

Caminhos plurais de cuidados com a saúde: medicalizações do simbólico

Plural paths of health care: medicalization of the symbolic

Caminos plurales del cuidado de la salud: medicalizaciones de lo simbólico

Gabriel Bandeira Cantu¹

Eneida Santiago²

Sonia Regina Vargas Mansano²

Recebido em 30/01/2022; revisado e aprovado em: 19/09/2022; aceito em: 24/11/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v24i1.3624>

Resumo: As possibilidades de intervenção no campo da saúde são múltiplas e marcaram a história da humanidade. Nos últimos séculos, o trato da saúde foi atribuído à medicina, que, valendo-se de dispositivos institucionais, jurídicos e científicos, tornou-se preponderante. Um dos pilares dessa profissão está constituído nos processos de medicalização. O presente estudo, de cunho teórico, objetivou problematizar a hegemonia da noção de medicalização baseada no arcabouço médico-científico ocidental. A partir da argumentação foucaultiana acerca das tentativas de padronização dos sujeitos a partir das noções de saúde e de doença pretendida pela medicina ocidental, pontua-se a necessidade de levar em conta as proposições que evocam terapêuticas plurais voltadas para compreender os processos de saúde e adoecimento em outras perspectivas. Elaborado entre duas fronteiras teóricas, o estudo analisa, primeiramente, a constituição histórica da medicina e sua legitimação como saber hegemônico. Na sequência, busca-se matizar as possibilidades de intervenção na área de saúde, dando visibilidade ao que a Antropologia denomina de medicalização do simbólico, que engloba os saberes advindos do cotidiano relacional e afetivo de diferentes culturas. Ao final da trajetória, fomentam-se análises acerca das tentativas de apagamento de modos de existência plurais empreendidas a partir da medicalização hegemônica, discorrendo sobre a relevância de multiplicar perspectivas de intervenção na saúde para superar essa exclusividade, tomando em consideração também os saberes advindos de fontes sociais e culturais.

Palavras-chave: medicalização; psicologia social; antropologia da saúde; psicologia da saúde; atenção à saúde.

Abstract: The possibilities of intervention in the health field are numerous and made its mark in humanity's history. In the last centuries, health care was attributed to medicine, which, using institutional, legal, and scientific devices, became preponderant. One of the pillars of this profession is constituted in the processes of medicalization. This theoretical study aimed to problematize the hegemony of the notion of medicalization based on the Western scientific medical framework. Based on Foucauldian arguments about the attempts to standardize individuals based on the notions of health and disease intended by Western medicine, the need to consider the propositions that evoke plural therapies aimed at understanding the processes of health and illness in other perspectives are highlighted. Elaborated between two theoretical frontiers, the study firstly analyzes the historical constitution of medicine and its legitimacy as hegemonic knowledge. In sequence, we seek to blend the possibilities of intervention in the health care area, giving visibility to what Anthropology calls the medicalization of the symbolic, that encompasses the knowledge arising from the relational and affective daily life of different cultures. At the end of the trajectory, analyzes about the attempts to erase plural modes of existence undertaken from the hegemonic medicalization are encouraged, discussing the relevance of multiplying perspectives of intervention in health care to overcome this exclusivity, also considering the knowledge coming from social and cultural sources.

Keywords: medicalization; social psychology; health anthropology; health psychology; health care.

Resumen: Las posibilidades de intervención en el campo de la salud son múltiples y han marcado la historia de la humanidad. En los últimos siglos, el cuidado de la salud se atribuyó a la medicina, la cual, valiéndose de dispositivos institucionales, legales y científicos, adquirió preponderancia. Uno de los pilares de esta profesión se constituye en los procesos de medicalización. Este estudio teórico tuvo como objetivo problematizar la hegemonía de la noción de medicalización a partir del marco médico-científico occidental. A partir de los argumentos foucaultianos sobre los intentos de estandarización de los sujetos a partir de las nociones de salud y enfermedad que pretende la medicina occidental, se destaca la necesidad de tener en cuenta las proposiciones que evocan terapias plurales dirigidas a comprender los procesos de salud y enfermedad en

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, Paraná, Brasil.



otras perspectivas. Elaborado entre dos fronteras teóricas, el estudio analiza, en primer lugar, la constitución histórica de la medicina y su legitimación como saber hegemónico. En la secuencia, buscamos matizar las posibilidades de intervención en el área de la salud, dando visibilidad a lo que la Antropología denomina la medicalización de lo simbólico, que engloba los saberes surgidos del cotidiano relacional y afectivo de las diferentes culturas. Al final de la trayectoria, se estimulan los análisis sobre los intentos de borramiento de modos de existencia plurales emprendidos desde la medicalización hegemónica, discutiéndose la pertinencia de multiplicar las perspectivas de intervención en salud para superar esta exclusividad, teniendo en cuenta también los saberes provenientes de fuentes sociales y culturales.

Palabras clave: medicalización; psicología social; antropología de la salud; psicología de la salud; cuidado de la salud.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde é uma preocupação que atravessa a história da humanidade, sendo que, nos últimos séculos, ele foi atribuído a uma área profissional específica, a medicina, investida e legitimada socialmente para executar diagnósticos, intervenções e tratamentos, tornando-se hegemônica. Isso fez com que práticas de cuidado que não estavam subordinadas à medicina sofressem diferentes desqualificações (FOUCAULT, 2018, 2019).

