

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Muriel Bulsing

**UM ESTUDO SOBRE O SURGIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES no SUS**

Santa Maria, RS, Brasil

2013

Muriel Bulsing

**UM ESTUDO SOBRE O SURGIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES no SUS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS - UFSM).

Orientadora: Prof.^a Zulmira Newlands Borges

2

Área de concentração: Gênero, Corpo e Saúde.

Santa Maria
2013

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação de Mestrado

**UM ESTUDO SOBRE O SURGIMENTO DA POLÍTICA
NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES no SUS**

elaborada por
Muriel Bulsing

3

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências Sociais

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Zulmira Newlands Borges (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Prof.^a Dr^a Fátima Cristina Vieira Perurena (UFSM)

Professora Dra. Dagmar Elizabeth Estermann Meyer (UFRGS)

Santa Maria, 26 de abril de 2013.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
Universidade Federal de Santa Maria

UM ESTUDO SOBRE O SURGIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

AUTORA: MURIEL BULSING
ORIENTADORA: ZULMIRA NEWLANDS BORGES
Santa Maria, 26 de abril de 2013.

Esta pesquisa apresenta um estudo sobre o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. A Política foi criada para ser desenvolvida e efetivada junto ao Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), com o intuito de trazer diretrizes e fomentar ações para inserção de serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia no serviço de assistência à saúde, bem como criar os observatórios de saúde para o Termalismo Social e para a Medicina Antroposófica. Ainda, contempla responsabilidades dos entes federais, estaduais e municipais, objetivando ampliar o acesso da população frente às práticas integrativas e complementares e contribuir com a resolubilidade do SUS. A metodologia foi qualitativa, exploratória descritiva. Através do modelo conhecido por “ciclo de políticas públicas” procurou-se conhecer eventos, documentos e outros elementos que contribuíram para o seu surgimento e seu processo de institucionalização; dessa forma, pudemos também identificar alguns atores envolvidos nesse processo e acompanhar a evolução das práticas integrativas no âmbito das políticas públicas de saúde e aprofundar a análise a partir de alguns núcleos de sentido (utilizando a análise de conteúdo). Esta pesquisa partiu do pressuposto de que a área de formação de políticas públicas é um campo de disputas entre diversos saberes e interesses políticos e ideológicos. A pesquisa justificou sua relevância devido ao fato de práticas integrativas e complementares em saúde estarem atingindo uma visibilidade cada vez maior entre os usuários de cuidados e manutenção da saúde na sociedade atual; desta forma, acompanhar seus desdobramentos e institucionalização torna-se questão de diversidade e cidadania, uma vez que as práticas integrativas propõem integralidade no cuidado à saúde e, sendo a integralidade um dos princípios basilares do SUS, a Política vem para reforçar este princípio. A proposta se insere na Linha de Pesquisa Gênero, Corpo e Saúde, com a orientação da professora Doutora Zulmira Newlands Borges.

4

Palavras-chave: Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Práticas de Saúde, SUS, Integralidade.

ABSTRACT

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
Universidade Federal de Santa Maria

A STUDY ABOUT THE EMERGENCE OF NATIONAL POLICY ON COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE PRACTICES AT SUS

AUTHOR: MURIEL BULSING
ADVISOR: ZULMIRA NEWLANDS BORGES

Date and Place of Presentation: Santa Maria/RS, April 26, 2013.

This research presents a study about the emergence of the National Policy on Integrative and Complementary (PNPIC), approved by Order N° 971 of May 3, 2006. This Politics was created to be developed and carried out by the Brazilian Public Health System (SUS), in order to bring guidelines and actions to promote insertion of services and products related to Traditional Chinese Medicine / Acupuncture, Homeopathy, Herbal Medicine and Medicinal Plants in the service of health assistance, and creates health observatories for Social Thermalism and Anthroposophical Medicine. It still contemplates the responsibilities of federal entities, state and local, and seeks to expand the population's access in front of the complementary and integrative practices and to contribute to solvability of the SUS. Through the analysis of this Politics and based on the same, we tried to know events, documents, and other elements that contributed to its emergence and institutionalization process. Thus, we can also identify some actors involved in this process and follow the evolution of integrative practices within the scope of public health policies. The methodology is qualitative, especially based on content analysis of documents and other sources that refer to the emergence of politics. This research assumes that the area of formation of public policies is a field of disputes between different kinds of knowledge and political and ideological interests. The research justifies its relevance due to the fact that integrative and complementary practices in healthcare are reaching an increasing visibility among users of care and maintenance of health in society today; in this sense monitoring its unfolding and institutionalization becomes an issue of diversity and citizenship, since the integrative practices proposed a completeness in health care and, the completeness one of the basic principles of SUS, Politics comes to reinforce this principle. The proposal is part of the Research Line Gender, Body and Healthcare, with the guidance of Professor Dr. Borges Zulmira Newlands.

5

Keywords: Healthcare, Health Policies, Health Practices, SUS, Completeness.

LISTA DE GRÁFICOS/FIGURAS

- Gráfico/Figura 01 – Evolução das Consultas Médicas Aprovadas em Acupuntura no Brasil _____ 12.
- Gráfico/Figura 02 – Distribuição por Estado da Inserção de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, relativa aos questionários respondidos _____ 42.
- Gráfico/Figura 03 – Distribuição por Modalidade, em porcentagem, das Práticas Integrativas e Complementares nos Municípios e Estados brasileiros, de acordo com o questionário, 2006 _____ 43.
- Gráfico/Figura 04 – Distribuição Percentual de Fornecimento de Medicamentos Homeopáticos via Farmácia Pública de Manipulação _____ 51.
- Gráfico/Figura 05 – A Abordagem Integrativa da Medicina Antroposófica _____ 54.
- Gráfico/Figura 06 – Portarias e Decretos que Consolidam as Diretrizes Expostas na PNPIC de 2006 _____ 79.
- Gráfico/Figura 07 – O Ciclo da Política Pública: esquema de visualização e interpretação que organiza as fases sequenciais e interdependentes da PNPIC _____ 86.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01 – Principais Elementos Conceituais para Análise de Políticas Públicas ___ 32.**
- Quadro 02 – Cronologia das Ações de Formalização e Normatização da Homeopatia no Brasil _____ 49.**
- Quadro 03 – Terapêutica Antroposófica Transdisciplinar tríplice _____ 56.**
- Quadro 04 – Quadro Comparativo das Características das Práticas Alternativa, Complementar e Integrativa em Saúde _____ 63.**
- Quadro 05 – Itinerário de Formulação e Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde _____ 72.**
- Quadro 06 – As Fases do Processo Decisório em Diferentes Estudos sobre Análise de Política _____ 83.**

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	09.
1.1.	Trajetória Metodológica.....	17.
1.2.	O Modelo Biomédico, Medicalização Social e a Crise da Saúde.....	22.
1.3.	Políticas Públicas, Saúde e Sociedade.....	28.
2.	APRESENTANDO A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES no SUS.....	36.
2.1.	Escolha das PICs.....	39.
2.1.1.	Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura.....	45.
2.1.2.	Homeopatia.....	48.
2.1.3.	Plantas Medicinais e Fitoterapia.....	50.
2.1.4.	Termalismo Social/Crenoterapia.....	52.
2.1.5.	Medicina Antroposófica	53.
2.2.	Atores.....	57.
2.3.	As PICs – Contextos e Enunciações.....	60.
3.	CRONOLOGIA: RAÍZES FORMAIS DA PNPIC.....	66.
3.1.	Experiências Internacionais.....	80.
4.	APRESENTANDO A PNPIC.....	83.
5.	O CICLO DA PNPIC.....	93.
6.	REFERÊNCIAS.....	99.

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui exposta traz um estudo sob o viés das Ciências Sociais que aborda o surgimento de uma política pública de saúde: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde brasileiro – PNPIC no SUS – que foi aprovada pela portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Esta Política expõem as diretrizes para a implementação de práticas integrativas e complementares em saúde no sistema público de saúde do Brasil, entendendo as práticas integrativas e complementares como uma proposta que pretende ir ao encontro de um dos princípios basilares do SUS, ou seja, o de cuidar da saúde da população com a maior integralidade possível (BRASIL, 2006b, 04). Tais práticas visam estimular o uso de práticas naturais de prevenção e recuperação da saúde, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico, numa visão ampliada do processo de saúde-doença e na promoção do cuidado (ibidem, 10).

Trata-se, então, de uma política pública de saúde que pretende definir critérios, normas e prazos para que as práticas de saúde integrativas adentrem no âmbito das práticas de saúde oferecidas pelo sistema público de saúde brasileiro.

O objetivo deste estudo descritivo exploratório é sondar o itinerário de eventos, políticas e documentos que culminaram na PNPIC para, através da análise de conteúdo e utilizando-se do modelo chamado “ciclo de políticas públicas”, identificar o caminho de institucionalização da Política. Dessa forma, pudemos caracterizar as diferentes fases pelas quais a política tomou corpo, bem como identificamos atores envolvidos nesse processo e acompanhamos a evolução das práticas integrativas incluídas na PNPIC no âmbito das políticas públicas de saúde.

Operacionalmente procurou-se fazer uma cronologia dos documentos que precederam a Política para depois identificar e caracterizar as diferentes práticas de saúde citadas na PNPIC. Procuramos, com base nos documentos e na revisão bibliográfica sobre o tema, apontar as justificativas para a escolha destas práticas que integram a Política em detrimento de tantas outras possíveis, inclusive, mais populares.

De um modo geral, procurou-se, acompanhar a evolução de termos tais quais: Medicina Alternativa e Complementar, Medicina Popular ou Folk, Medicina Integrativa, dentre outros termos que se tornaram recorrentes tanto na leitura da PNPIC quanto de outros documentos correlatos. Segundo Madel Therezinha Luz (LUZ et al, 2006) em artigo

publicado conjuntamente com outros autores¹ no Jornal da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a própria nomenclatura da Política ao se definir por integrativa pretende corrigir as graves distorções induzidas, ainda que involuntariamente, pelos termos correntes até então, como “natural” e “alternativo”, termos estes que os remetem a uma posição marginal em relação ao sistema hegemônico de cuidados com a saúde.

Como afirmam Andrade e Costa (2010),

Práticas integrativas e complementares em saúde constituem denominação recente do Ministério da Saúde para a Medicina complementar/alternativa, em suas ricas aplicações no Brasil. Esse campo de saberes e cuidados desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. Esse amplo acervo de cuidados terapêuticos abriga ainda recursos como terapias nutricionais, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia. Em face da heterogeneidade de cosmologias, doutrinas médicas e princípios terapêuticos, a definição conceitual dessas práticas constitui desafio nada simples (ibidem, 499).

Os autores ainda chama atenção para a questão de que os termos nos remetem a outro ponto que é o de que, há algum tempo, no ocidente, o enquadramento de práticas de saúde chamadas tradicionais, alternativas, complementares e, mais recentemente, integrativas, vem sendo feito em termos de um profundo “contraste epistemológico com os parâmetros da medicina científica” (ANDRADRE & COSTA, loc. cit.), desvalorizando e, muitas vezes, até mesmo estigmatizando essas práticas.

Pareceu-nos relevante, também, salientar, ainda que superficialmente, o contexto de visibilidade das práticas integrativas e complementares no Brasil e no mundo através de alguns dados obtidos por revisão bibliográfica de estudos que contextualizam essas práticas no Ocidente e por dados disponibilizados através do Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC, realizado em Brasília, Brasil, de 13 a 15 de maio de 2008. Nesse Seminário, em relação ao contexto internacional, experiências significativas foram relatadas por Cuba e México, por exemplo².

Inicialmente, pretendia-se compreender o contexto de emersão dessas práticas alternativas e complementares à oficialidade através, apenas, da análise dos documentos e dizeres oficiais, no entanto esse contexto pode ser também observado através dos dizeres veiculados na mídia, nos dizeres de trabalhos acadêmicos e de profissionais de saúde e das

¹LUZ, Madel Therezinha et al. **Medicina Integrativa, política pública de saúde conveniente**. Jornal da UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas, 21-7 de ago. de 2006. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju334/pag02.pdf, acesso em 06/10/2012.

² O Relatório na íntegra encontra-se disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf, último acesso em 01/04/13.

organizações que representam práticas de saúde como o Termalismo, a Homeopatia, a Fitoterapia, etc. Procuramos, sem nos aprofundarmos muito, trazer um pouco deste panorama geral de visibilidade das práticas alternativas, complementares e integrativas no âmbito da saúde.

No artigo citado acima (LUZ et al, 2006), os autores falam sobre a relevância da criação da PNPIC e da valorização das práticas integrativas e complementares em saúde devido, sobretudo, a progressiva demanda na sociedade por estas práticas e o crescente grau de satisfação entre os usuários destas. Segundo os autores, a criação da PNPIC torna-se tão vital à saúde pública, pois

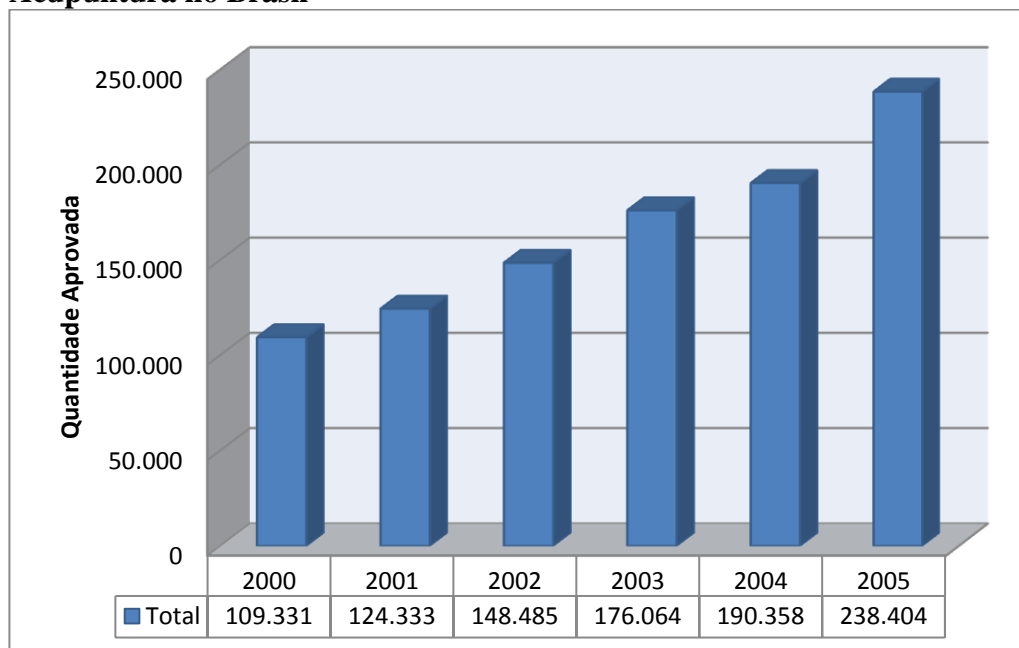
(...) a mentalidade integrativa está longe de ser uma prática que instigue sectarismo ou confronto com o que a medicina moderna representa. A medicina integrativa defende o resgate do sujeito independentemente da linha terapêutica que cada médico ou agente da saúde adota (ibidem, 02).

