e demandas variará com as concepções de saúde e doença de cada ator envolvido, seja usuário, médico ou dirigente (Silva e Formigli, 1994).

Tais concepções permeiam o imaginário coletivo e individual na possível consolidação de uma racionalidade plural em saúde. Talvez a racionalidade do consumidor perante a saúde, que Iunes apontou em seu texto, não se aproxime do significado de saúde e doença adotado pelo usuário.

A existência de sistemas alternativos no conjunto de práticas proposto por novos modelos acaba por introduzir outras racionalidades em saúde. Enquanto a racionalidade médica contemporânea, que possui uma visão analítico-mecanicista baseada na causalidade da doença, propõe uma *medicina das doenças*, os sistemas alternativos se caracterizam pela busca do *equilíbrio em saúde* e para a cura do indivíduo.

Deve-se frisar que é na organização das práticas de saúde que se desenham alguns dos condicionantes da oferta dos serviços. Afinal, esta dicotomia possui íntima relação com os modelos adotados pelas práticas médicas. Gonçalves (1994) aponta para a existência de dois modelos tecnológicos no interior do setor saúde: a clínica e a saúde pública – epidemiologia. No primeiro, a ação deverá ser efetuada individualmente, a cada vez de novo. Já as ações de saúde

pública só poderão ser realizadas mediante dispendiosos, amplos e complexos inquéritos populacionais, que tendem a se incorporar ao conhecimento sob a forma de saber, tendendo para a burocratização no plano do processo de trabalho.

Parece-nos evidente a importância da realização de estudos que incluam as práticas como elementos de investigação no campo da saúde. A práxis destaca-se no processo de pesquisa, não como um campo de experimentação, mas como autora de eventos e fatos sociais, de representações e de comportamentos sociais, condicionando tanto sua reprodução, como a construção de uma realidade mais ampla em saúde. Uma realidade que se traduz em força de trabalho, se concretiza no cotidiano dos serviços oferecidos à população e muitas vezes se revela como o avesso dos modelos tradicionais de organização da assistência.

De qualquer forma, os dois modelos abarcam um conjunto de representações e ações nas suas estratégias de intervenção, que, em grande medida, remetem à dicotomia anteriormente analisada. Através desse conjunto se consolidam formas (por vezes contraditórias) de organização do trabalho em saúde (Gonçalves, 1994; Camargo Jr., 1994). Há, portanto, que se admitir a possibilidade de que a ação desses atores sociais seja um instrumento de modelagem da ação (cotidiano) nos serviços e sua noção inversa, isto é, a possibilidade de se pensar a ação como portadora de um sentido, caracterizaria um "modo de vida" dos serviços.

Tal percepção permite apreender, também, as diferenciações objetivadas no interior da prática institucional no que diz respeito à assistência médica, como a incorporação institucional da medicina não-convencional como prática terapêutica alternativa.

Levando-se em consideração a expansão da assistência médica nos serviços ambulatoriais, nas duas últimas décadas, a incorporação de várias modalidades – incluindo-se aqui a medicina não-convencional nos serviços públicos de saúde –, vêm à tona outros questionamentos para essa discussão, seja com relação a sua forma de intervir no processo saúde e doença individual, seja com relação à sua eficácia e efetividade no planejamento e gestão dos serviços de saúde públicos.

Ora, o processo de medicalização da sociedade brasileira tem na medicina convencional (ou contemporânea) o seu fio condutor e indutor, sendo por muitas vezes caracterizada como uma medicina que despersonaliza o indivíduo, face ao seu caráter curativo, ou mesmo preventivo, através da ênfase na doença. A oferta e a demanda por atenção médica têm sido, ao longo desses anos, planejadas e organizadas, na prestação de seus serviços, predominantemente dentro dessa lógica. Logo, é possível supor que

a existência de práticas terapêuticas alternativas tenderia a produzir resultados mais satisfatórios que as práticas médicas tradicionais, seja para o usuário, seja para a instituição, ou até mesmo para o próprio profissional médico e de saúde.