Atento aos desdobramentos sociais e políticos dessa hegemonia, o presente estudo buscou problematizar a consolidação do arcabouço médico ocidental no estabelecimento de entendimentos como medicalização, saúde e doença. Para tanto, tecemos considerações a partir de discussões suscitadas pela psicologia social e pela antropologia da saúde, campos científicos cuja fundamentação tem semelhanças e cujo foco de pesquisa, a complexidade da constituição do humano, permite aproximações que são capazes de promover a problematização crítica aqui pretendida (FIGUEIREDO; SANTI, 1997).

Cabe ressaltar que a adoção desse aporte teórico, privilegiando o diálogo e a aproximação entre as áreas supracitadas, as quais possuem em comum a análise crítica das formas instituídas de vida, abre espaços para contemplar também as experimentações plurais que atingem o campo da medicalização, pluralizando a abordagem do tema.

O presente estudo foi elaborado a partir de duas fronteiras teóricas: Inicialmente, *Medicalização ou medicalizações?* Em seguida, *Um plural que incomoda*. A primeira questão toma como ponto inicial a argumentação de Foucault (2018) acerca do papel social da medicina, bem como o funcionamento de seus mecanismos; argumentamos que a medicalização, pautada no discurso médico-científico, age na pretensão de promover a padronização dos modos de existência. Para tanto, vale-se da classificação diagnóstica de traços subjetivos, bem como estabelecem-se parâmetros para definir o que seja saúde e doença calcadas na esfera biológica.

Nestes termos, tanto a constituição dos sujeitos quanto suas queixas sobre possíveis afecções são reduzidas à biologia corporal, estabelecendo sintomatologias e terapêuticas que incidem diretamente na corporalidade. É essa incidência que faz com que essa medicalização promova a hegemonia de um padrão de sujeito e de modos de existência, por meio da pretensão em patologizar modos outros que não tragam benefícios para a sustentação dos parâmetros sociais vigentes (CAPONI, 2012).

Cabe destacar que, no intuito de manter a padronização dos modos de existência, a medicalização é uma importante ferramenta social, haja vista que ela atua imbuída de legitimidade coletiva por conta de seu caráter científico, no estabelecimento das noções que margeiam a constituição subjetiva, como os parâmetros de saúde, bem-estar, patologia e normalidade

(CAPONI, 2012). O avanço da medicina como promotora da vida e da saúde foi um grande diferencial dos últimos séculos, podendo ser considerado uma conquista da humanidade. Ocorre, entretanto, que a medicalização advinda exclusivamente desse campo de saber científico não é acessível e/ou não faz sentido para boa parte da população. Diante dessa realidade social multifacetada, estudos que mostrem a pluralidade do trato com a saúde ganham importância no campo social e demandam uma análise criteriosa do problema, sendo este o foco do presente estudo.

Já na segunda parte do estudo, que se debruça sobre a pluralidade de perspectivas no trato da saúde, mostramos que há outras práticas de cuidado a serem consideradas, as quais esboçam terapêuticas diferenciadas a partir de um entendimento multifacetado da existência, do corpo e da saúde. Essas partem da noção de que os sujeitos se constituem necessariamente de maneira relacional com os demais, com o meio social e, até mesmo, em alguns casos, com entidades supra-humanas (KOPENAWA; ALBERT, 2015).

Esse entendimento faz com que essas medicinas e suas medicalizações postulem a não redução do adoecimento ao biológico e a ampliação de sua análise de maneira processual e coletiva (LANGDON; WIJK, 2010). A existência dessas medicalizações, que partem da ordem do simbólico, implica a conexão entre o social, o cultural, o supra-humano e o biológico (LÉVI-STRAUSS, 1975). Assim, elas colocam em xeque a hegemonia da medicalização padronizadora, que, por sua vez, forja mecanismos que visam cercear e apagar a atuação das medicinas do simbólico. Tal movimento acaba sendo potencializado pela crise da ideia de um padrão de sujeito nas sociedades ocidentais (ROLNIK, 2005).

Ao final desta trajetória, o estudo aponta para a necessidade de discussões e problematizações acerca deste padrão que culmina no apagamento de modos de existência plurais e da noção de processualidade e coletividade no que tange ao entendimento acerca do adoecimento (KRENAK, 2019). No decorrer deste estudo, portanto, será possível apontar a existência e a importância desses entendimentos outros da saúde, que aqui chamamos medicinas e medicalizações do simbólico, na construção de ferramentas para a superação das mais diversas crises sociais.

2 MEDICALIZAÇÃO OU MEDICALIZAÇÕES?

Ao abordarmos a medicalização por meio de aproximações entre Psicologia Social – em sua vertente voltada aos processos da complexa constituição do humano (FIGUEIREDO; SANTI, 1997) – e Antropologia da Saúde – que tem por marca principal a problematização dos constructos sociais em torno de saúde e doença (RUSSO, 1993) –, pretendemos, de início, retirar do arcabouço médico ocidental a hegemonia dessa abordagem. Isso é posto, pois, por meio de conexões entre as duas áreas mencionadas, é possível construir relações entre terapêuticas outras e explorando outros campos de entendimentos e intervenções sobre a medicalização.