De fato, as práticas alternativas e complementares de saúde têm alçado cada vez mais espaço entre os nichos institucionais de saúde, onde um dos fatores dessa inserção é devido aos próprios usuários de cuidados com a saúde conclamarem o direito de serem atendidos de formas variadas e condizentes com suas percepções e sentidos de saúde e doença. Por sua vez, isso acarreta maior relevância e visibilidade das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como sistema de cura concomitante com as práticas da Medicina Ocidental Contemporânea (MOC).

Um exemplo disto encontra-se exposto no quadro abaixo que revela a evolução da quantidade de consultas médicas aprovadas em Acupuntura³, no Brasil, no âmbito da Saúde da Família entre os anos de 2000 e 2005:

³ A Acupuntura é uma das práticas integrativas contempladas pela PNPIC e está sendo usada aqui, neste momento, para exemplificar o crescimento da demanda dessas práticas na 1ª metade da última década.

Gráfico/Figura 01 – Evolução das consultas médicas aprovadas em Acupuntura no Brasil



Fonte – SIMONI, Carmen de. Tratamentos alternativos em Saúde – perspectivas. 6º Congresso Unidas de Gestão de Assistência à Saúde, São Paulo, p. 20, 2006. Disponível em: http://www.unidas.org.br/institucional/arq_inst/congresso2006/131106/02carmemsimoni.pdf, acesso em 14/03/13.

A própria PNPIC (BRASIL, 2006b, 04) cita a relevância social das práticas alternativas e complementares em saúde pública devido à demanda e legitimação destas práticas por parte da sociedade que almeja que as questões de saúde sejam tratadas para além da cura das doenças que se inscrevem num corpo tido como máquina, uma concepção de saúde que, de acordo com a Convenção de Alma⁴, enfatize que a saúde constitui um estado de completo bem-estar físico, mental e social⁵, não sendo simplesmente a ausência de doença ou enfermidade e sendo considerada como um direito humano fundamental, requerendo, para tanto, participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo uso de recursos disponíveis, a nível local, nacional e outros, apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados.

12

⁴ **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>, acesso em 10/06/2012.

⁵ No mesmo sentido está a definição de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1947. A definição consta no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York, nos dias 19 à 22 de junho de 1946, e assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados participantes. Mesmo essa definição alargada de saúde não é totalmente aceita para muitos estudiosos; Fritjof Capra (2006), por exemplo, grande crítico do pensamento cartesiano e sua tendência reducionista, considera essa definição ultrapassada, pois não leva em conta o caráter dinâmico do processo de saúde-doença.

Igualmente, os cuidados primários em saúde devem se basear, nos níveis locais e de encaminhamento, naqueles que trabalham no campo da saúde, incluindo-se aí médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Ainda, considerando o conceito de saúde em toda a sua complexidade, nota-se que o termo “qualidade de vida” presente na definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde – OMS (1946) e reiterado na Convenção de Alma é genérico o bastante para prescindir de especificações, tal qual a diferença entre qualidade de vida e padrão de vida. Nesse sentido, é pertinente esclarecer que

(...) primeiro [qualidade de vida] compreende indicadores globais das características relevantes do modo de viver das sociedades e indivíduos, em termos socioeconômicos, demográficos e de cuidados básicos de saúde disponíveis. O segundo [padrão de vida] baseia-se em parâmetros que se referem à percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, os quais podem ou não coincidir com indicadores de padrão de vida. O Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (Grupo WHOQOL) propôs que essas percepções se originam na cultura à qual a pessoa pertence. Por isso, a questão cultural é fundamental na QV [Qualidade de Vida], já que diferentes culturas tendem a priorizar diferentes aspectos. O Grupo WHOQOL pode ter sido o primeiro a incluir na definição de QV o componente cultural como parte integrante e fundamental, em vez de tratar sua influência como uma variável não relacionada (PANZINI et al, 2007, 107).

13

Sendo a qualidade de vida constituída por diversos fatores, um elemento que não pode passar despercebido para a consideração desta [saúde] é a questão da religiosidade. Na citação acima, Panzini et al (ibidem, 113) afirmam como a espiritualidade pode ser um fator importante para determinar a qualidade de vida e a saúde das pessoas, de modo que, essas determinações podem ser benéficas, por exemplo, quando auxiliam na luta contra uma doença, ou mesmo negativas, quando as crenças desta espiritualidade acabam interferindo nas decisões sobre saúde e doença, chegando mesmo a excluir terapêuticas que são essenciais para combater determinadas patologias (FLECK, 2003).

Nesse estudo foi importante recriar uma cronologia das políticas e eventos que abordam as PICs a fim de conhecer e explicitar o caminho pelo qual, ao longo do tempo (através de eventos nacionais e internacionais, promulgações, ações, políticas e documentos variados, dentre outros fatores), foi tomando corpo e se institucionalizando no Brasil a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

De acordo com o modelo que utilizamos para realizar a análise da PNPIC, o modelo conhecido por “Ciclo de Políticas Públicas”, questões fundamentais foram elencadas e dizem respeito aos seguintes aspectos:

- O que leva um tema a ser considerado importante para engendrar a formulação de uma política pública?
- Que atores participam da formulação dessa Política?
- Para quem foi criada a PNPIC?
- Porque foram escolhidas estas práticas integrativas e complementares (Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Plantas Medicinais, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica) para que se incluísse na PNPIC em detrimento de tantas outras que poderiam ser até mais populares entre os usuários do SUS?

Com estas questões em mente, tentou-se fomentar uma reflexão que abarcasse os diferentes aspectos sociais, simbólicos e culturais presentes na formulação da Política, enfocando no aspecto que esta formulação se dá em um campo extremamente estruturado por interesses e relações de poder.

A ideia de criação de uma política que se propõe, ainda que timidamente, a integrar “saberes oficiais” e “saberes tradicionais” que são localmente constituídos ou milenarmente passados de geração a geração, como é o caso da Medicina Tradicional Chinesa –MTC, por exemplo, nos pareceu, à primeira vista, um passo grande a caminho de uma efetiva valorização de tradições e diversidades locais. Entretanto, não podemos comprar essa noção ingenuamente, pois se por um lado o chamamento dessas práticas integrativas e complementares à égide das políticas públicas implica maior visibilidade e oficialidade destas práticas, por outro lado, essa oficialidade não significa legitimação no sentido estrito do termo, pois pode acarretar, também, um maior controle social por parte da medicina oficial sobre as práticas alternativas e complementares que se oficializam reiterando a hegemonia da Medicina Oficial (e do modelo Biomédico) em termos de conhecimentos e cuidados em saúde tomando para si o controle sobre as terapêuticas que estão incluídas nessas práticas que operam através de outros paradigmas e modelos de saúde e aqui, como exemplo, podemos citar o controle da produção e distribuição de chás e ervas medicinais através do especialista fitoterápico.

Um efeito deste controle pode ser enunciado através da perda gradativa dos domínios locais de conhecimentos e práticas de saúde que antes se encontravam disseminados entre a

população local e agora passam para o domínio da medicina oficial que além de superespecializada é, também, superqualificada, pois toma para si os recursos e treinamentos dessas práticas antes periféricas.

A superespecialização que caracteriza a medicina ocidental moderna diz respeito a muitos elementos: sociais, políticos, econômicos, epistemológicos, etc., e é um dos fatores ligados à crise geral da saúde e da medicina que vem se acentuando nos últimos tempos. Cada vez mais se glorifica a formação das especialidades que produzem conhecimentos sobre cada ínfima parte do corpo humano, corpo este que é então fragmentado, fracionado, partido e analisado por este ou aquele especialista, perdendo-se a noção de que o que adocece é o corpo por inteiro, mesmo que o sintoma seja localizado, assim o indivíduo doente enfrenta uma sensação de perda e alienação, ou seja, a perda do foco da saúde como estado de bem-estar completo do indivíduo, ignora o sentido da doença e a integralidade do sentir-se doente para o sujeito adoentado. Nesse sentido, podemos dizer que há consequências para o próprio profissional médico que se torando cada vez mais um técnico-especialista deixa a desejar no seu papel de cuidador da saúde e bem-estar de seus pacientes.

Após esta breve exposição do tema, nos subitens seguintes apresentam-se algumas ideias e conceitos, resultados da revisão bibliográfica sobre o tema e que foram pertinentes para o desenvolvimento posterior de análise.

Afigura-se especial atenção ao conceito de Modelo no campo da Saúde trazido por Nelson Filice de Barros (2002); ao conceito de campo científico de Pierre Bourdieu (1976) que nos auxiliou a pensar o “campo médico” como um espaço de confrontos estruturalmente determinados por embates políticos e de competência, onde é visível o fato de que os médicos buscam monopolizar a autoridade e competência científica (MAIO, 1995); à consideração sobre a medicalização social com base em artigos de Tesser (2006) e Tesser e Barros (2008) e a crise geral da saúde, considerações estas trabalhadas em escritos de Michel Foucault, Michel Jobert, dentre outros.

Na sequencia se faz algumas considerações acerca da relação entre políticas públicas e sociedade e se traz alguns elementos relevantes para o trabalho de análise de políticas públicas ; por exemplo, como reconhecer quem são os grupos, as instituições e os sujeitos que participam da formulação de políticas no Brasil e averiguar porque temas que são relevantes para toda a sociedade, muitas vezes, acabam se tornando assuntos que são tratados no interior dos governos e pelos grupos sociais organizados, ao invés de serem debatidos de forma clara e consciente no seio da sociedade para a qual esses temas irão se dirigir e regulamentar justamente por meio de tais políticas públicas. Este capítulo é fundamental por trazer a tona,

ainda sem grande aprofundamento, o modelo analítico do Ciclo de Políticas Públicas o qual se optou por embasar a análise da PNPIC.

No Capítulo 02, apresenta-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, suas diretrizes, objetivos e sua inserção no Sistema Único de Saúde, bem como se relembra os princípios que regem esta instituição. Atenta-se para os sujeitos formuladores da Política, para aqueles que irão aplicar as práticas por ela consideradas e àqueles usuários que se beneficiarão dela.

Procurou-se explorar, ainda que brevemente, o contexto de visibilidade de tais práticas na sociedade atual, as diferentes definições que se encontram referentes a tais práticas que são enunciadas ora como paralelas, ora como alternativas e complementares e, finalmente, mais recentemente, como integrativas, bem como as possíveis implicações dessas nuances de enunciação para as concepções de saúde pública.

O Capítulo 03 se articula em torno do quadro principal intitulado “Itinerário de formulação e implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde”. Através dos desenvolvimentos iniciais presentes neste quadro buscou-se acompanhar descritivamente e cronologicamente o itinerário formal de institucionalização e desenvolvimento das práticas alternativas e complementares. Esta forma de trabalhar a evolução das PICs através de diversos documentos oficiais e congressos, etc., nos permitiram algumas visualizações não apenas no âmago do desenvolvimento dessas práticas no caso brasileiro como também no mundo. Ao fim deste capítulo buscou-se citar brevemente algumas medidas de consolidação e avaliação decorrentes da implantação da PNPIC no SUS e apresentou-se novo quadro, bem mais breve que o anterior, trazendo algumas medidas e documentações significativas pós Portaria nº 971 de 2006 que aprova a PNPIC no SUS.

O Capítulo 04 focalizou busca um entendimento mais aprofundado do modelo do Ciclo de Políticas Públicas, identificando cada uma das fases ou estágios da Política, trazendo não apenas entendimentos teóricos sobre o modelo como a análise em si da PNPIC sob esta ótica. Vale introduzir que o modelo do Ciclo de Políticas Públicas desenvolveu-se num contexto onde o objetivo era conhecer as demandas da sociedade (como aqui podemos exemplificar com a necessidade de maior resolubilidade da saúde pública no Brasil, a possibilidade de diminuir custos com os tratamentos de saúde, a utilização de terapêuticas menos evasivas, etc.) e o processo político na formação e execução dessas políticas públicas, ou seja, conhecer com acuidade seu processo e diferentes fases para finalmente possibilitar decisões mais acertadas no âmago da saúde pública e suas demandas.

Por fim, procuramos trazer, mais do que avaliações absolutas, considerações finais, reflexões e questões para pensarmos o modo como essas práticas integrativas e complementares vêm ganhando espaço em nosso sistema público de saúde e como essas práticas podem, efetivamente, contribuir para mudanças e melhorias no cuidado integral à saúde e nas concepções de saúde e doença nas sociedades atuais.

1.1. Trajetória Metodológica

O método, segundo Garcia (1998, 44), representa um procedimento racional e ordenado (uma forma de pensar coerentemente), constituído por instrumentos básicos que implicam utilizar a reflexão e a experimentação para proceder da melhor forma possível, ao longo de todo o caminho da pesquisa a fim de alcançar os objetivos preestabelecidos no seu planejamento.