É importante frisar que a tríade indivíduo/médico/instituição é capaz de não só mostrar a existência de diferenças conceituais, sociais e culturais muitas vezes expressivas, mas também um universo simbólico dinâmico com outras interseções, influenciando de maneira decisiva a relação entre demanda e oferta, sobretudo entre clientela e gestor. Não obstante esta afirmação, San Martin (1994) lembra que estes três conceitos não se recobrem entre si. Desta forma, algumas necessidades de saúde não são objeto de demanda; outras não são satisfeitas pelos serviços; outras não correspondem a necessidades reais da população e sim a necessidades institucionais.

Outro motivo que tem sido apontado como fator determinante na incorporação de práticas terapêuticas alternativas, no processo de expansão das medicinas nos serviços de saúde, são os objetos de sua intervenção. Mais especificamente, a medicina ocidental contemporânea, que traz uma trajetória assentada sobretudo no combate e na erradicação/eliminação da doença, através da identificação de patologias (Camargo Jr., 1993). Diferentemente da medicina convencional, as medicinas não-convencionais – medicina homeopática, medicina tradicional chinesa e ayurvédica – têm como objeto não a doença, mas o sujeito desequilibrado (“doente”), portanto o indivíduo na sua totalidade, preocupando-se essencialmente com o restabelecimento, ou mesmo a ampliação de sua saúde (Luz, 1993).

É bem verdade que, no mundo ocidental, existe a tendência a naturalizar os conhecimentos baseados nas ciências, isto é, a tratá-los como se não tivessem origens sociais, ou como se essas origens (históricas, culturais e imaginárias) não impregnassem permanentemente o desenvolvimento, até o presente, dos saberes ligados à ciência (Luz, 1988).

Tomando como base de argumentação o conceito de racionalidade médica formulado por Luz (1996), é possível apontar que a forma como vem ocorrendo a incorporação de práticas terapêuticas não-convencionais nos espaços institucionais públicos pode apresentar pontos semelhantes, ou mesmo de interseção, em sua formulação e implementação, quando comparadas com as formas tradicionais de tratamento.

Em que pese a distinção entre os princípios doutrinários das diversas racionalidades (no caso da biomedicina, é a doença a categoria central de análise, e nas práticas terapêuticas alternativas é o indivíduo doente), a medicina é capaz de manter na sua base

valores, interesses e investimentos de desejo, que se entrecruzam constantemente com o conjunto de representações, concepções e teorizações que a definem como racionalidade (Luz, 1996).

Esta constatação está presente nos relatórios da primeira fase da pesquisa de Luz (1996), quando a autora afirma que, em termos teóricos, existem incoerências entre saber e prática, diagnose e terapêutica, doutrina médica e agir médico, nas diferentes racionalidades médicas, independentemente do sistema médico utilizado e seu paradigma terapêutico – biomedicina, homeopatia, medicina tradicional chinesa e ayurvédica. O importante diferencial entre essas medicinas encontra-se, justamente, em suas formas de tratar o sujeito doente, isto é, resumidamente, entre o que é considerado ciência médica (traço dominante da prática terapêutica da biomedicina – medicina científica) e a arte de curar (traço dominante das práticas terapêuticas ditas alternativas).

Esse diferencial tem importância teórica numa análise comparada de sistemas médicos complexos, em que as racionalidades médicas tendem a ser normativas, estabelecendo regras para o funcionamento ideal para a organização do corpo e da vida humana. Verifica-se que o ser humano não é socialmente livre para determinar o que é melhor para a manutenção e o restabelecimento de sua saúde, ou mesmo para conduzir o destino de seu corpo (Luz, 1996). Na verdade, é o médico a figura socialmente legitimada para traçar o destino dos corpos, independentemente da origem do sistema médico que o atende.

Ao mesmo tempo, têm sido observados diferenciais no que diz respeito às formas de atendimento das medicinas (convencional e não-convencional). Isto é, o processo de atendimento e a eficácia dessas medicinas apresentam-se diretamente relacionados com o desempenho dos terapeutas e das terapêuticas, que, por sua vez, não deixam de se submeter aos limites institucionais impostos pela lógica que estrutura os serviços de saúde. Por outro lado, esses serviços encontram-se balizados por um arsenal diagnóstico e de tratamento específico a cada uma das práticas terapêuticas, sendo mantidos por instituições ou mesmo corporações responsáveis por sua disseminação na sociedade (Luz, 1996).