Para tanto, faz-se necessário demarcar, em primeiro momento, o que entendemos por medicalização do arcabouço médico, para que depois argumentemos na direção de possíveis ampliações conceituais. Por medicalização do arcabouço médico, entendemos terapêuticas e práticas de cuidado que partem de uma noção ocidental do que seja o sujeito e sua constituição, bem como do entendimento de que é possível reduzir os processos de adoecimento às organizações biológicas, que enquadram as intervenções na esfera nosográfica (CANABARRO; ALVES, 2009). Essa nosografia é pautada em sintomatologias legitimadas pelo discurso científico

hegemônico, que possui validade científica e social que a autoriza a produzir padrões do que seja saúde e/ou doença (FOUCAULT, 2018).

Nesse sentido, o entendimento do que seja o adoecimento é atrelado a esses padrões e passa a ser percebido como uma inadequação do sujeito às expectativas sociais vigentes, em especial no que diz respeito ao desempenho no trabalho, na escola e nas relações sociais. A medicalização hegemônica, então, assume um papel intimamente ligado com o uso de farmacocímicos capazes de incidir no corpo do sujeito e fazer com que ele se aproxime o máximo possível dos padrões estabelecidos, atendendo ao que lhe é demandado e apagando de seu modo de existência todo traço em desacordo com tais padrões (CAPONI, 2012).

Vale pontuar que esse cenário se instala, pois, conforme Foucault (2018), a medicina tem um papel social para além dos consultórios e das atuações vinculadas à saúde, qual seja o de estabelecer, veicular e legitimar, por meio de seu discurso científico, os padrões aceitáveis de modos de existência, para além das múltiplas possibilidades de compreender o que seja doença, sintomatologia e terapêuticas.

Essa atuação da medicina transforma a medicalização em um mecanismo de padronização dos sujeitos, analisando e interferindo sobre aquilo que não for aceito socialmente, promovendo uma massificação de um ideal de sujeito na sociedade ocidental (LANGDON, 2009).

Tal ideal dissemina a ideia de um sujeito dócil, capaz de se adequar às regras que lhe forem impostas, atender a quaisquer demandas do mercado de trabalho e não desviar seu estilo de vida para práticas tidas como socialmente inadequadas. Quando tais desvios ocorrem e abalam a ordem social vigente, é possível, a partir desses parâmetros médicos, responsabilizar unicamente o sujeito e buscar mecanismos de reenquadramento, almejando recolocá-lo nos ditames sociais (FOUCAULT, 2018, 2019), recorrendo à nosografia e medicalização.

Essa concepção de sujeito massificado na sociedade ocidental e legitimado inclusive pelo arcabouço médico é o que estrutura a ideia de indivíduo moderno, responsável único por sua constituição e modos de existência, bem como por fiscalizar-se e se manter em conformidade com os padrões sociais. Em suma, o indivíduo moderno é percebido como completo em si mesmo (ROLNIK, 2005).

Dá também a importância da medicalização, pensada nos termos supracitados, para a manutenção da hegemonia dos padrões sociais: ela é capaz de fornecer ferramentas de enquadramento, os farmacocímicos, por exemplo. Rolnik (2005) discorre que, com o passar do tempo, a ideia de indivíduo moderno, tal como descrita aqui, foi posta em xeque, uma vez que os sujeitos se descobrem dependentes uns dos outros para constituírem-se e também percebem diferentes modos de existência possíveis para além dos padrões legitimados socialmente.

Foucault (2019) pontua que, para inviabilizar esses modos de existência outros, a medicina é um mecanismo deveras importante, com suas terapêuticas e classificações diagnósticas, as quais, por vezes, ridicularizam as existências desviantes por seus pensamentos e/ou ações, tendendo a retirá-los do convívio social. Além disso, devemos pontuar o uso massivo de farmacocímicos para conter ou alterar modos de existência desviantes (LANGDON, 2009).

Dessa forma, quando partimos da discussão de Rolnik (2005) acerca da agonia da noção de indivíduo moderno, entendemos a atuação da medicalização em prol da hegemonia dos moldes sociais vigentes, uma vez que, cada vez mais, ela age para aumentar a adesão aos valores vigentes, patologizando os desvios. Sobre isso, vale ressaltar a discussão proposta por Aguiar (2004), que

aponta para um movimento constante de alargamento das fronteiras entre o que é tido como normal e o que é percebido como patológico.

Para o autor, esse fato se dá na tentativa de conter e promover o apagamento de traços subjetivos que não se enquadram às expectativas sociais. É essa tentativa que faz com que, em torno desta medicalização, atuem dispositivos como o *marketing* e o aparato da indústria farmacêutica, os quais auxiliam no processo de massificação dos padrões de saúde e doença, bem como no estímulo da busca por um diagnóstico médico definitivo e pelo uso de determinados farmacocímicos para inibir determinadas ações e formas de vida (SANTOS, 2020).