Ter por base uma metodologia, definir um método e uma técnica de pesquisa, não é mero trabalho instrumental, pois requer coerência, reflexividade, crítica e, principalmente, autocrítica para que possamos nos situar frente ao recorte do objeto da pesquisa e, assim, alcançar a proximidade necessária para desnudar o conhecimento sobre este ao mesmo tempo em que idealizamos um afastamento necessário de forma que não ocorra o que em antropologia chamamos por “beber da boca do informante”.

Em pesquisas com base documental, este “não beber da boca do informante” implica o reconhecimento tanto do que está escrito quanto o próprio desnude do escrito, ou seja, ler nas entrelinhas, procurar as bases que justificam o que está escrito e dar atenção também para aquilo que não está escrito, os silenciamentos, pois estes também estão carregados de significados.

Partindo do princípio de que as atuais formas de vida e de agir na vida social, as instituições e os costumes têm origem no passado, desde que a PNPIC entrou na minha trajetória acadêmica⁶ (e com a devida exceção, aqui me permito escrever na primeira pessoa do singular), entendi como relevante pesquisar as raízes da PNPIC para compreender sua natureza e função. Para tanto, após revisão bibliográfica sobre a temática e a recolha dos

⁶ Inicialmente meu Projeto de dissertação de mestrado versava sobre a chamada Medicina Integrativa e foi através dela que tomei conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, política esta que veio, efetivamente, a tornar-se objeto central desta dissertação.

documentos aos quais minhas leituras foram sendo guiadas para a análise da Política em questão, partiu-se do modelo de análise Ciclo de Políticas Públicas com base no modelo proposto por Laswell (1936; LASWELL apud TORGERSON, 1985) que define estágios de formulação de políticas públicas (definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação), com ênfase na identificação do problema que seria a questão propulsora da formulação da Política e anterior à definição da agenda, segundo Brewer (BREWER apud LINDBLOML, 1959). A partir daí aprofundou-se alguns aspectos da Política através da técnica de análise de conteúdo com base na clássica obra da autora Laurence Bardin (1977).

Nesse sentido, os materiais foram selecionados e preparados para análise, não com objetivos estatísticos, de quantificar ocorrências e determinar frequências (mesmo essas técnicas sendo de grande ajuda nas análises de políticas), mas com o objetivo de organizar os dados para análise a partir das questões principais dadas pelo modelo do Ciclo de Políticas Públicas mediante o procedimento de leitura flutuante (ibidem, 1977).

A análise de conteúdo consiste “antes, um conjunto de vias possíveis nem sempre claramente balizadas, para a revelação – alguns diriam reconstrução – do sentido de um conteúdo” (LAVILLE & DIONE, 1999, 216). Na prática, faz-se necessário que o pesquisador tome certa liberdade para fazer das palavras, interpretações; das nuances, mudanças de significado; da crítica, reconhecimento de valores implícitos.

Ademais, o que se pode salientar sobre a análise de conteúdo é que esta, atualmente, é uma das técnicas de análise e interpretação de dados mais comuns nas investigações realizadas por diferentes ciências sociais e humanas por possibilitar a busca de regularidades e privilegiar a análise qualitativa dos dados. Em pesquisas onde os referenciais históricos podem contribuir no alcance do objetivo geral da investigação (e aqui certamente contribuiu) a análise de conteúdo em base documental mostrou-se bastante adequada. Deste modo, confirma-se que

(...) o domínio de procedimentos que compõem a técnica de análise de conteúdo são elementos facilitadores ou até necessários para a efetivação de um processo mais adensado de análise documental, o que é corroborado por diversos autores que não separam os dois processos (análise documental e de conteúdo) mesmo porque as coletas do tipo qualitativo, que demandam análises dessa ordem, são sempre transformadas em documentos, sejam eles escritos ou visuais (PRATES & PRATES, 2009, 116).

O cunho documental desta pesquisa, pode se dizer, que se aproxima bastante da pesquisa bibliográfica, o diferencial está na natureza das fontes que em termos de documentos são considerados como dados primários. Segundo Laville e Dionne (1999, 166), estes

consideraram a existência de diferentes tipos de documentos, dentre eles as publicações de organismos (e aqui temos aqueles que definem orientações, enunciam políticas, expõem projetos, etc.) até aqueles documentos que se caracterizam por sua pessoalidade (como cartas, diários, etc.), perpassando também diferentes tipos de documentos como os dossiês e relatórios que trazem dados sobre a educação, a justiça, a saúde, as relações de trabalho, as condições econômicas ou de saúde pública, bem como artigos de jornais e periódicos, etc. Ainda, segundo os autores,

(...) os documentos aportam informações diretamente: os dados estão lá, resta fazer sua triagem, criticá-los, isto é, julgar sua qualidade em função das necessidades da pesquisa, codificá-los ou categorizá-los (...). Onde, nesse caso, traçar o limite entre a coleta e a análise? Pois atribuir um código, associar a uma categoria, já é analisar, ou até interpretar. Para simplificar, pode-se concluir que a coleta da informação resume-se em reunir os documentos, em descrever ou transcrever eventualmente seu conteúdo e talvez em efetuar uma primeira ordenação das informações para selecionar aquelas que parecem pertinentes (ibidem, 167-8).

Na análise da PNPIC procurou-se o sentido menos evidente de alguns termos, conceitos e categorias, buscou-se captar intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno das ideias principais (ibidem, 1999, 214). Isso sem esquecer que à medida que se foi colhendo e analisando os textos e outros documentos já aí se estava elaborando uma percepção do fenômeno guiado pelas especificidades do material selecionado.

Após a revisão bibliográfica da temática, fundamental a qualquer pesquisa, partiu-se para a coleta dos documentos que nos permitissem uma cronologia das práticas alternativas e complementares no âmbito das políticas de saúde. Esta fase requereu a coleta de uma grande quantidade de documentos como políticas, portarias, relatórios, atas de reuniões, enfim, uma série de documentos que em retrospectiva foram dando respaldo ao documento final da Política.

Assim, tendo em conta acompanhar a evolução das políticas públicas que culminaram na PNPIC, a pesquisa se pôs a procurar documentos que permitissem reconstruir o itinerário dos diferentes documentos, ações e eventos que foram efetivamente relevantes para o surgimento da PNPIC no SUS tal qual ela hoje nos é apresentada. O que resultou disso foi ter em mãos uma quantidade bastante significativa de documentos advindos de fontes diversas. Daí a necessidade de se incorrer a uma classificação e arquivamento inicial desses documentos cujo primeiro elemento classificatório deu-se em conta do ano de publicação de cada documento e de sua natureza, ou seja, se se tratava de Portaria, de Resolução, de Relatório de Conferência, Lei, Ata, artigos, etc.

Na fase exploratória da pesquisa, então, buscou-se delimitar o objeto, fazer um levantamento bibliográfico da temática que nos embasassem com conceitos teóricos-chave como o de Racionalidades Médicas de Luz (2004) e o Modelo de Saúde de Barros (2002), dentre outros já citados acima, e fazer a recolha e classificação dos documentos pertinentes para análise. Desse modo, outras categorias, ou termos, foram surgindo durante a leitura flutuante dos documentos e textos que nos levaram, finalmente, ao texto final da PNPIC. Procurou-se, assim, selecionar e definir uma lista de palavras e termos que orientassem a leitura e análise de modo mais aprofundado da Política. As palavras-chave selecionadas foram:

- ✓ Prática(s) Alternativa(s) em Saúde;
- ✓ Prática(s) Complementar(es) em Saúde;
- ✓ Prática(s) Integrativa(s);
- ✓ Medicina Tradicional;
- ✓ Medicina Oficial/Moderna Ocidental/Científica/ Biomedicina;
- ✓ Integralidade;
- ✓ Práticas oriundas das Medicinas acima mencionadas, como: (a) Medicina Tradicional Chinesa; (b) Acupuntura; (c) Homeopatia; (d) Fitoterapia; (e) Plantas Medicinais; (f) Medicina Antroposófica; (g) Termalismo Social/Crenoterapia.

20

De modo geral, os documentos selecionados proporcionaram, sobretudo, a visualização do itinerário oficial no qual culminou a PNPIC e, a partir desse itinerário, observou-se indícios referentes ao contexto geral no qual a PNPIC foi tomando corpo, ou seja, os indícios oficiais remetiam aos fatores políticos, sociais, culturais, midiáticos, acadêmicos, etc. É importante, no entanto, deixar claro que o movimento foi o de *olhar o contexto a partir da PNPIC* e não o contrário, pois de outra forma (indo do contexto à PNPIC) o “movimento” seria muito mais abrangente tornando-se impróprio aos modestos objetivos deste trabalho cujo foco é a PNPIC.

A sistematização inicial dos documentos nos forneceu algumas pistas para o processo investigativo. Os primeiros indícios encontrados nos mostram, por exemplo, que somente em junho de 2003 que o tema base da PNPIC entra nas pautas de discussões e estratégias de ação do Ministério da Saúde sob a denominação de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC ou apenas MNPC – no SUS (a atual PNPIC) e que no ano seguinte, 2004, o tema “Medicina Natural de Práticas Complementares” foi incluída

como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa. Antes disso as práticas alternativas e complementares eram tratadas de forma bastante isolada nos documentos concernentes às questões de saúde pública.

Na fase descritiva da pesquisa, apresentamos o quadro 05 (página 72), intitulado “Itinerário dos Eventos e Documentos que contribuíram para o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde”⁷, apresentam-se esses eventos e documentos principais, como sugere a legenda do quadro, em ordem cronológica e com breves anotações que apontam a natureza das fontes, bem como um sucinto resumo de seus conteúdos. Em seguida, os documentos e eventos mais significativos deste quadro são apresentados mais detalhadamente apontando os termos-chave relevantes aos objetivos da pesquisa ao mesmo tempo em que se procurou visualizar os agentes envolvidos nesse processo de institucionalização das práticas integrativas, as possíveis lutas de poder e interesses, etc.

Enfim, é importante citar uma crença arraigada às concepções de análise de conteúdo desde seus primeiros desdobramentos, esta seria a crença de que a ‘neutralidade’ do método seria a garantia de obtenção de resultados mais precisos (LAVILLE & DIONE, 1999, 309). Nessa afirmação visualizamos a própria crença da neutralidade do trabalho científico e, embora considera-se frágil e ultrapassada, acredita-se, segundo Bourdieu (1994), que seja possível chegar à “objetivação”, ao menos enquanto ideal de método e guia de trabalho, pois este ideal de objetividade deve ser sempre uma meta à ser perseguida.

Como muitos pesquisadores oriundos, sobretudo, das ciências sociais, neste trabalho partiu-se do pressuposto de que este ideal que pretende desvendar objetivamente uma realidade complexa e multifacetada deve ser sempre transubstanciado na prática de pesquisa através da explicitação metodológica, da descrição do objeto e da forma como o sujeito que interpreta olha este objeto, tendo como guia de consciência uma permanente autocrítica da prática de pesquisa. Ainda assim, não esquecemos de que subjetividades, crenças e valores permeiam nossas ações, mesmo àquelas que se referem ao fazer ciência e que se pretendem neutras e objetivas. Nenhuma investigação é imune à pré-noções, pré-conceitos, formações, histórias e contextos. Portanto, a escolha da análise de conteúdo como ferramenta de análise se deu devido, principalmente, às potencialidades idealizadoras que esta tem de extrair um

⁷ Esse quadro é o quadro base de desenvolvimento da pesquisa. Ele inicia-se com o Relatório Beveridge de 1942 e com a criação da PNPIC em 2006. Pensou-se inicialmente em trabalhar o quadro mais superficialmente, depois se concluiu pensar o quadro como central para a estruturação do trabalho.

sentido anterior ao próprio texto aliado ao rigor do método que almeja uma sistematização que garante (ou, ao menos, tenta garantir) cientificidade e legitimidade a esta análise.

Neste trabalho considerou-se que as interpretações aqui expostas são exatamente *interpretações* (onde outros pesquisadores poderiam ter outras interpretações) baseadas na análise de conteúdo de alguns documentos que tem sua historicidade e seu contexto de produção e isso sim deve ser considerado.

1.2. O Modelo Biomédico, Medicalização Social e a Crise da Saúde

Inquirir uma política sobre as concepções e práticas de saúde que ela autoriza ou tutela implica procurar acima das aparências as relações de poder que nela estão inseridas, entrever nas palavras escritas e não escritas as abrangência e as ausências e estar atento a qualquer sinal de emancipação ou apadrinhamento.

A reflexão aqui exposta sobre a PNPIC requer a capacidade de antever as situações paradoxais envolvidas, pois se por um lado visualizamos nela práticas em saúde que valorizam as tradições e diversidades locais adentrando na oficialidade, por outro lado estas práticas diferenciadas, através da política em questão, acabam sendo inseridas no contexto e sob a égide da Medicina Ocidental Contemporânea (MOC) ou, em outra denominação, Biomedicina⁸ que tem por base uma forma específica e hegemônica de cuidar da saúde: o modelo biomédico que, partindo da fragmentação e análise especializada do sujeito doente, considera a entidade “doença” (e não a saúde) o objeto primordial de produção e intervenção do conhecimento.

Utilizando-se do conceito Khuniano (2003) de paradigma (tal como um sinalizador epistemológico) Barros (2002, 37) identifica três paradigmas que ensejam modelos (dimensão explicativa) de saúde e doença, quais sejam: o paradigma hegemônico (recém-mencionado como modelo biomédico, também conhecido por alopático), o paradigma contra hegemônico que teria sua gênese no movimento de contracultura e ensinaria as práticas chamadas alternativas em saúde e, por fim, o paradigma complementar que se constrói a partir de uma perspectiva holística, interdisciplinar e complexa no campo da saúde. Este último paradigma

⁸ Biomedicina é um termo mais utilizado pelos antropólogos e outros estudiosos do campo da saúde, outros termos (que podem ser considerados, de forma bem geral, sinônimos) que também aparecem nesse estudo são: Medicina Oficial, Medicina Ocidental Moderna e Medicina Científica.

respalda a maioria das práticas integrativas e complementares em saúde dentre as quais as contempladas pela PNPIC.