Introduzir mudanças nos modelos propostos aos serviços de saúde significa, também, tratar de representações e interesses corporativos da racionalidade médica dominante, que tendem, por exemplo, à priorização da especialização e da tecnologia, com reificação da intervenção farmacológica para resolução dos problemas de saúde (Camargo Jr., 1994).

É preciso, por outro lado, superar os limites da busca de objetividade e incluir a subjetividade dos indivíduos nas discussões, procurando desfazer os nós daquilo que é irreduzível à racionalidade

(do *homo economicus*) nas atividades de caráter coletivo, sobretudo na organização social da produção de bens de consumo, neste caso os serviços de saúde.

Isto significa, a nosso ver, retomar a práxis como campo de conhecimento para entender a mediação entre agente social e sociedade, através do reconhecimento da existência de relações dialéticas entre a objetividade do conhecimento construído pelos atores envolvidos e subjetividade dos arranjos estruturados nas quais essas relações se renovam e se multiplicam (Bourdieu, 1992). Enfim, trata-se de delinear um novo modo de produção dos serviços de saúde, neste caso a assistência médica, que leve em consideração essa complexidade. Equivale a dizer que compreender a construção das próprias demandas – por parte da população, como dos agentes envolvidos com a oferta de serviços: gerentes e agentes da cura (médicos) – requer uma análise capaz de identificar não somente os agentes envolvidos e suas práticas, mas também considerar e apreender as representações sociais presentes neste contexto.

Mais especificamente, no que se refere à gestão em saúde, é preciso democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde, que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços. Estas propostas ensejam forte associação entre recursos humanos, materiais e informacionais e financeiros, considerando o sujeito usuário como centro e objetivo de suas atividades.

A opção de apresentar as medicinas não-convencionais como exemplo de prática inovadora voltada para a integralidade parte do pressuposto de que as racionalidades médicas alternativas podem ser complementares à medicina convencional e não suas opositoras. Ao contrário, de acordo com Lacerda e Valla (2002) e Machado e Pinheiro (2002), a homeopatia, assim como o apoio social, podem fornecer subsídios teórico-práticos para repensar as práticas de cuidado e atenção integral à saúde no campo saúde pública, na medida em que os conceitos homeopáticos de saúde e doença, cura e individualização apontam para uma prática centrada no sujeito doente e seu cuidado, além de suscitar o surgimento de valores sociais baseados na solidariedade e na fé.

Encerramos este artigo ressaltando a preocupação de técnicos e pesquisadores em buscar alternativas inovadoras para a gestão de serviços, bem como para a institucionalização de práticas terapêuticas não-convencionais, permitindo que a clientela escolha o tratamento que deseja receber.

Por fim, é necessário reconhecer a transversalidade dos aspectos culturais naquilo que essas culturas (ocidental e oriental) podem ter de melhor a oferecer para a compreensão da realidade de saúde das populações. É condição vital, neste sentido, eliminar os desencontros entre médico e paciente, serviço e paciente e médicos e serviços.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. *As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?* Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

BIOCCHINI, J.; LUZ, M. T.; FERREIRA, M. V.; ZIBECCHI, M. E. As práticas alternativas na reformulação do sistema de saúde. Contribuição para a VII Conferência Nacional de Saúde. In: LUZ, M. (Org.). *A questão da homeopatia*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 1987.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e os corpos*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria prática. In: ORTIZ, R. *Pierre Bourdieu*. Rio de Janeiro: Ática, 1982 (Coleção *Pensadores das Ciências Sociais*).

BOZI, M. L. Cidadania, participação e saúde na visão dos profissionais do setor de serviços. Um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 4, p. 446-456, out.-dez., 1994

BUSS, P.; LABRA, E. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo: Hucitec, 1995. CAMARGO JR., K. R. *Ciências da AIDS e a AIDS da ciência*. O discurso médico e a construção

da AIDS. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1994. CAMARGO JR., K. R. *Racionalidades médicas: Medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n. 65).

CAMARGO, JR K. A biomedicina. Análise dos relatórios da segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas. In: LUZ, M. T. (Org.). *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997, p. 2-15 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n. 168).

CAMPOS, G. W. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. *et al.* (Org.). *Inventando a mudança*. São Paulo: Hucitec, 1994 (*Saúde em Debate* n. 73. Série Didática).