Há, também, a possibilidade de pensar medicalização por meio de outros termos, sendo ela sustentada a partir da ordem simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1975). Quando falamos da medicalização do arcabouço médico, remetemo-nos à ordem ocidental capitalista de sujeito (FOUCAULT, 2018, 2019); mas, quando partimos do simbólico, fazemos menção a um entendimento do sujeito que não passa pelos ditames capitalistas do indivíduo aderente a em um modo social e historicamente enquadrado como normal.

Por simbólico, entendemos o entrecruzamento entre corporalidade, meio social, crenças sobre-humanas, atribuições de sentidos para além da materialidade e da forma, assim como da não redução do sujeito ao corpo, pensando-o necessariamente como parte de um meio social que se estrutura e estrutura seus componentes na e pela cultura (LÉVI-STRAUSS, 1975). Esta, por sua vez, pode ser entendida como a multiplicidade de configurações possíveis para as dimensões supracitadas (KOPENAWA; ALBERT, 2015).

Nesses termos, o sujeito não é pensado como indivíduo, completo em si mesmo – ainda que de forma ilusória como o sujeito ocidental moderno –, mas é pensado em meio a relações com os demais, com o meio social e até mesmo com entidades sobre-humanas (CUNHA, 2017).

Assim, a doença não é percebida como exclusividade do sujeito, mas como um processo que permeia todo o grupo social, tendo conexão também com o simbólico (LÉVI-STRAUSS, 1975; LACERDA, 2015). Diferentemente da medicalização do arcabouço médico, então, o adoecimento é percebido em sua processualidade e requer terapêuticas que deem conta das conexões que mencionamos, deixando de lado, assim, a exclusividade de incidência biológica. Nas palavras de Langdon, a doença pode ser mais bem compreendida

[...] como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. (LANGDON, 2009, p. 8).

Destacamos como exemplo importante dessa noção de adoecimento e de medicalização a etnografia de Evans-Pritchard (2005) entre os Azande, sociedade localizada no continente africano, que se atualiza nessa pluralidade descrita acima. O autor discorre que os Azande atribuem o adoecimento de alguém dos seus a feitiços, raiva dos deuses, carma e outros quesitos que transcendem a corporalidade dos sujeitos. Por conta disso, as terapêuticas desenvolvidas passam por rituais coletivos, banhos de ervas, cânticos e demais técnicas desempenhadas por um xamã.

Todavia, segundo Evans-Pritchard (2005), os Azande conhecem e consideram os aspectos biológicos e científicos de uma doença e recorrem ao uso de farmacocímicos quando acham necessário o uso específico de técnicas como essa para o auxílio no tratamento de afecções. O que eles recusam, para o autor, é a exclusividade dessas técnicas restritas ao corpo biológico, que são percebidas como eficazes, mas insuficientes, quando usadas de modo isolado.

Essa perspectiva justifica-se naquilo que Lévi-Strauss (1975) chama de “eficácia simbólica” (p. 195), ou seja, as terapêuticas promovidas pelos Azande – mas também por outros grupos que partem de um entendimento processual do adoecimento – no tratamento das doenças promovem uma ligação entre o cultural, o biológico e o supra-humano, agindo através e pelo simbólico.

A partir da eficácia simbólica, pode-se entender que o corpo do sujeito que se queixa é apenas um dos aspectos tanto do adoecimento quanto da cura, que não pode receber unicamente a incidência de terapêuticas isoladas, muito menos ser passivo em seu tratamento. Uma vez que o adoecimento é processual, a cura também o é, e o processo de enfrentamento da doença requer a participação do sujeito, do grupo e das entidades supra-humanas (EVANS-PRITCHARD, 2005).

Com isso, é possível pontuar que um entendimento outro para a noção de medicalização advém das terapêuticas do simbólico, que estabelecem noções plurais acerca do adoecimento e da saúde, bem como sobre a constituição dos sujeitos, para além do que é posto nas sociedades ocidentais.

Cabe, porém, fazer a ressalva de que também nas sociedades ocidentais é possível encontrarmos este entendimento de medicalização. Lacerda (2015) argumenta que grupos sociais e/ou religiosos que adotam práticas como benzimentos e usos de chás, presentes em tradições familiares, banhos de ervas e demais rituais, com vistas a dar fim às mais variadas queixas dos sujeitos, são bastante populares na atualidade. Conforme assinala o autor, “[...] o conhecimento médico de um indivíduo está continuamente sendo reformulado e reestruturado, em decorrência de processos interativos específicos” (LACERDA, 2015, p. 8). Nosso trabalho vai na direção de argumentar que essas práticas também podem ser compreendidas como medicalização, assim como as que foram relatadas acima sobre as sociedades indígenas, exemplificadas pelo grupo Azande.

Nesses grupos descritos por Lacerda (2015), mesmo que estejam envoltos pelo arcabouço médico-científico, permanece-se uma noção de sujeito coletivo pautado pela relação com o grupo, em que o simbólico é o regente dos laços sociais e também dos processos de adoecimento. Neles, os adoecimentos não são somente causados por disfunções biológicas, mas podem ser explicados por invejas, mau-olhado e até trabalhos espirituais contrários que incidem sobre o sujeito queixoso (BRANDÃO, 1986), o que nos permite apontar para a presença da eficácia simbólica nesses cenários.