Enquanto os modelos advindos das chamadas medicinas alternativa e complementar em saúde valorizam práticas locais de cura e possuem respaldo internacional no inciso IV da Declaração de Alma-Ata (1978, 01) quando esta declara ser “um direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”, o modelo biomédico parte de um paradigma epistemológico que se coloca como universal, tendo como parâmetro a visão do corpo humano como um “corpo máquina”, numa visão mecanicista do Homem e da Natureza. Para José Augusto C. Barros (2002), o sucesso desse modelo se deu a partir do desenvolvimento do espírito cartesiano que associava os organismos patogênicos específicos às suas respectivas doenças fomentando e dando base para intervenção e a necessidade de combater esses organismos para assim combater as doenças e as grandes epidemias.

O modelo biomédico se alastrou de tal modo nas sociedades ocidentais contemporâneas que é este o modelo que acaba por ditar tanto as regras (as normalidades) quanto os desvios de saúde, tomando para si o direito de enunciar o são e o doente. Aí se encontra uma hegemonia tanto política quanto epistemológica da Biomedicina que se enquadra também em um campo de disputas mercadológicas na área da saúde cuja inclinação vai no sentido de transformar os saberes e práticas do processo saúde-doença em um campo estruturado pelo empoderamento, pela legitimidade e pela transformação de serviços e cuidados de saúde em mercadoria.

Em artigo⁹ objetivando analisar as potencialidades e limites das práticas alternativas e complementares a partir de uma observação clínico-institucional e da literatura especializada, Tesser e Barros (2008) constatam que essa enunciação dos parâmetros de saúde e doença faz parte de um processo de medicalização social que, segundo os autores,

(...) está associada a amplas transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas de conduta de origem biomédica na cultura geral e à redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos (ibidem, 915).

Este processo transforma a cultura local a ponto de diminuir o manejo autônomo de grande parte dos problemas de saúde dos indivíduos “com desvalorização da abordagem do modo de vida, valores, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença” (ibidem, loc. cit.) e, ainda, gerando uma demanda excessiva do próprio sistema de

⁹ TESSER, C. D. & BARROS, N. F.. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.** Revista Saúde Pública; 42(5):914-20, 2008.

saúde público do Estado. Tesser (2006) reafirma que a medicalização da vida cotidiana transforma culturalmente as populações que ao focarem na supervalorização dos cuidados em saúde através do modelo biomédico contribuem com o declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e tensões cotidianas. Ainda segundo o autor, isso desembocaria num consumo abusivo e mesmo contra produtivo dos serviços de saúde biomédicos, gerando dependência e alienação.

Foucault (1986; 2010) trabalhou recorrentemente com o tema do nascimento da medicina social¹⁰ no contexto da medicalização da sociedade, o que, segundo ele, teve início no século XVIII, evidenciando o papel central desse tema na elaboração dos conceitos de biopoder e de biopolítica.

O desenvolvimento tecnológico do último século permitiu à medicina criar e manter um afinamento com o sistema produtivo na medida em que aumentou significativamente o seu poder de gerência e intervenção em diferentes e abrangentes dimensões da vida, o que nas palavras de Foucault (2010) constitui uma moral do corpo e um verdadeiro biopoder, ou seja, os discursos e práticas hegemônicos de saúde acabam inferindo de modo decisivo sobre a própria constituição e efetivação dos direitos humanos fundamentais no contexto social, político e jurídico moderno. Foucault reitera a importância das questões de saúde como objeto de luta política e afirma que no momento em que a medicina assumia suas funções modernas, mediante a estatização que a caracteriza, a tecnologia médica experimentava grandes avanços que significaram um progresso capital na luta contra as doenças, porém sem conduzir ao maior bem-estar sanitário que se poderia esperar (FOUCAULT, 2010, 170-2).

Em “Microfísica do Poder”, Michel Foucault (1986) revela o papel disciplinador e de verdadeiro controle que a medicina exerce sobre a sociedade, sobretudo sobre as classes mais baixas da população, para torná-la o mais apta possível para o trabalho e, ao mesmo tempo, mais dócil às classes dominantes. O autor explica o aparecimento da medicina social a partir de suas condições de possibilidades externas, situando-a, assim, como um dispositivo eminentemente político, um fator presente significativamente nas relações de poder.

Roberto Machado (1981) ao rever a obra de Foucault no que concerne à ciência e ao saber lembra que o poder do médico, desde suas origens, está ligado à sua função higienista que lhe assegura a autoridade de sugerir e tomar medidas que assegurem o bom funcionamento do corpo social a partir das considerações em torno da saúde pública e individual, tornando indissociável o aspecto social e político das questões de saúde. Costa

¹⁰ Para Foucault, a medicina é, desde o século XVIII, uma prática, ou atividade, social e o indivíduo doente nunca é um ser isolado, dessa forma, toda medicina é social (FOUCAULT, 2010, 172).

(1987), no mesmo sentido, afirma que a educação higiênica objetivou a construção de uma sociedade em que a ordem e a moral hegemônicas não fossem questionadas, validando a reprodução desse modelo e impossibilitando o desvio em relação ao mesmo.

Há tempo que a ciência vem se impondo como portadora exclusiva das formas de se produzir conhecimento que se pretenda exato e verdadeiro, justificando, assim, ações que se propõem pragmáticas. Esse conhecimento acaba por se tornar tanto dogmático quanto imperativo. Baptista e Mattos (2011) reconhecem o fato de que:

Em torno da ciência se delimitou um campo de saber e poder, de afirmação da verdade, como se esta fosse a forma de detenção do conhecimento puro da realidade. Com este movimento, a concepção moderna da ciência ignorou outras formas de conhecimento, como se só as posições cientificamente fundadas devessem ser levadas a sério, pois elas certamente nos conduziriam a um mundo melhor (ibidem, 10-1).

Esta afirmação é válida também para o conhecimento produzido no campo da saúde, onde a evolução desse conhecimento criou condições para um avanço, nunca antes visto na história humana, no tratamento de inúmeras doenças. Os benefícios oriundos desse avanço são notáveis e inegáveis. No entanto, ao mesmo tempo em que se festeja a vitória sobre doenças epidêmicas e diversos males que hoje são facilmente combatidos com medicamentos simples como a Aspirina® e a penicilina, começam a se tornar proeminente as limitações desse conhecimento e sua eficácia frente a outros males graves, como doenças crônicas que requerem cuidados permanentes e paliativos; novas formas de epidemias, como a Aids, ainda estão longe de terem uma cura definitiva; o câncer atinge milhões de pessoas todos os anos se impondo a todas as idades ou classes sociais.

Há autores, como Michel Joubert (1993), que chegam a reconhecer a existência de uma “pequena epidemiologia do mal-estar” cujo aspecto se evidencia numa crise geral da saúde que, por sua vez, está interligado com uma síndrome mais abrangente de base social coletiva. Joubert baseou-se em pesquisa socio-demográfica realizada na França no início da década de 90 onde é apontada a presença de um mal-estar difuso em grande parte da população urbana trabalhadora, desempregada ou aposentada. Essa síndrome, conforme denomina o autor, caracteriza-se por dores imprecisas, depressão, ansiedade, pânico, males de coluna vertebral etc. A interpretação de Joubert vai de encontro ao senso comum que *ainda* vê na medicina (e aqui se entende biomedicina) o oráculo para os males do corpo e da psique e põe em causa a eficácia limitada do progresso tecnológico da medicina enquanto ciência das doenças e a insuficiência de seu aporte ao quesito integralidade, qualidade de vida e bem-estar geral da população.

Visto as considerações acima, uma pergunta que se fez ao determinar o recorte deste estudo foi o quê poderia ter propiciado o arranque, por assim dizer, da institucionalização de práticas de saúde que não fazem parte das práticas do modelo hegemônico de saúde (biomedicina)? A hipótese inicial era a de que estas práticas diferenciadas tiveram maior destaque na sociedade atual devido ao que se denomina por “crise da saúde” que, por sua vez, está ligada a diversos fatores, desde a concepção do que vem a ser saúde até a verificação da qualidade e efetivação no fornecimento democrático dos cuidados em saúde, sejam eles de ordem pública ou privada.

Se considerarmos que um dos fatores para a maior visibilidade atual das práticas de saúde oriundas de diferentes sistemas médicos complexos¹¹ está interligada à crise do modelo biomédico em saúde e a uma crise geral da saúde, devemos identificar algumas características dessa crise. O primeiro aspecto¹² já foi evidenciado nos parágrafos acima e pode ser resumido pelo sentimento generalizado de incapacidade da medicina científica, apesar de todos os seus avanços, em dar respostas às expectativas das pessoas e as necessidades da sociedade. Podemos exemplificar citando a dificuldade que a medicina vem enfrentando ao lidar com as epidemias da atualidade, doenças como o câncer e a Aids e também com o surgimento de novos males contextualizados nas sociedades atuais, como a “pequena epidemiologia do mal-estar” denominada por Joubert (1993).

O aspecto acima também nos remete a própria discussão já lançada sobre a medicalização da vida cotidiana, pois se por um lado essa medicalização ampliou significativamente a abrangência da ingerência médica no cotidiano, por outro lado também elevou as expectativas em relação à contraprestação da medicina e, assim, contribuiu para o ceticismo em relação a mesma, dando espaço a crescente sensação de insegurança coletiva quanto a resolutividade das práticas médicas, a descrença na efetividade da atenção médica e a dúvida quanto à capacidade dos cuidados médicos melhorarem de modo significativo a qualidade de vida das populações, sobretudo de lugares mais carentes.

O segundo aspecto elencado é de natureza estrutural, se encontra mencionado em alguns trabalhos de Madel Theresinha Luz (2003; 2004) e é bem resumido por Denise Scofano Diniz (2006, 11) quando esta afirma que a crise atual na saúde pública pode ser entendida “como fruto do crescimento das desigualdades sociais no mundo, submetido às leis

¹¹ Toma-se aqui o conceito de Sistemas Médicos Complexos tal qual a PNPIC o considera (2006b, 10, nota), ou seja, de acordo com a teoria de Madel Theresinha Luz (2003), trata-se das diferentes abordagens no campo das práticas integrativas e complementares (PICs) que possuem teorias próprias sobre o processo de saúde-doença, diagnóstico e terapêutica.

¹² Os aspectos aqui enunciados não estão em ordem de relevância na determinação do fenômeno em questão, foram citados conforme o fluir do texto.

de uma economia capitalista”; o que tenderia à deterioração das condições de vida e de saúde da população em geral. Segundo Diniz, mesmo os países desenvolvidos,

(...) os quais investem de forma maciça na saúde, continuam com graves problemas neste setor ainda sem solução, onde batalhas são vencidas contra doenças antes incuráveis, pesquisas genéticas assinalam avanços no tratamento de enfermidades crônicas como a doença de Parkinson e o diabetes. Investe-se desde o período intra-útero até à ampliação da longevidade, porém, assiste-se à volta de doenças antes sob controle, como a tuberculose, hoje associada à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), e o aumento de doenças crônico-degenerativas, tais como as doenças cardiovasculares e as neoplasias (ibidem, 10).

Um terceiro aspecto talvez seja o mais discutido e refere-se às limitações financeiras que afetam de forma grave a saúde pública. Vemos isso, sobretudo, através da mídia que nos apresenta frequentemente o que acontece nos atendimentos prestados nos serviços públicos de saúde, ou seja, dramas individuais dos usuários do SUS e a vulnerabilidade da função social desses serviços, o que nos causa a impressão de que está em curso uma grave deterioração do modelo assistencialista de saúde. Mas, essa deterioração, ou melhor, essa saturação do modelo assistencialista é antes um efeito da crise geral da saúde do que sua causa. Por isso, enfatizamos a questão financeira da crise, pois esta questão vai submeter desde os orçamentos em relação a pesquisas na área da saúde, investimentos necessários para garantir a materialidade do atendimento público de saúde até a formação de seus profissionais e a prestação de serviços.

27

No tocante ao financeiro ainda citamos o fato de que uma crise econômica pode afetar a saúde física e mental das populações, através dos efeitos sociais e comportamentais que acaba induzindo (CATALANO, 2009; MARMOT, 2009; SESPAS, 2011), devido a maior exposição a fatores de risco e estresse, menor acesso a medicamentos e mesmo às necessidades básicas, diminuição da coesão social, etc.

Outra dimensão cuja crise engloba diz respeito às questões éticas envolvendo a produção do conhecimento médico e de suas práticas que vai desde a dissociação entre o discurso médico dominante e a experiência da vida cotidiana até a questão da (in)determinação do valor de uma vida humana. Durante um longo tempo os avanços médicos foram se realizando dissociados de considerações éticas, esse fato só impactou massivamente as pessoas de todo o mundo quando veio à tona os horrores perpetrados no período nazista contra os grupos étnicos de maior vulnerabilidade, horrores estes que aconteceram apesar de na época (1931) estar em vigor na Alemanha uma diretriz do Ministério do Interior intitulada “Novas Terapêuticas e Pesquisas em Seres Humanos” cujo objetivo era impedir abusos à dignidade humana durante a realização de ensaios clínicos na área biomédica (DINIZ;

GUILHEM; SCHÜKLENK, 2005, 12-3). Desde então muita coisa mudou e cresceu o número de documentos e tratados criados com o intuito de perpetrar a ética na pesquisa e nas práticas médicas, destacando-se a Declaração de Helsinque em 1964 que, apesar de muitas revisões¹³, “manteve a sua essência que registrava a importância de se respeitar os seres humanos em sua totalidade e defender as pessoas em situação de vulnerabilidade” (idem, 13-4).

Citadas as características da Crise, nota-se que a própria trajetória da ciência moderna e da ciência médica em especial, levou-nos à desconstrução da concepção de que a ciência moderna seria tanto unicamente positiva quanto imbatível. O avanço do conhecimento científico e do desenvolvimento tecnológico produziu benefícios extremos, mas, também, trouxe à tona novas mazelas e desconfianças. É nesse sentido que, podemos dizer, é no âmago do saber e das práticas de saúde da biomedicina que se tornam evidentes seus sucessos e suas limitações, dando respaldo para a ansia por opções diferenciadas, como as terapias alternativas e complementares, que propõem outro sentido e outro tipo de cuidado à dor e ao sofrimento, muitas vezes um cuidado menos evasivo para aquele que já tanto sofre.