CAMPOS, G. W. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CANESQUI, A. M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde In: COHN, A. *et al.* (Org.). *Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez, 1992.

CECÍLIO, L. C. O. *et al.* (Org.). *Inventando a mudança*. São Paulo: Hucitec, 1994 (*Saúde em Debate* n. 73. Série Didática).

COHN, A. A saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In . EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*, 1992, p. 312-326.

COHN, A. Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSHMAN, S.; VIANA, M. L. W. *A miragem da pós-modernidade*. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CONH, A. *Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez. 1991.

- GERSHMAN, S.; VIANA, M. L. W. *A miragem da pós-modernidade*. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- GONÇALVES, R. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho numa rede estadual de centros de saúde em São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. *Economia da saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, 1995.
- JULLIEN, F. Les yeux fixes sur le modèle. In: JULLIEN, F. *Traité de l'efficacité*. Paris: Bernard Grasset, 1996.
- LEVCOVITZ, E. Da NOB 91 à NOB 96. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS/CNS, 1996.
- LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas das políticas de saúde – 1974-1996*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros*. Rio de Janeiro: Graal, 1983. LUZ, M. T. *A arte da cura versus a ciência das doenças: A história social da homeopatia no Brasil (1840-1990)*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- LUZ, M. T. *Natural, racional e social*. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- LUZ, M. T. *Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 62).
- LUZ, M. T. *Relatório do V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 136).
- MENDES, E. V. et al. (Org.). *Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MENDES, E.V. *Uma agenda pra saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MOYSES, S. J. "Saudicidade": do neologismo à implantação das práticas intersetoriais de promoção de saúde. *Revista Nesco Saúde*, v. 4, n. 4, p. 11-13, 1994.
- NETO, P. I. La reforma del sector salud. *Rev. Educación Médica y Salud*, n. 3-4, 1995.
- PINHEIRO, R. *Modelos ideais x práticas eficazes: um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 191).
- SAN MARTIN, H.; PASTOR, V. *Salud comunitaria, teoria y práctica*. Madrid: Diaz Santos, 1994. SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994. TESTA, M. *Pensamento estratégico e a lógica da programação*. O caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.
- VIANA, M. L. W. Entraves à descentralização e propostas de mudanças. In: AFFONSO, R. B. A; SILVA, P. L. B (Org.). *Descentralização e política social*. São Paulo: Fundap, 1996 (Coletânea Federalismo no Brasil).
- WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira,

1996. WEBER, M. *Economía y sociedad*. Esbozo de sociología comprensiva. México: Fondo de Cultura Económica, 1978.

Notas

1. Este texto é uma versão atualizada e modificada do artigo "Modelos ideais x práticas eficazes - um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde" (Pinheiro, 1999), como parte da pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva desenvolvida no Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, coordenado por Madel T. Luz.
2. Professora visitante do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ e responsável pelo Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, que conta com apoio de CNPq e FAPERJ.
3. Professora titular do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do IMS/UERJ. Coordenadora do grupo de pesquisadores do CNPq Racionalidades Médicas.
4. A reflexão de Weber tem como campo de estudo a cultura. Em que pese as críticas feitas por K. Marx ao capitalismo, sobretudo em *O capital*, Weber não refuta a abordagem econômica realizada por Marx. Contudo, justifica a necessidade de ultrapassar os limites do tratamento econômico na análise do capitalismo, através da compreensão e não da interpretação da história e da vida das pessoas. Afirma Weber: "não adianta discutirmos somente sobre o econômico em si, pois não tem significado algum se não tiver espírito" (Weber, 1993, p.17).
5. A definição legal e institucional de integralidade é "um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema" (Ministério da Saúde – NOB 96 Brasília: Ministério da Saúde, 1996)
6. Nos últimos cinco anos ocorreu um boom editorial de livros, periódicos, teses e dissertações sobre o tema. Algumas se encontram na bibliografia deste trabalho.
7. Levcovitz cita os seguintes instrumentais de condução das políticas públicas: programação físico-financeira, orçamentação, elaboração de planos, projetos e relatórios de avaliação (Levcovitz, 1997).
8. Ver o artigo "Uncertainty and the welfare economics of medical care" (apud Iunes, 1995).