Os chás das avós, os banhos e benzimentos providos por benzedeiros, além das orações e dos cânticos para livrar-se de determinados sintomas, promovem a ligação do sujeito acometido por um mal e o sistema simbólico no qual faz parte, promovendo explicações e terapêuticas que se fazem eficazes por oferecer ferramentas capazes de acessar e ordenar o simbólico perante todo o grupo social (LÉVI-STRAUSS, 1975; LANGDON, 2009).

Essas estratégias de medicalização advindas do simbólico derivam do que chamamos medicinas do simbólico, ou seja, de um arcabouço de saberes e práticas outros, capazes de fornecer explicações e tratamentos plurais para os processos de adoecimento, sem necessidade de incidir exclusivamente sobre a dimensão biológica para apagar diferentes modos de existência. Essas medicinas podem ser entendidas como, por exemplo, saberes familiares, ancestrais e rituais que não partem da individualização e da padronização dos sujeitos.

É correto afirmar, então, que, para além das medicinas tradicionais chinesas, por exemplo, que estão fora do arcabouço científico e são reconhecidas mundialmente, existem múltiplas medicinas que partem do simbólico e, promovendo a manutenção de perspectivas múltiplas do que seja o sujeito e seus processos de saúde e doença, estabelecem terapêuticas outras que

norteiam o entendimento sobre a medicalização para além daquela regida sob os parâmetros de indústria farmacêutica e do arcabouço médico.

3 UM PLURAL QUE INCOMODA

Como indicamos anteriormente, nosso trabalho parte do aporte foucaultiano para analisar o contexto que envolve as medicalizações. Isso significa entender, tal como discorre Foucault (2018), que tanto o sujeito quanto os padrões que vigoram nas sociedades ocidentais são forjados no interior das instituições sociais, por meio das relações de poder postas em prática nas relações. Nesse sentido, a medicalização, tal como pontuamos anteriormente, cumpre um papel importante para a manutenção dos padrões sociais que visam à correção e ao apagamento de possíveis desvios nos modos de existência vigentes (CAPONI, 2012).

Esse cenário faz com que os mecanismos criados em torno da medicalização para fazer com que os parâmetros de saúde e doença mantenham-se hegemônicos – tais como o *marketing* e o uso de recursos televisivos para massificar conceituações e terminologias avaliativas de patologias (RUSSO, 1993) – estabeleçam cada vez mais estratégias para impedir, ou ao menos cercear, a atuação de terapêuticas que partam de entendimentos outros sobre saúde, doença e modos de existência, como as que abordamos no tópico anterior.

Exemplo possível dessa tentativa é, em nossa perspectiva, a presença do que ficou conhecido no Brasil como as chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PICs), que, pelo mundo todo, a partir do fomento da Organização Mundial da Saúde (OMS), têm ganhado espaço nos Sistemas de Saúde. As PICs são definidas pelos órgãos governamentais de saúde como a inclusão de terapêuticas alternativas às práticas medicinais tradicionais nos sistemas de saúde, para oferecer ao usuário outras possibilidades de tratamento para suas queixas (BRASIL, 2006).

No Brasil, a discussão acerca da implementação das PICs ocorre nas reuniões de conselhos estaduais e municipais da saúde desde 1986. Porém essas práticas só foram oficialmente implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS) no início dos anos 2000, a partir da Secretaria de Saúde de São Paulo, e, atualmente, estão por todo o país (TELESI, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, as PICs ofertadas à população crescem em número com o passar do tempo, tendo sido exercidas em maior quantidade a partir de 2018, com 19 práticas, quais sejam,

[...] homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia [...] Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. (BRASIL, 2018, p. 8).

É possível notar, com base na lista acima, que as terapêuticas são, em sua maioria, vinculadas ou passíveis de o serem com a noção de indivíduo moderno e com o adoecimento como incidência biológica. As demais têm ligação com as mais populares bases da medicina tradicional oriental, que em nada impedem, por exemplo, a instrumentalização destas na promoção de um ideal de modos de vida e saúde.

Assim, é possível argumentarmos que a inclusão de uma lista, definida pelos órgãos do Ministério da Saúde, de práticas que podem atuar no SUS, desde que como auxiliares das práticas hegemônicas, é um claro sinal da pretensão de cerceamento da atuação de terapêuticas outras (PEGADO, 2020).

Mas não só, é possível apontarmos também para uma tentativa do arcabouço médico-científico em tomar para si o papel de avalista ou não de tais práticas, saberes e entendimentos sobre saúde e doença, tornando-se único detentor dos parâmetros para estabelecer tais noções e incluí-las nas PICs. Nestes termos, as terapêuticas autorizadas a atuar no SUS tornam-se ferramentas auxiliares da medicalização hegemônica e as demais práticas tornam-se alvo de descrédito, desqualificação e invisibilização.

Há de se considerar, entretanto, que, mesmo que haja uma padronização da medicalização hegemônica no arcabouço médico-científico por trás do estabelecimento das PICs, tal como estão configuradas hoje, este é um processo importante de conflitos de embates nos diversos âmbitos e instâncias de saúde pública.