É nesse sentido que Tesser e Barros (2008, 919) afirmam que uma alternativa viável a hegemonia do modelo biomédico seria apostar, com ênfase e legitimidade, numa valorização da pluralização terapêutica inserida dentro das próprias instituições de saúde e, assim, oferecer práticas alternativas e complementares através de uma política pública de saúde viria ao encontro dessa pluralização. Finalizando, os autores reconhecem que tal estratégia tem limitado potencial “desmedicalizante”, mas reconhecem que é uma estratégia fundamental, principalmente, para instigar maior autonomia e democratização no cuidado com a saúde à medida que estimula a inclusão e a participação dos indivíduos e grupos neste processo.

28

1.3. Políticas Públicas, Saúde e Sociedade

Muitos estudos, sobretudo das últimas décadas, contribuíram para promover o entendimento da medicina como um sistema de prevenção, diagnóstico e cuidado em saúde, entre tantos outros (ACKERKNECHT, 1971; YOUNG, 1982; AUGÉ, 1986; BUCHILLET, 1991; RABELO & ALVES, in: ALVES, 1998) que se encontram localizados em espaços

¹³ Tokyo, 1975; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, 1996; Edinburgh, 2000; Washington, 2002 (nota de esclarecimento do parágrafo 29); Helsinque, 2004 (nota de esclarecimento do parágrafo 30).

culturais diferenciados e normatizados politicamente. Os diversos saberes médicos situam-se em zonas de vizinhança num campo de disputas de saberes, ou seja, apesar desses conhecimentos tratarem do mesmo objeto (a saúde das pessoas), existem diversos regimes de verdades sobre este conhecimento que operam de formas diferenciadas sobre a saúde e a doença e que produzem, igualmente, diferentes formas de práticas médicas visando o cuidado do indivíduo.

Como qualquer outro campo do saber, o campo da saúde constitui-se de práticas aceitas através do dissenso e do consenso, do embate e da disputa de interesses e poderes. O campo da Saúde é, assim, lócus impregnado por monopólios e relações de força, estratégias e lutas que são, antes de tudo, sociais e políticas, ao modo do campo científico de Bourdieu (1976). Para o autor,

(...) o campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores) é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983, 122-3).

A autoridade científica que o autor se refere é a soma da capacidade técnica ao poder social, sendo que o poder social é sempre o resultado de uma luta política e uma disputa de interesses. Em outras palavras, Bourdieu chama de “monopólio da autoridade” ou “competência científica”, a capacidade que determinados atores (físicos, jurídicos ou institucionais) têm de falar sobre determinado assunto e de agir legitimamente em relação a este assunto, sendo que esta dupla capacidade, de falar e agir, lhe são outorgadas socialmente. A autoridade científica seria, pois, uma espécie muito específica de capital que pode ser tanto acumulado quanto transmitido e, em alguns casos, pode até ser convertido em outra espécie de capital. Para o autor, acumular capital é também fazer um “nome”, um nome que impõem um reconhecimento, uma distinção (BOURDIEU, 2007), é ascender a um *status* e incorporar um valor. Dessa forma, quando se observa o papel central da Medicina Científica sobre as populações nas sociedades modernas, se está reconhecendo o valor social da medicina que se dá em termos do seu controle sobre as populações, ou seja, o controle de verificar a aptidão para o trabalho, para o lazer, para o esporte, de atestar a capacidade mental que pressupõe a capacidade jurídica dos sujeitos, etc.

Assim, como o conhecimento científico foi o tipo de conhecimento que se constituiu, sobretudo ao longo do século XX, como o tipo de conhecimento de maior destaque no âmbito

das “verdades universais”, o conhecimento médico, diz-se o conhecimento gerado no âmbito da medicina científica, foi o tipo de conhecimento cujo estatuto de verdade adquiriu uma posição central na vida de milhões de pessoas como conhecimento privilegiado no âmbito do cuidado com a saúde e, como tal, o conhecimento produzido em seu interior dificilmente é contestado facilmente. Dito isso, não é de se espantar com o fato de que qualquer prática médica que se pretenda validar, nesse contexto, precise se legitimar antes frente à medicina científica dominante. Mas essa legitimação não ocorre de modo fácil e espontâneo e pode significar antes assimilação e tutela do que emancipação.

Isto se dá porque dentro de cada campo social existe um jogo de poder, um princípio de legitimidade legitimado, um modo específico de reprodução das forças de dominação, sendo que este jogo engloba tanto regras quanto estratégias que se concatenam de forma sobrepostas (BOURDIEUS, 1989; 1990). O ponto chave é reconhecer que essa legitimação não ocorre de forma linear e harmoniosa, como à primeira vista pode parecer quando visualizamos uma política pronta e acabada. O documento final que culmina na Política em questão (PNPIC) é resultado da atuação de diversos atores (sociais, institucionais, profissionais, enfim, em síntese todos operam como atores políticos) com interesses mais diversos ainda. Esses interesses são diferentes em termos de seus conteúdos, mas a forma como se manifestam e relacionam é muito particular e se dá mediada pelo e no campo político, sendo que é dessa forma que Bourdieu reconhece como inerente ao próprio funcionamento do campo científico o fato de que este produz e supõe uma forma específica de interesse.

30

Pensar, ainda que de forma incipiente, a produção de uma política (de saúde, de educação, etc.) implica, de alguma forma, pensar a relação existente entre sociedade, poder e Estado. Esta relação ajuda a expor o sentido que queremos dar ao estudo da política que aqui abordamos, a PNPIC. Os conceitos básicos aqui apresentados nos permitem um maior entendimento de como operam o Estado e o governo e de como individual e coletivamente podemos influir nas decisões públicas.

Seguindo a linha de diversos artigos que trabalham com análise de formulação, implementação, efetivação e resultados de programas e políticas públicas em diversas instâncias e instituições da vida cotidiana (ANDRADE & COSTA, 2010; BORGES & MEYER, 2008; JARDIM, 2010; LIMA, 2002) e recorrendo aos fundamentos teórico-metodológicos disponíveis para análise de políticas (MINAYO, 1997; RODRIGUES 2008), pretendeu-se ser possível entender, sobretudo, o caminho percorrido no âmbito da institucionalização das práticas integrativas e o contexto social e cultural no qual a política foi

concebida para dar respaldo à inclusão de outras práticas de prevenção e cuidado no sistema público de saúde que não somente as práticas da medicina científica hegemônica.

Não existe uma única ou uma melhor definição do que vem a ser “política pública”, é possível que a definição mais ampla e aceita seja a do cientista político e teórico da comunicação estadunidense Harold Dwight Laswell (1902-1978) que a define em relação às implicações de resposta de questões tais como: quem ganha o quê, porque e que diferença faz. No entanto, entender como se dá o processo de surgimento e consolidação de uma área do conhecimento como a área das políticas públicas de saúde é fundamental para que possamos também compreender seus desdobramentos, ou seja, conhecer seus objetivos e avaliar suas consequências.

Enquanto área de conhecimento a noção de “política pública” surge na Europa através dos estudos que procuravam entender o papel do Estado e do governo. Já nos Estados Unidos da América o panorama é um pouco diferente, pois neste país ela floresce diretamente ligada aos estudos sobre a ação dos governos.

Alguns dos principais conceitos e modelos de análise de políticas nos são apresentados por Celina Souza (2006, 22) através da exposição de três trajetórias básicas às quais a disciplina de Políticas Públicas teria seguido em seu desenvolvimento inicial, sendo a primeira marcada pela tradição Madisoniana que focava no estudo das instituições consideradas fundamentais para estipular limites à tirania e às paixões próprias da natureza humana; a segunda trajetória tinha como autores referenciais o inglês Thomas Paine e o francês Alexis de Tocqueville que viam nas organizações locais a virtude cívica necessária para estimular e manter o “bom governo” e, finalmente; a terceira trajetória baseava-se na noção de política pública como um ramo da própria ciência política que pretendia compreender como e porque os governos determinam suas ações.

A área das políticas públicas ainda contou com o trabalho inaugural de quatro homens considerados seus “pais fundadores”, os americanos Harold Dwight Lasswell, Herbert Alexander Simon, Charles Edward Lindblom e o canadense David Easton.

Enquanto Laswell introduziu na década de 30 a expressão “policy analysis” pretendendo conciliar o conhecimento produzido dentro das grandes academias com a produção empírica dos governos e como forma de estabelecer reciprocidade nas conversações entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo (LASWELL apud TORGERSON, 1985), Simon trouxe à tona o conceito, ou melhor, a ideia da racionalidade limitada dos decisores públicos. Já Lindblom (1959) questionou a ênfase dada por Laswell em torno da questão do racionalismo, enquanto Simon limitou-se a propor a incorporação de outras

variáveis ainda não integradas ou levadas em conta na formulação e na análise de políticas públicas (por exemplo, as relações de poder existentes na arena política, a composição e integração entre as diferentes fases do processo decisório, etc.).

Finalmente, Easton (1970) traz a contribuição para a área das políticas públicas ao defini-la como um sistema, reconhecendo seus múltiplos entraves, interesses, sua complexidade, ou seja, visualizando no campo das políticas públicas a relação existente entre formulação, resultados e o ambiente. De acordo com a definição de Easton apud Souza (2006) este define que,

(...) do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (ibidem, 25).

Tomando-se como referência as considerações teórico-metodológicas concernentes ao estudo das políticas públicas e levando-se em conta a variedade conceitual e analítica sobre a temática, abaixo se apresenta um quadro síntese dos principais elementos observados no âmbito dos estudos nessa área:

Quadro 01 – Principais elementos conceituais para análise de políticas públicas

<p>O estudo sistemático de Políticas Públicas possibilitam o conhecimento de que estas...</p>	<p>...permitem uma distinção entre o que o governo tem a intenção de fazer e o que, realmente, ele faz;</p>
	<p>...envolvem diversos atores e diferentes níveis de decisão, embora esteja centrada no papel do governo e não se restringe a participantes formais, pois também se verifica a influência de atores informais;</p>
	<p>...são abrangente, não se limitando a leis e regras exclusivas;</p>
	<p>...constituem ação de caráter intencional, com objetivos específicos a serem atingidos;</p>

	...geralmente apresentam impactos em curto prazo, mas em vias gerais suas consequências se estendem em longo prazo;
	...envolvem processos subsequentes após serem tomadas suas decisões e proposições, ou seja, implicam um <i>continuum</i> que envolve implementação, execução e avaliação.

Fonte: SOUZA, 2006, 36-7.

Em relação às tipologias de análise em políticas públicas, considera-se cinco tipos que parecem mais relevantes para o entendimento do quadro analítico disponível para o estudo e entendimento de tais políticas. Assim, tem-se a tipologia sobre política pública formulada por Theodor Lowi (possivelmente a mais conhecida) cuja máxima pode ser descrita pela expressão “a política pública faz a política” (LOWI apud SOUZA, 2006). Com isso Lowi quis dizer que, cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição na sociedade e que disputas em torno de suas decisões passam por arenas diferenciadas (ibidem, 28); outra tipologia é conhecida pelo termo “ciclo da política pública”, onde temos a visão de política pública como “um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado” (ibidem, 29), cujos ciclos são constituídos pelos estágios de definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

33

O terceiro modelo seria o da “coalizão de defesa” (advocacy coalition), de Sabatier e Jenkins-Smith baseado na consideração de a política pública deveria ser concebida como conjunto de subsistemas relativamente estáveis, articulando-se com acontecimentos externos, dos quais advém os parâmetros para os limites e recursos de cada política pública e considera que crenças, valores e ideias constituem dimensões relevantes no processo de formulação das políticas (SABATIER & JENKINS-SMITH, 1993).

O quarto modelo identifica as políticas públicas,

(...) como uma iniciativa dos chamados empreendedores políticos ou de políticas públicas. Isto porque, para que uma determinada circunstância ou evento se transforme em um problema, é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito (SOUZA, 2006, 32).

Finalmente, o quinto e último modelo a ser mencionado nesse estudo é referido pelo termo “equilíbrio interrompido”, este tipo foi formulado por Frank Baumgartner e Bryan Jones em 1993 e permite compreender a razão pela qual um sistema político pode agir de

formas distintas, ou seja, mantendo o *status quo* ou mesmo passar por fases de mudanças mais substanciais. Gomide (2008) explica que,

(...) grosso modo, o modelo parte da noção de que os processos de política pública se caracterizam por períodos de “equilíbrio” que são “pontuados” por períodos de mudança. Esta aconteceria quando um determinado tema vence o “monopólio da política” (policy monopoly), caracterizado pela situação na qual um problema é tratado somente dentro das comunidades técnicas, grupos de poder e subsistemas políticos, restringindo o surgimento de novas ideias, propostas e participantes, numa condição de “realimentação negativa” (ibidem, 09).

De acordo com os modelos sintetizados acima, dois destes sobressaíram-se durante o estudo aqui proposto; o modelo chamado “Ciclo de Políticas Públicas” que consiste num esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes e o modelo que identifica os empreendedores de políticas públicas, ou empreendedores políticos. Este último dá uma ênfase maior ao reconhecimento da existência de um problema social que se operacionaliza como problema sociológico e, assim, demanda uma ação a nível institucional para que as soluções para o problema se tornem viáveis. Este caso se aplica a PNPIC quando voltamos à hipótese inicial da pesquisa que frisa a existência de uma crise geral no âmbito da saúde, crise esta que se torna mais aguda no setor público.

Quanto ao “Ciclo de Políticas Públicas” voltaremos a ele no Capítulo 04, onde cada fase do ciclo será contextualizada a partir do estudo do surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, base analítica desse trabalho. 34

Finalizando, a formulação de políticas públicas, bem como as regras que gerenciam suas decisões, elaborações e implementações não se bastam como meras formalidades técnicas, pois também influenciam nas consequências e conflitos inerentes às próprias decisões em políticas públicas. Ainda, a fase da formulação dessas políticas pode ser considerada como o momento máximo em que os governos democráticos repassam à sociedade, de modo formal, seus programas de governo e na execução dessas políticas têm-se essa formalidade transformada em pragmatismo a fim de produzirem resultados ou mudanças no mundo real.

Além disso, é preciso considerar o papel social de toda política pública, pois é à sociedade que ela deve efetivamente atender e responder; dessa forma, evidencia-se seu caráter democrático e a constante necessidade (dever) de estar sempre trazendo as discussões em torno das políticas públicas (em geral) e de saúde (em específico) para o espaço (espaço) interno de debate social.

Fazer Política Pública longe do alcance e escopo de debate da sociedade gera um sentimento negativo em relação aos próprios fundamentos que deve ser uma política pública, pois acarreta a impressão de interferência na vida dos cidadãos sem a devida reciprocidade¹⁴. No âmbito das políticas públicas, a participação popular durante todo o processo de formulação, implantação e avaliação de tais políticas reitera e reforça o pressuposto democrático em que as próprias políticas se baseiam.

¹⁴ Marcel Mauss (2003) trabalhou com a origem antropológica da reciprocidade e sua tripla obrigação de “dar”, “receber” e “retribuir” em seu trabalho de campo junto aos habitantes da Polinésia, Melanésia e noroeste americano. O trabalho de Mauss limitou-se a demonstrar o caráter da reciprocidade das dádivas que, descrevendo a troca de presentes entre as tribos da região, enfatiza que o valor que dá significado a estas trocas é muito mais simbólico do que material, ou seja, o que tem valor é o mantimento do vínculo social e a demarcação da posição social que se espelham e reproduzem no ato de dar, receber e retribuir a dádiva.

2. APRESENTANDO A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES no SUS

"Aceitar que somos eternamente diferentes é o primeiro passo para construir a unidade. Harmonia entre iguais é tarefa fácil, entre opostos, um desafio. Opiniões diferentes podem criar discórdia ou enriquecer o produto final, depende da visão e do nível de altruísmo. Sustentar a unidade é apreciar o valor do conjunto e a singular contribuição de cada um, permanecendo leal, não apenas uns com os outros, mas também à meta estabelecida".

Brahma Kumaris

Em 1978 constata-se um fato relevante para a concepção de saúde no mundo: na Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) chamou atenção para que todos os países começassem a implantar “sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos” (ATA-VII-6-1978). Com isso determina-se que as práticas de saúde passem a englobar práticas locais de cuidados com a saúde e a doença como forma de respeito às características particulares com que diferentes culturas desenvolvem sistemas de cura identificados com crenças e tradições.

Em 2006 foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC – para ser desenvolvida e efetivada junto ao Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). A Política vem com o intuito de trazer diretrizes e fomentar ações para inserção de serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Plantas Medicinais e Fitoterapia no serviço de assistência à saúde, bem como cria os observatórios de saúde para o Termalismo Social e para a Medicina Antroposófica. Ainda, contemplando responsabilidades dos entes federais, estaduais e municipais além de objetivar, principalmente, a ampliação do acesso da população frente às práticas integrativas e complementares e contribuir com a resolubilidade do SUS.

Segundo Luz et al (2006, *on line*) a PNPIC é fruto “da persistência de muitas vozes e instituições preocupadas em estabelecer diretrizes claras, distintas e efetivas que legislassem sobre tema tão importante e controverso.” Conforme o próprio texto de apresentação da PNPIC (BRASIL, 2006b), esta foi criada com a finalidade de garantir a integralidade na atenção à saúde, “cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica,

econômica, social e cultural (ibidem, 05), ou, em outras palavras, para atender à necessidade de integração entre o que se denomina como medicina ocidental moderna, ou científica, às práticas de saúde não convencionais a fim de atender e garantir maior integralidade no cuidado com a saúde da população.

Para lembrar, as diretrizes que pairam sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil e condicionam a implementação de políticas vinculadas, são: (a) a saúde como direito de todos e dever do Estado; (b) a descentralização com comando único em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal); (c) a organização dos serviços pautada na universalização do atendimento, na equidade dos serviços e na integralidade da assistência; e, (d) a participação da população no controle social do sistema.

Dessa forma podemos dizer que, em síntese, como princípios, o SUS busca a Universalidade, a Integralidade, a Equidade, o Controle Social, a Descentralização e a Hierarquização. Já a “Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006d, 10) e pode-se dizer que é o primeiro ponto de contato do indivíduo necessitado de cuidados com a saúde com o sistema público que é fornecido.

Nesse sentido, a Atenção Básica considera, de forma ideal, o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e de acordo com a sua inserção sociocultural, o que condiz com a utilização de todos os recursos possíveis e disponíveis para a busca da promoção de sua saúde, da prevenção e tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (loc. cit.).

Desde 1988 a necessidade de integração entre medicina científica e práticas terapêuticas diversificadas estava sendo apontada nas Conferências Nacionais de Saúde ocorridas no Brasil. Nessas Conferências se enfatizava a relevância de promover o conhecimento, apoio e implementação de diferentes práticas terapêuticas cuja experiência já estava em andamento na rede pública de saúde nacional; no entanto, essa “oferta” estava se dando sem maiores acompanhamentos ou diretrizes. É nesse sentido que uma das justificativas da Política é a “necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados” (BRASIL, 2006b, 05). Também, é referindo-se a essas experiências que decorrem a escolha das práticas incluídas na política, dentre tantas outras possibilidades. A saber, destacadas na

PNPIC temos: (a) a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, (b) a Homeopatia, (c) a Fitoterapia, (d) a Medicina Antroposófica e (e) o Termalismo Social/Crenoterapia.

Essas experiências foram averiguadas através de levantamento de dados que possibilitasse um diagnóstico situacional das práticas terapêuticas no SUS. Em seguida, como estratégia de elaboração da Política o grupo responsável pela sua formulação indicou a formação de quatro subgrupos de trabalho em virtude das especificidades de cada prática terapêutica acima citada e indicou um plano de ação a ser adotado pelos subgrupos para, posteriormente, ser consolidado em documento técnico único relativo à Política Nacional.

A PNPIC traz em sua apresentação a justificativa de que é a crescente visibilidade e legitimação destas práticas integrativas e complementares por parte da sociedade que fundamentam a incorporação no SUS de tais práticas¹⁵.

A Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006, que aprova e institui a PNPIC, enumera os principais objetivos visados com a inclusão das PICs no SUS, onde temos o primeiro objetivo a própria incorporação e implementação da PNPIC no SUS, levando em conta a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, dando ênfase para a atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; o segundo ponto é o de contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema de assistência à saúde e para a ampliação do acesso às práticas integrativas e complementares com qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; o terceiro objetivo diz respeito à promoção da racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas que sejam inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável de comunidades; o quarto ponto refere-se ao estímulo das ações referentes ao controle e participação social, no que tange a promover o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores em diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006a, 06).

Além dos objetivos descritos acima, foram nomeadas diretrizes específicas com o intuito de orientar e definir as estratégias de inserção, de gestão e de avaliação das PICs no SUS. Resumidamente, essas diretrizes visam à estruturação e o fortalecimento das ações voltadas à atenção básica; o desenvolvimento de qualificação para os profissionais de saúde no âmbito das PICs; a divulgação e informação de evidências quanto à eficácia de tais práticas para profissionais, gestores e usuários de serviços de saúde; o estímulo às ações intersetoriais; o fortalecimento da participação social; o acesso a medicamentos e insumos diversificados; o

¹⁵ Conforme atestam as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003; e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, 2004.

incentivo à pesquisa sobre tais práticas com o intuito de aumentar o conhecimento e informação a respeito da eficiência, eficácia, efetividade e segurança das mesmas; o desenvolvimento, o acompanhamento e a avaliação do uso das PICs; a efetivação e a cooperação nacional e internacional que dizem respeito à inserção de tais práticas no sistema de saúde; e, por fim, realizar o monitoramento da qualidade de tais práticas no âmbito da PNPIC (BRASIL, 2006a, 07).

Com relação à inclusão da diversidade e pluralização do atendimento à saúde, a Política afirma que “o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS” (ibidem, 01). A Política busca, portanto, a concretização dessa prioridade, imprimindo-lhe a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde pública no Brasil.

2.1. Escolha das PICs

As práticas inclusas na PNPIC são cinco: Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Fitoterapia/Plantas Medicinais¹⁶, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica. Existem, no entanto, inúmeras outras práticas e sistemas de cura pertencentes ao vasto escopo cultural que constitui nosso país. Partimos, então, de considerarmos quais indícios encontramos na Política que possam justificar a escolha destas práticas.

Na Apresentação ao texto da Política encontramos uma justificação para tais escolhas que se referem à visibilidade dessas práticas e da sua crescente legitimidade por parte da sociedade que as demandam, no entanto essas justificativas são vagas e se referem principalmente aos eventos da área da saúde ocorridos na última década:

(...) conforme atestam as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, a qual enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004 (BRASIL, 2006b, 4).

¹⁶ Semelhantes a Fitoterapia, o conceito de Plantas Medicinais adotado pela PNPIC se refere especificamente à “espécie vegetal, cultivadas ou não, utilizadas com propósitos terapêuticos. Chama-se planta fresca aquela coletada no momento de uso e planta seca a que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina” (BRASIL, 2009, 21).

Algumas experiências atestam o sucesso das PICs, como é o caso de Brasília, aonde desde 1987¹⁷, práticas integrativas vêm sendo implantadas constituindo um processo contínuo de inserção e capacitação para se operar no âmbito dessas práticas, sendo que em 1989, a Secretaria de Saúde implantou o Programa de Desenvolvimento de Terapias Não Convencionais no Sistema de Saúde do Distrito Federal que acabou se transformando no Serviço de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração e no ano 2000 esse serviço deu origem ao Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (BRASIL, 2009, 117).

Visto que ações no âmbito das práticas integrativas já estavam em andamento no país, como parte do processo de elaboração da PNPIC, o Ministério da Saúde considerou fundamental a realização de um diagnóstico que fornecesse dados para que se conhecesse o estado das práticas integrativas, com destaque para a inserção dessas no SUS, o levantamento da capacidade instalada, o número e o perfil dos profissionais envolvidos, a capacitação de recursos humanos, a qualidade dos serviços, entre outros (BRASIL, 2006b, 07). Assim, em 2004, teve início uma espécie de diagnóstico nacional que abordasse as racionalidades médicas¹⁸ já contempladas no SUS, entre as quais se destacando a Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e a Medicina Antroposófica, além de outras práticas complementares de saúde (ibidem, 13).

A pesquisa foi realizada pelo departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no período de março a junho de 2004. Foram enviados 5.560 questionários a todos os secretários estaduais e municipais do país (via correio) com carta resposta e ofício de encaminhamento assinado pelo Secretário de Atenção à Saúde. Destes, retornaram 1.342 questionários,

(...) dos quais 232 apresentaram resultados positivos e demonstraram a estruturação de alguma prática integrativa e/ou complementar em 26 estados, num total de 19 capitais, sendo a amostra considerada satisfatória no cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional (ibidem, 76-7).

¹⁷ Este ano ocorreu a implantação do Instituto de Tecnologia Alternativa do Distrito Federal, hoje extinto.

¹⁸ Conceito desenvolvido inicialmente por Madel Therezinha Luz (2004). Barros e Luz (2012) apresentam a compreensão da categoria de racionalidade médica como um marcador sociológico afirmando sua utilização enquanto “tipo ideal” weberiano, pois foi deste que partiu a inspiração para a formulação nos termos de Luz. A categoria “Racionalidade Médica” refere-se a um “um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia” (LUZ, 2008, 196). O conceito se mostrou relevante no estudo aqui apresentado na medida em que auxiliou na compreensão (e para a aceitação) de que existem diversos sistemas de cura em diferentes tempos, espaços e culturas.

As perguntas dos questionários foram sintetizadas na lista abaixo¹⁹:

- ✓ Dados de Identificação;
- ✓ Existência de alguma ação na área da PNPC na secretaria;
- ✓ Existência de um responsável pela Coordenação deste trabalho;
- ✓ Existência de profissionais contratados por concurso público, especificamente para estas atividades;
- ✓ Existência de lei ou Ato Institucional Estadual ou Municipal criando algum serviço de MNPC;
- ✓ Assinalar as áreas em que existem atualmente ações em desenvolvimento²⁰;
- ✓ Na área assistencial, indicação do nº de serviços existentes, relacionando-os à complexidade²¹;
- ✓ Na área de capacitação de pessoal indicar se as atividades são desenvolvidas em serviços próprios, pela própria equipe ou em outros;
- ✓ Assinalar quais recursos materiais são disponibilizados pra a execução das ações referentes às áreas;
- ✓ Informar se o fornecimento dos insumos é garantido pelos serviços;
- ✓ Na existência de farmácia própria de manipulação, informar se há um farmacêutico habilitado em Homeopatia.

41

Alguns dos resultados obtidos nesta pesquisa foram selecionados para apresentação no documento oficial da PNPIC – Atitude de Ampliação de Acesso. Estes dados também serão aqui aproveitados para obtermos uma visão mais completa da PNPIC.