Tal debate dá indícios da presença de uma resistência de terapêuticas outras em manterem-se atuantes e vivas nos contextos que fazem parte. Isso é posto a partir da argumentação de Paim (2006), para quem o campo da saúde é composto por um intenso jogo de forças entre instâncias científicas, médicas, econômicas, industriais e demais setores sociais, na tentativa de atender a interesses diversos no estabelecimento do aparelho de atenção à saúde. Assim, acreditamos ser possível pontuar que, independentemente do arcabouço hegemônico, a pressão exercida pelas terapêuticas do simbólico para ofertar alternativas à medicina convencional é fundamental tanto para a sua manutenção quanto para o não estabelecimento das PICs.

Ademais, a tentativa de apagamento de terapêuticas do simbólico por parte da medicalização hegemônica se dá para além daquelas que integram a lista de práticas postas como auxiliares na atenção à saúde. Também, aquelas avaliadas como inaptas para se tornarem PICs são alvos de ataque e desqualificação. Isso pode ser encontrado nas terapêuticas e nos saberes medicinais indígenas que constantemente são desconsiderados e postos como inferiores à medicina ocidental (LANGDON; WIIK, 2010).

Todavia, essas tentativas não desmobilizam a instrumentalização de tais terapêuticas nos contextos sociais que integram, uma vez que as ferramentas do arcabouço científico não promovem uma integração entre o biológico, o sociocultural e o simbólico, coisa que só é feita por terapêuticas promovidas pelas medicinas e medicalizações do simbólico.

Destacamos, novamente, que essas tentativas de apagamento e contenção do surgimento e atuação de medicinas e medicalizações outras estão intimamente ligadas com a pretensa manutenção dos moldes sociais ocidentais capitalistas, voltados à individualização do sujeito. Aliás, quando retornamos à noção de Rolnik (2005), mencionada anteriormente, de que cada vez mais a ideia de indivíduo moderno vem sendo posta em xeque pelos próprios sujeitos, ao perceberem-se inevitavelmente relacionais, podemos perceber um dos argumentos da demanda pelo estabelecimento das PICs, bem como o fortalecimento de terapêuticas outras em diversos grupos sociais (TONIOL, 2015).

A necessidade de pensar a si a partir das relações com os demais demanda também a alteração, ou ao menos complementação, do entendimento sobre saúde e doença, considerando a processualidade. Isso faz com que as terapêuticas do simbólico que integram os mais variados grupos urbanos atuem e sejam requisitadas pelos seus grupos, e não só, como aponta Toniol (2015), sejam legitimadas por eles.

É essa legitimação e esse acionamento das terapêuticas do simbólico, por parte dos grupos sociais, que nos permitem pontuar que os saberes que as constituem são também medicinas, e as próprias terapêuticas podem ser percebidas como medicalizações e medicinas do simbólico.

Vale ressaltar a argumentação de Langdon e Wiik (2010), que discorrem sobre a necessidade de se pensar o sistema de saúde também numa ótica cultural. Para os autores,

[...] embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos. (LANGDON; WIİK, 2010, p. 179).

Perceber a importância do contexto cultural que fomenta e legitima saberes e terapêuticas de cuidado, portanto, é colocar em xeque a pretensa exclusividade da medicalização hegemônica em estabelecer modos de existência saudáveis e doentes, uma vez que os próprios sujeitos, em diversos grupos sociais, validam saberes outros para a parametrização do que seria saúde, doença e quais as alternativas de tratamento para os processos de adoecimento (LANGDON; WIİK, 2010).

Nesse quesito, há outro ponto de resistência da medicina tradicional que julgamos importante mencionar, qual seja, a manutenção do monopólio do termo medicina. Toniol (2015) argumenta que é por meio deste monopólio que o arcabouço médico tradicional sustenta a legitimação de suas práticas e saberes. Além disso, são atrelados com a noção de cientificidade que, nos moldes sociais ocidentais, conferem legitimidade e autoridade à área, transformando-a em detentora da possibilidade de conceituar o que seja saúde, doença, sintomatologias, tratamentos e também de avaliar e classificar os sujeitos a partir dessas conceituações.

Nesses termos, a argumentação em prol da atuação de múltiplas medicinas, que ofertem explicações outras para os processos de adoecimento e promovam com isso entendimentos diversos sobre a constituição do sujeito e seus modos de existência, ameaça não só a noção de indivíduo moderno que está na base da sociedade capitalista, mas também a manutenção de um importante mecanismo de elaboração, massificação e avaliação de modelos padronizados de sujeitos, voltados em atender às demandas sociais, a medicalização da medicina convencional (VENÂNCIO, 1993). Sobre isso, Russo (1993) discorre que o arcabouço médico ocidental se mantém hegemônico através da utilização de ferramentas midiáticas – como rádio ou programas e novelas televisivas – para massificar seus parâmetros de saúde e bem-estar, fomentando nos sujeitos a autorregulação e avaliação, para que assim utilizem unicamente os padrões aceitos por esse arcabouço na construção de seus entendimentos de si e de suas afecções.

Mesmo assim, em detrimento dessa atuação constante dos mecanismos da medicalização tradicional, há de se considerar, tal como discorre Lacerda (2015), que essas terapêuticas outras estão sendo cada vez mais acionadas no Ocidente, por conta de uma necessidade de repensar os parâmetros da constituição da existência, o que faz com que, no jogo de forças do campo da saúde, as medicinas do simbólico sejam cada vez mais buscadas e legitimadas pelos próprios sujeitos e pressionem cada vez mais o arcabouço hegemônico por alterações no estabelecimento de terapêuticas e conceituações em relação aos processos de adoecimento.