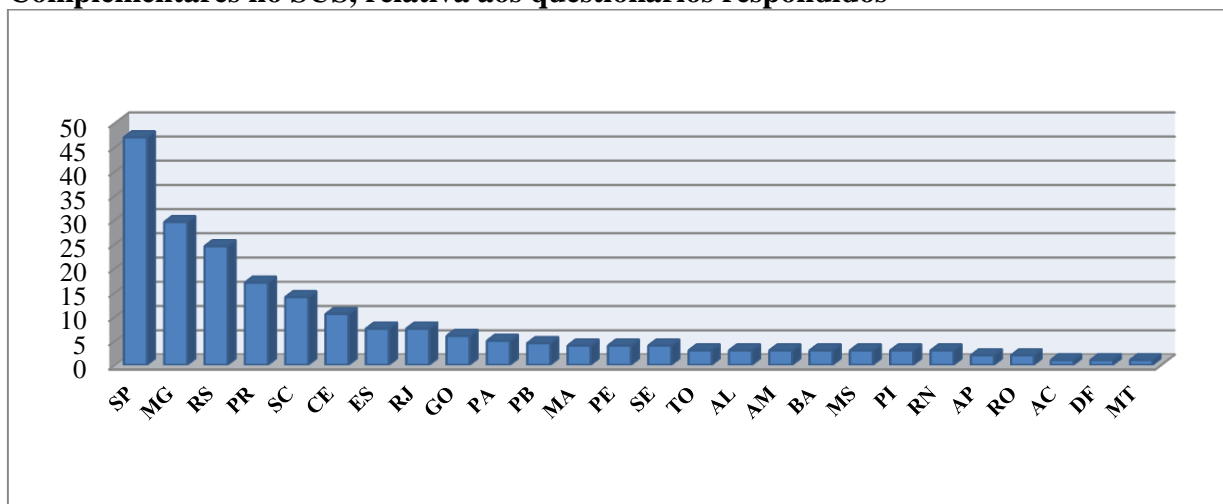
Assim, observou-se a existência de alguma ação no âmbito das práticas integrativas em 26 estados da Federação, com concentração nos estados da região sudeste, conforme o gráfico:

¹⁹ Para visualizar o questionário na íntegra, Cf. Anexo I da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – Atitude de Ampliação de Acesso (BRASIL, 2006b, 87-91). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>, acesso em 13/03/13.

²⁰ Entre as opções dadas pelo questionário constavam: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Práticas Complementares.

²¹ Constavam as mesmas práticas da questão anterior com referência cruzada às seguintes áreas de complexidade: Saúde da Família, Centros e Postos de Saúde, Policlínicas, Atenção Hospitalar/Rede Ambulatorial, Atenção Hospitalar/Enfermarias, Urgências/Emergências, UTI e Centros de Alta Complexidades.

Gráfico/Figura 02 – Distribuição por Estado da inserção de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, relativa aos questionários respondidos



Fonte: BRASIL, 2006b, 78.

Foi através desta região, conjuntamente com a região Sul, que a Medicina Antroposófica foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos (BRASIL, 2005, 08) e atualmente está localizado na cidade de São Paulo a o ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul que vem, há mais de 25 anos, oferecendo atendimentos baseados nesta abordagem, integrando informalmente a rede de referência da região como centro de práticas não alopáticas (BRASIL, 2005c, 24). Já em 2004, com dados do ano de 2003, a região Sudeste possuía a maior concentração de médicos acupunturistas cadastrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), especialidade que foi inserida no Sistema em 1999, contando com 213 profissionais cadastrados dos 376 totais. A Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo (SP) possui atualmente um dos maiores programas públicos de incorporação das Medicinas Tradicionais nos serviços de saúde do Ocidente, que vem servindo de modelo para incorporação de tais práticas em vários Municípios no Brasil. Através de iniciativas coordenadas pela SMS de SP, realizam-se diversas ações como encontros anuais junto com as Coordenadorias de Saúde com temas relacionados à Medicinal Tradicional e Práticas Integrativas, a confecção de folders informativos sobre a Homeopatia e Plantas Medicinais, cursos de capacitação em PICs, sobretudo Fitoterapia e Homeopatia, etc.²².

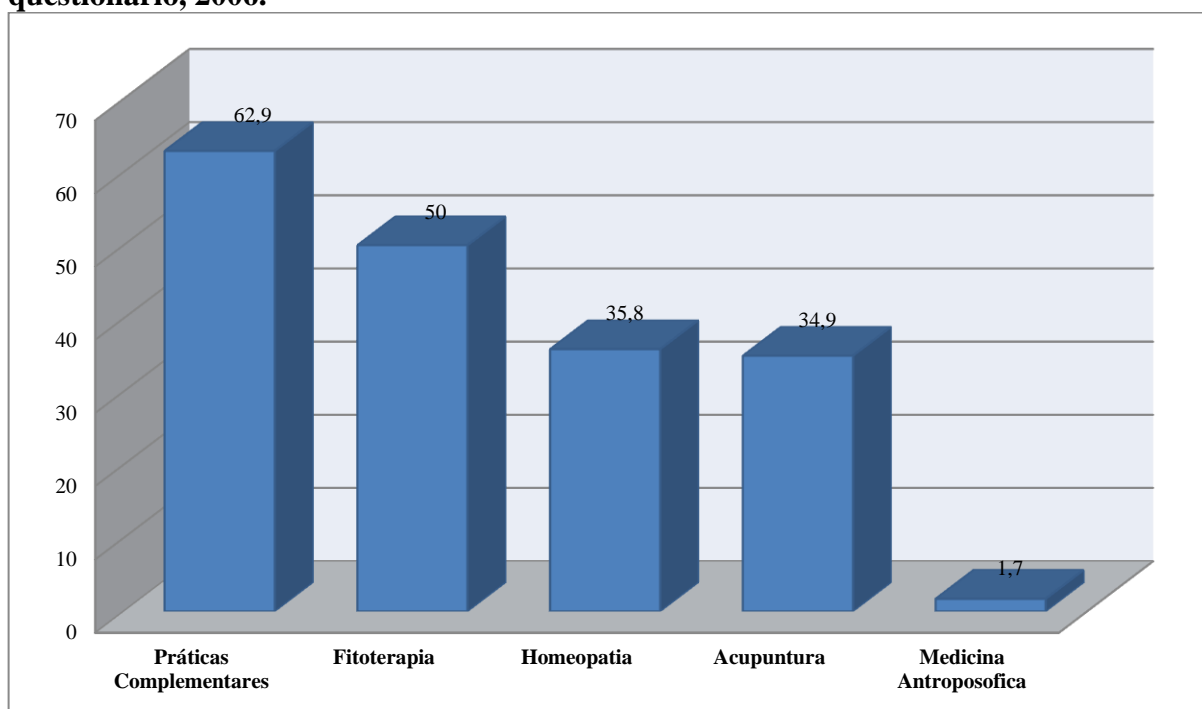
42

²² Mais dados e esclarecimentos sobre estas ações podem ser encontrados no site da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, no endereço eletrônico: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/medicinas_tradicionais/index.php?p=20377, acesso em 14/05/2013.

Estes são exemplos de ações no âmbito das práticas integrativas e complementares que predominam na região sudeste e que já contam há certo tempo com estrutura e referência, possivelmente pelo fato da região Sudeste abrigar uma parcela da população brasileira que pode contar com maior acesso a bens e serviços que auxiliam na manutenção de um padrão de vida comparável a países de primeiro mundo²³.

Voltando aos dados obtidos no levantamento para a inserção das PICs no SUS, estes demonstraram que a frequência das práticas complementares predominam em relação à Fitoterapia, a Homeopatia e a Acupuntura, nesta ordem:

Gráfico/Figura 03 – Distribuição por modalidade, em porcentagem, das Práticas Integrativas e Complementares nos municípios e Estados brasileiros, de acordo com o questionário, 2006.



Fonte: BRASIL, 2006b, 79.

O levantamento possibilitou visualizar um pouco das ações integrativas que vem ganhando espaço no panorama da assistência a saúde no Brasil. A participação (devolução dos questionários respondidos) foi baixa (24,14%, ou seja, 1.342 dos 5.560 questionários

²³ A região com maior pontuação no Índice de Desempenho na Saúde (IDSUS), em 2012, foi o Sul com 6,12. O Sudeste teve nota 5,56; o Nordeste, 5,28; e o Centro-Oeste, 5,26. Por último ficou a região Norte, com 4,67. Fonte: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/de-0-10-indice-do-governo-da-nota-54-saude-publica-no-brasil.html>, acesso em 03/06/2013.

enviados), mas não tão baixa quanto às respostas que indicam ações estruturadas no âmbito das PICs que indicam apenas 17, 29% das ações existentes.

Se ações estruturadas das PICs, com apoio institucional garantido, fazem parte da história recente da saúde pública no Brasil, o uso das mais variadas terapêuticas pertencentes a diferentes racionalidades médicas não é novidade para muitos brasileiros, mesmo de regiões mais isoladas dos grandes centros urbanos. O uso da Fitoterapia de das Plantas Medicinais é exemplo de terapêutica usada em nosso território antes mesmo deste vasto pedaço de terra “descoberto” pelos portugueses e ter passado a constituir-se uma nação independente em 1822. Apoiar estas práticas com o devido respaldo institucional é reconhecer que o país,

(...) com seu amplo patrimônio genético e sua diversidade cultural, tem em mãos a oportunidade para estabelecer um modelo de desenvolvimento próprio e soberano na área de saúde e uso de plantas medicinais e fitoterápicos, que prime pelo uso sustentável dos componentes da biodiversidade e respeite os princípios éticos e compromissos internacionais assumidos, notadamente a CDB [Convenção sobre Diversidade Biológica, da qual o Brasil é signatário], e assim, promover a geração de riquezas com inclusão social (BRASIL, 2006c, 14).

O uso da Homeopatia é outro exemplo de prática terapêutica que já vem ganhando espaço no cuidado com a saúde da população há bastante tempo e possui aceitação nos mais diversos grupos sociais do Brasil. Nesse sentido, o paradoxal é a abordagem diferenciada da Homeopatia (em comparação, por exemplo, com a medicina alopática) que,

44

(...) se propõe a entender e interpretar o fenômeno do adoecimento dentro da realidade específica de cada paciente, não se restringindo apenas à caracterização do evento patológico. Para tanto, busca individualizar o sofrimento da pessoa, conhecendo sua maneira particular de vivenciar a experiência da doença (ARAÚJO, in: BRASIL, 2008, 67).

Essa abordagem da Homeopatia foca o indivíduo ao invés da doença, o que representa uma valorização de histórias individuais e contextos sociais e torna visível o reconhecimento de diferentes racionalidades em termos de cuidados com a saúde destacando o caráter plural desse campo que tende a ser tão naturalizado e normatizado como campo de dominação de saberes e práticas biomédicas. Neste sentido, práticas como a Homeopatia evocam a questão da necessidade de desnaturalizarmos a premência de práticas hegemônicas de saúde, considerando a pluralidade de saberes e práticas;

(...) pluralidade que remete à complexidade do universo simbólico presente na cultura e pede outro tipo de hipóteses, ancoradas na sociologia da cultura e na antropologia cultural, que sejam capazes de interpretar a diversidade de atribuições de sentidos e significados, de representações, de adoção de identidades individuais e coletivas geradas pelo que denomino monolito simbólico da saúde (LUZ in: BRASIL, 2008, 13).

O que se espera é que as ações decorrentes da PNPIC que se propõe a englobar efetivamente essas práticas na Atenção Primária sejam voltadas à efetivação da integralidade

dos cuidados que daí decorram. As práticas de saúde conhecidas como complementares e integrativas perpassam o entendimento e a valorização da multiculturalidade e interculturalidade; esta entendida como modo de coexistência e relações pelo qual os indivíduos, os grupos e as instituições, com características culturais e posições diferenciadas, permitem-se conviver e interagirem de forma aberta, inclusiva, horizontal, respeitosa e recíproca em contextos compartilhados. Na relação intercultural, busca-se favorecer o entendimento de pessoas com culturas diferentes, promovendo por um lado o encontro e por outro o fortalecimento da própria identidade própria, do autocuidado, da valoração da diversidade e das diferenças, além de proporcionar o desenvolvimento da consciência de interdependência da comunidade.

2.1.1. Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura

A incorporação da Medicina Tradicional Chinesa no campo do cuidado com a saúde no Ocidente tem incentivado estudos que, de um modo geral, objetivam explorar a natureza de suas práticas e as populações que mais fazem uso delas, focando nos resultados clínicos de sua aplicação, bem como nos possíveis efeitos adversos. Sobre a perspectiva dos estudos especializados no tema, a ênfase têm se dado no intuito de verificar a confiabilidade e validade de seus diagnósticos e tratamentos, desenvolvendo ferramentas que possibilitem avaliar esses resultados (BIRCH, 2003).

O que se tem visto na incorporação das práticas integrativas oriundas de outros sistemas médicos complexos, como é o caso da Medicina Tradicional Chinesa, é a reiteração do discurso sobre a sua validade e eficácia na medida em que os seus fundamentos e efeitos se aproximam do modelo hegemônico do ocidente, o biomédico. Fruehauf (1999) coloca que desde os anos 90, os professores de Medicina Clássica Chinesa tem presenciado a erosão dos valores fundamentais desta Medicina que implantada sob a orientação do mercado ocidental, tem seus fundamentos filosóficos subestimados. O que vale para este estudo é pontuar que, a inserção de práticas terapêuticas oriundas de culturas muito diferentes dos sistemas aos quais elas irão se acomodar, nem sempre inclui o contexto original destas práticas, mas consiste antes numa assimilação pragmática ou até numa espécie de neocolonialismo. Nesse sentido invocamos a noção de que uma “política pública pode se transformar em uma política do ressentimento”, expressão essa apropriada de Silveira Lobão (2006), que nos lembra do olhar distanciando, da perspectiva ampliada que devemos ter ao considerar esse deslocamento das

práticas integrativas ao contexto da biomedicina, pois haverá subalternidade sempre que houver “uma negação da temporalidade do outro e das suas relações espaciais particulares” (ibidem, 265).

O modelo médico que ampara a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é muito diferente do biomédico, pois onde este considera a entidade “doença” em lugar do sujeito doente e a fragmentação desse sujeito com a consecutiva análise e tratamento autônomo da doença, aquela considera a existência de dois polos extremos, *Yin* e *Yang*, que constituem a base de todo o processo saúde-doença, sempre relacionados, sempre complementares, sendo que, por processo, entenda-se contínuo fluxo de movimento e transformação, processo cósmico, intrinsecamente dinâmico (CAPRA, 2006).

Segundo a PNPIC, a Medicina Tradicional Chinesa,

(...) caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (BRASIL, 2006b, 13-4).