Nesse jogo de forças, a busca por tais saberes demonstra, acreditamos, uma guinada constante no entendimento de si dos próprios sujeitos, que se percebem de maneira relacional e processual, demandando técnicas e terapêuticas outras que os saberes hegemônicos não possuem, por estruturarem sua atuação na individualização (LACERDA, 2015). Esse cenário faz com que as medicinas do simbólico consigam permanecer no contexto das terapêuticas como alternativas possíveis ao arcabouço hegemônico, colocando cada vez mais em evidência o que

a medicalização tradicional visa apagar, a existência de modos plurais de vida e sua constituição processual (TONIOL, 2015).

Diante do exposto, acreditamos possível pontuar, então, que a medicalização hegemônica – e até mesmo o arcabouço da medicina científica como um todo – cumpre, para além do papel de buscar curas para afecções biológicas, uma função basilar para as diretrizes da sociedade capitalista na atualidade, proporcionando, antes de tudo, ferramentas para que os próprios sujeitos avaliem a si e aos demais em busca de desvios, busquem correções para os traços que não se enquadram nesses padrões e, principalmente, possam classificar os desvios por meio de uma sintomatologia extensa para diagnóstico dos mais variados desvios nos modos de existência (CAPONI, 2012).

O que a medicalização proposta pela medicina tradicional busca, assim, é, antes de tudo, classificar os modos de existência vistos como fora dos padrões, na pretensão de invisibilizar a existência de modos de vida plurais, estabelecendo técnicas que incidam diretamente nas corporalidades e promovam a manutenção de um ideal de sujeito, de normalidade e de saúde cada vez mais difícil de manter (AGUIAR, 2004). Isso tudo para fomentar a manutenção dos ideais capitalistas de sociedade, formando sujeitos voltados unicamente ao trabalho, que responsabilizam a si mesmos pelos desvios em suas existências (VENÂNCIO, 1993).

Ao se debruçarem sobre este cenário, Kopenawa e Albert (2015), bem como Krenak (2019), apontam para a necessidade de se acolher as múltiplas constituições da existência, considerando seus aspectos relacionais, culturais e simbólicos. Os autores discorrem que o desequilíbrio entre os países, o desequilíbrio ambiental e as catástrofes naturais, por exemplo, são sinais do processo de adoecimento que não é individual e/ou corporal, mas é cultural, coletivo e que não deixa de ser adoecimento e demandar terapêuticas e entendimentos outros para que seja sanado.

Nesse sentido, ao argumentarmos pela existência e atuação de diversas medicalizações, propostas por medicinas do simbólico, que possuem legitimidade e eficácia tanto quanto aquela do arcabouço médico-científico, endossamos a necessidade de se problematizar o entendimento acerca dos processos de adoecimento que estão estabelecidos nas sociedades ocidentais, para que estes não se tornem cada vez mais graves e maiores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa discussão teve como objetivo pontuar as múltiplas possibilidades de entendimento acerca da medicalização, argumentando em favor da existência de medicinas e medicalizações outras, regidas pela ordem simbólica, nas quais as noções de saúde e doença são percebidas a partir da processualidade, e não apenas do mau funcionamento biológico.

Por meio de aproximações entre discussões fomentadas pela psicologia social e pela antropologia da saúde, pudemos problematizar os entendimentos que circundam a medicalização da medicina convencional, bem como suas diretrizes e os papéis sociais dentro da organização ocidental capitalista.

Partindo do entendimento de que a medicina ocidental, bem como a medicalização, cumpre um papel de massificar modos de existência (FOUCAULT, 2018), fez-se necessária a problematização das bases sociais que sustentam tais padrões, que objetivam sujeitos que sejam capazes de dedicar-se exclusivamente ao atendimento das expectativas sociais, buscando se enquadrar em todos os parâmetros preestabelecidos.

Tais bases sustentam o sistema capitalista vigente à custa de promover o apagamento de modos de existência plurais, para que, por meio da padronização, o foco dos sujeitos seja apenas

a manutenção das relações de produção, tais como estão dadas, e a propagação das diretrizes sociais hegemônicas (GUATTARI; ROLNIK, 1996). Ao levarmos em consideração os arcabouços múltiplos que existem para além daquilo que é posto pelos saberes científicos ocidentais, podemos perceber, além dos múltiplos entendimentos acerca da constituição dos sujeitos e seus modos de existência, a multiplicidade de noções de adoecimento que não partem necessariamente da redução das afecções às corporalidades individuais, tampouco visam à padronização dos queixosos.

Essa percepção proporciona uma abordagem crítica das diversas crises enfrentadas em nível mundial, que são percebidas como processos de adoecimento coletivo em muitas das medicinas outras que são praticadas nos mais diversos contextos sociais. Isso é posto, pois, ao considerarmos como adoecimento apenas as sintomatologias que se apresentam na corporalidade individual de cada queixoso, desconsideramos vários fatores prejudiciais para o coletivo, que só são percebidos ao abandonar a noção de indivíduo moderno referido a si mesmo (ROLNIK, 2005). Nesse sentido, é a própria concepção moderna de indivíduo autocentrado que precisa ser repensada, pois está favorecendo a manutenção dos padrões sociais postos para favorecer a acumulação de capital.

Ao nos voltarmos, por exemplo, aos saberes e às práticas indígenas, percebemos um vasto arsenal de possibilidades de superação das catástrofes climáticas, crises sanitárias e sociais que enfrentamos atualmente. Tais conhecimentos, entretanto, só podem ser acessados a partir do abandono das ferramentas individualizantes de noção de sujeito, de sociedade e de mundo (KOPENAWA; ALBERT, 2015).

Nesse sentido, as bases em que as sociedades capitalistas se alicerçam precisam ser problematizadas e reconfiguradas para que, sem padrões, sem mecanismos de apagamento e sem individualização, sejamos capazes de construir pontes dialógicas, noções coletivas e entendimentos processuais de saúde e doença. O desafio aqui colocado consiste em promover conexões entre as culturas e saberes, bem como estabelecer terapêuticas eficazes e contextualizadas capazes de superar os diversos processos de adoecimento, seja ambiental, seja social ou simbólico.

O campo multifacetado da medicalização, tomado em apreciação neste estudo, atravessa uma parte significativa da população que não tem acesso à medicina tradicional ou que legitima outras práticas da saúde mais condizentes com sua realidade social e afetiva. Tomar em consideração a coexistência dessa pluralidade de saberes ainda é um desafio a ser acolhido pelas diferentes áreas de saber; desafio este que foi parcialmente aqui analisado. Cabe destacar que, dada a importância do tema, novos estudos são necessários sobre a medicalização, destacando-se os diferentes saberes e suas maneiras de atuar junto à população.

Portanto, ao discorrermos acerca da problemática da atuação padronizadora da medicalização ocidental, inclusive visando cercear ou apagar medicalizações outras em prol de sua hegemonia, apontamos a necessidade de fomentarmos coletivamente possibilidades para acolher as diferenças e minimizar seus apagamentos, em prol de frearmos muitos dos adoecimentos presentes na atualidade. E, nessa difícil jornada, acreditamos ser possível partirmos dos arcabouços presentes nas medicinas e medicalizações do simbólico.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriano Aguiar. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 971*, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Os deuses do povo: um estudo sobre a religião popular*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CANABARRO, Rita de Cássia dos Santos; ALVES, Márcia Barcellos. Uma pílula para (não) viver. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 839-66, set. 2009.

CAPONI, Sandra. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *InterThesis*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-22, jul. 2012. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>

CUNHA, Manuela Carneiro da. *Cultura com aspas*. São Paulo: Ubu, 2017.

FIGUEIREDO, Luís Claudio; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. *Psicologia: uma (nova) introdução*. São Paulo: EDUC, 1997.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 7. ed. São Paulo: Paz & Terra, 2018

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, Ailton. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LACERDA, Maria. Medicina tradicional praticada por rezadeiras, pajés e herboristas: outros saberes a ser respeitados pelo saber acadêmico. *Revista Saberes da Unijipa*, Ji-Paraná, v. 2, p. 1-22, dez. 2015. Disponível em: <https://unijipa.edu.br/por-que-a-unijipa/revista-saberes/edicao-2/>. Acesso em: 10 nov. 2019.

LANGDON, Ester Jean. *A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Florianópolis: UFSC, 2009.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 173-81, jun. 2010.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *A eficácia simbólica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

PAIM, Jairnilson Silva. Silva. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EdUFBA, 2006.

PEGADO, Elsa. Medicinas complementares e alternativas: uma reflexão sobre definições, designações e demarcações sociais. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, v. 93, n. 1, p.1-19, ago. 2020.

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

ROLNIK, Sueli. Subjetividade e história. *RUA*, Campinas, v. 1, n. 1, p. 49-61, jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.20396/rua.v1i1.8638916>

RUSSO, Jane. *O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

SANTOS, Francieli Lunelli. Indústria farmacêutica durante os anos (nem tão) dourados: Euforia e desencanto (1950-1960). *Temporalidades*, v. 12, n. 2, p. 155-84, ago. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/temporalidades/article/view/24013>. Acesso em: 10 nov. 2019.

TELESI, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>

TONIOL, Rodrigo. *Do espírito na saúde*. 2015. 314p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2015.

VENÂNCIO, Ana Teresa. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à “nova psiquiatria”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 117–35, dez. 1993.

Sobre os autores:

Gabriel Bandeira Cantu: Doutorando em Antropologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Pesquisador vinculado ao Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (Transes/UFSC), Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) **E-mail:** cantu.antropologia@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-8642-4821>

Eneida Santiago: Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Assis. Professora associada da Universidade Estadual de Londrina (UEL), docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia (PPGPSI-UEL). Representante titular do Conselho Federal de Psicologia (CFP) na Comissão Permanente dos Direitos da População em Situação de Privação de Liberdade no Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH). Avaliadora institucional do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), Ministério da Educação (MEC). **E-mail:** esantiago@uel.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-5296-4341>

Sonia Regina Vargas Mansano: Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Docente do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia (PPGPSI-UEL). Bolsista de Produtividade CNPq-N2. **E-mail:** mansano@uel.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-4406-8803>