46

As modalidades referidas acima fazem referência à Acupuntura, Plantas Medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa), Dietoterapia, Práticas Corporais e Práticas Mentais. As duas primeiras estão inseridas na PNPIC, enquanto a dietoterapia já vem fazendo parte de campanhas do Ministério da Saúde que incentivam a população a adotar uma alimentação saudável e balanceada²⁴. As práticas corporais referem-se ao *lian gong*, *chi gong*, *tui-na* e o *tai-chi-chuan* e a prática mental mais conhecida e utilizada é a meditação (BRASIL, 2006b, 03).

²⁴ Campanha “Inclua peixe na sua alimentação. É gostoso e faz bem para a saúde”, lema da 8ª Semana do Peixe, lançada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Pesca e Aquicultura, veiculada entre 11/09/2011 e 24/09/2011, fonte http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=4464, acesso em 16/09/12; “Comemoração do Dia Mundial da Atividade Física” campanha veiculada entre 11/04/2010 e 11/04/2010, fonte http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=3765, acesso em 16/09/12; Campanha de “Prevenção e Controle da Hipertensão” que apresenta duas linhas, sendo uma relacionada à prevenção e outra com foco no controle e tratamento da doença, entre 26/04/2010 e 30/04/2010, fonte http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=3824, acesso em 16/09/12, entre outras.

A prática terapêutica da Acupuntura, ou tecnologia como a Política a específica (ibidem, 14), está presente em seu país de origem, China, há mais de 3.000 anos, sendo introduzida no Ocidente no século XVII e no Brasil há pouco mais de 40 anos²⁵. Sua abordagem considera o indivíduo em sua integralidade e pode ser utilizada isoladamente ou de forma integrada a outros recursos terapêuticos. Na Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC (BRASIL, 2005), a Acupuntura foi descrita como

(...) um conjunto de procedimentos geralmente invasivos, aplicados com base nos conceitos da MTC, que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas metálicas filiformes para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de doenças (ibidem, 05).

A institucionalização da Acupuntura não é fenômeno novo, já em 1988, através da Resolução Nº 5/88, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) fixou as normas para o atendimento da Acupuntura nos serviços públicos de saúde e em 1995 a prática foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina e, posteriormente, pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica (ibidem, 5-6).

Atualmente a Acupuntura é ensinada em escolas médicas e aplicada no SUS em seus diversos níveis de atenção. Desde 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela que informa sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em Acupuntura através de código²⁶, o que facilita o acompanhamento da evolução de consultas na saúde pública referentes a esta prática. Dados afirmam que apenas dois anos depois da implementação da PNPIC já existiam mais de 800 municípios brasileiros que ofereciam alguns dos tratamentos por ela ofertados no SUS, “realizando anualmente cerca de 380 mil procedimentos de acupuntura e mais de 300 mil em homeopatia” (BRASIL, 2009, 24), por exemplo, sendo que a maior parte destas consultas se dá na Atenção Básica (BRASIL, 2006b, 81).

Desde que a Acupuntura foi “descoberta” pela Medicina Ocidental Moderna seus efeitos terapêuticos tem sido sistematicamente reconhecidos e divulgados através de trabalhos científicos expostos em Congressos e demais eventos ao redor do mundo.

Muitos desses estudos buscam dados que confirmem os fundamentos científicos de eficácia desta prática, o que resultou no aumento do número de usuários e profissionais ocidentais que atestam sua eficácia, admitindo que:

²⁵ Fonte: <http://www.cadastronacionalmedico.org/especialidade/1-Acupuntura.htm>, acesso em 27/11/2012.

²⁶ O terapêutica da Acupuntura é referida através do código numeral 0701234.

(...) a estimulação de pontos de Acupuntura provoque a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária (BRASIL, 2006b, 14).

A OMS considera que a Acupuntura pode ser praticada por diferentes profissionais, desde que habilitados, formando assim uma equipe multidisciplinar, sendo a regulamentação e fiscalização do exercício dessa atividade de âmbito e competência do respectivo Conselho Regional de Acupuntura.

Outras questões relevantes quanto a sua eficácia é que a acupuntura é uma das técnicas consideradas modelo pela OMS, não apenas por ter se mostrado eficiente, mas por utilizar instrumentos de baixo custo operacional, reduzindo, assim, os custos com medicamentos e exames ou mesmo os dispensando.

Tanto no texto da Portaria nº 971/06, quanto no texto de “Ampliação de Acesso”, termina-se a apresentação da Acupuntura indicando a necessidade de repensar a inserção da mesma sob “à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério”, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade (BRASIL, 2006a, 2006b). Essa proposição é muito indicativa do que se expôs acima sobre a incorporação pragmática das práticas integrativas, principalmente as oriundas de culturas tão diferentes da sociedade ocidental moderna, como é o caso da MTC marcada por toda uma simbologia milenar, base da filosofia, da história e da vivência de muitas populações do Oriente. Nesse sentido, é importante pensar e fomentar estudos que averiguem o quanto que essa inserção pragmática não acaba alterando, se não os fundamentos dessas práticas terapêuticas, a eficácia que visa à abordagem integral que é, justamente, uma das justificativas de sua inserção.

48

2.1.2. Homeopatia

Tal como a Acupuntura, a Homeopatia é um “sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C” (BRASIL, 2006b, 16). Desde o século XVIII essa racionalidade médica tem sido usada por pessoas de todas as culturas no mundo todo. O quadro abaixo acompanha as ações de formalização da Homeopatia no Brasil:

Quadro 02 – Cronologia das ações de formalização e normatização da Homeopatia no Brasil

ANO	ACONTECIMENTO
1840	A Homeopatia chega ao Brasil através de Benoit Jules Mure, discípulo de Samuel Hahnemann (pai da Homeopatia);
1979	Fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB);
1980	A Homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução nº 1000;
1988	A Resolução CIPLAN nº 4 fixa normas para o atendimento em Homeopatia nos serviços públicos de saúde;
1990	É criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH);
1992	É reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia através da Resolução nº 232;
1993	É criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB);
1999	O Ministério da Saúde insere na tabela SIA/SUS a consulta médica em Homeopatia;
2000	É reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária via Resolução nº 622.

Fonte: BRASIL, 2006b, 16.

Observando o quadro nota-se que a Homeopatia já era oferecida no serviço público de saúde desde a década de 80, mas tratava-se, geralmente, de iniciativas isoladas, sem acompanhamento ou qualquer normativa (ibidem, 17); a PNPIC formaliza essas ações e representa uma estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na integralidade da saúde uma vez que a Homeopatia recoloca o sujeito no centro do cuidado, resgatando a dimensão física, psicológica, social e cultural.

Como na Acupuntura, é também na Atenção Básica que a Homeopatia apresenta maior vulto em suas ações na assistência à saúde pública (BRASIL, 2006b, 80); essa

constatação também pode ser estratégica para auxiliar em algumas melhorias desse setor, sendo uma delas o fortalecimento do vínculo terapêutico, uma vez que a Homeopatia pode favorecer a relação médico-paciente promovendo a humanização desse setor e estimulando a confiança no atendimento e também estimulando o autocuidado com as questões de saúde.

2.1.3. Plantas Medicinais e Fitoterapia

As Plantas Medicinais e a Fitoterapia vêm, já há muito tempo, sendo largamente utilizadas pela sociedade nos seus cuidados com a saúde e as doenças, principalmente como recurso terapêutico oriundo da Medicina Tradicional Indígena, Quilombola e por demais povos e comunidades tradicionais de nosso extenso e multicultural país. Na prática popular (Medicina Folk), os ensinamentos sobre as propriedades curativas das plantas e ervas são passadas, geralmente, de geração a geração, via transmissão oral ou mesmo são indicadas (informalmente) nos serviços públicos de saúde, como prática complementar de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (ISCHKANIAC, 2011, 41).

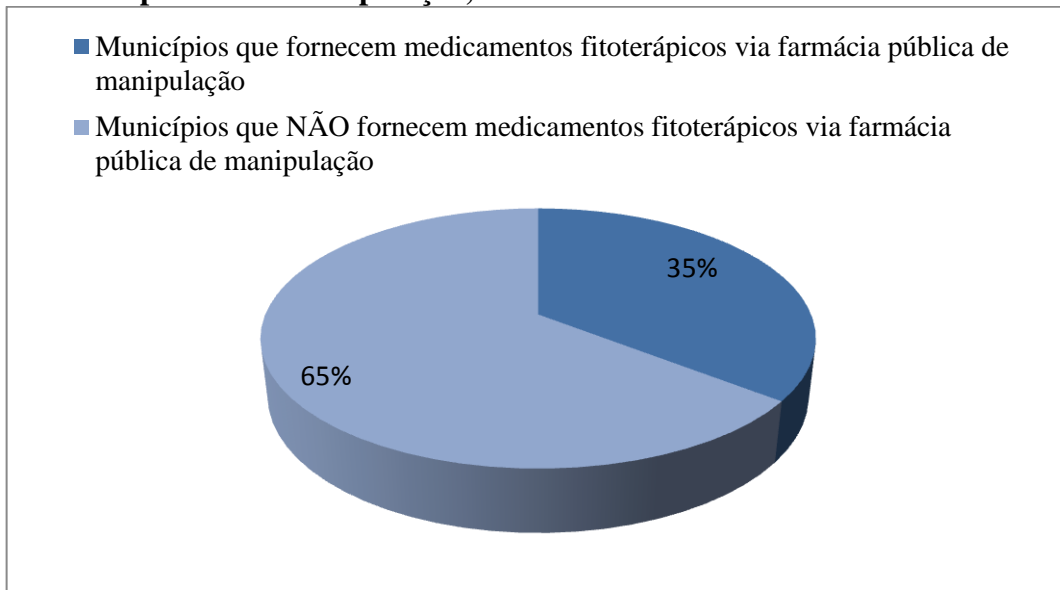
Segundo a PNPIC, a Fitoterapia é uma terapêutica que se caracteriza pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas,

(...) sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças (BRASIL, 2006b, 18-9).

Alguns fatores que incentivam o investimento em terapêuticas baseadas em plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil são a rica biodiversidade; a diversidade cultural (sociodiversidade); a valorização do conhecimento tradicional em relação às propriedades curativas da flora brasileira; as novas tecnologias para validação desses conhecimentos tradicionais; o interesse institucional em desenvolver produtos e programas no âmbito da saúde pública; o crescimento da demanda no mercado de fitoterápicos; o fato das plantas medicinais serem fonte significativa de inovação em saúde; a grande disponibilidade de terra e de trabalho para o cultivo dessas plantas; e, o próprio interesse do Ministério da Saúde para a construção de Políticas que fomentem o uso (BRASIL, 2006c).

Abaixo segue gráfico que expressa a distribuição percentual de fornecimento de fitoterápicos através de farmácias públicas de manipulação, no âmbito nacional:

Gráfico/Figura 04 - Distribuição percentual de fornecimento de fitoterápicos via farmácia pública de manipulação, 2004



Fonte – BRASIL, 2006b, 85

O que podemos inferir deste gráfico é que apesar dos vários incentivos e benefícios para investimentos na área, na prática ainda é necessário maior organização e investimento direcionado a esta terapêutica (e não apenas a esta prática integrativa) para que exista maior informação e acessibilidade às plantas medicinais e fitoterápicos. O gráfico também expressa que, mesmo os fitoterápicos podendo ser receitados através do SUS, a maioria dos municípios brasileiros (65%) não contam com farmácias públicas de manipulação para fornecerem os medicamentos receitados à população de baixa renda. Esse dado, apoiado com os dados já citados nas práticas acima mencionadas, levanta a suspeita de que apesar da Política mencionar que vem para regulamentar e apoiar experiências em práticas integrativas na rede pública de saúde, essas experiências são mais precárias do que a PNPIC deixa transparecer e parece-nos que tais práticas não tem recebido apoio efetivo do governo federal *fora* do papel, pois a PNPIC não constitui a primeira estratégia que tenta amparar institucionalmente o uso dos recursos plantas medicinais e fitoterápicos na saúde pública. Desde a década de 80, diversos documentos foram elaborados enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destaca a Resolução CIPLAN Nº 8 de 1988, que regulamenta a implantação da Fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas à sua prática nas unidades assistenciais médicas o que daria, de 1988 para 2006, 18 anos de investimento para este fim, o que resultou, segundo o

gráfico, em apenas 35% dos municípios brasileiros com fornecimento de medicamentos fitoterápicos via farmácia pública de manipulação.

Ainda, outras ações fazem-se necessárias para o acesso às plantas medicinais e fitoterápicas, como aperfeiçoar o monitoramento da qualidade da qualidade dos fitoterápicos disponibilizados aos usuários do SUS, pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; a promoção de informações seguras e fidedignas sobre tais medicamentos com bulas acessíveis à compreensão acompanhado de material informativo de plantas medicinais e fitoterápicos com ampla distribuição; o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação sobre como vem se dando esse uso de plantas medicinais e fitoterápicas na rede pública para que se possa adequar os processos de gestão com as práticas ofertadas e acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção em Fitoterapia (BRASIL, 2009b, 45).

2.1.4. Termalismo Social/Crenoterapia

O Termalismo é uma abordagem baseada na indicação e uso de águas minerais de forma complementar a outros tratamentos de saúde. As águas termais têm importância marcada na história da medicina e do homem. Diferentes culturas, desde a Roma Antiga até os banhos turcos, valorizam a prática da imersão em águas termais, seja pelos benefícios que auferem para a saúde, pelos efeitos estéticos ou mesmo pelas representações sociais invocadas por esta prática. Além de saciar a sede e hidratar o corpo, as águas minerais naturais podem oferecer grande contribuição à saúde, conforme sua composição físico-química, como a reposição de energia em casos de fadiga e o combate a diversos males, como estresse, alergias e até doenças crônicas.

No Brasil o uso das águas foi introduzido como terapêutica junto com a colonização portuguesa,

(...) que trouxe ao país os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial (BRASIL, 2006b, 22).

Essa prática tem como ponto favorável o fato de que o Brasil dispõe de recursos naturais e humanos ideais para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2006b). Em síntese, temos um dos maiores patrimônios naturais da geodiversidade mundial, sendo que o fomento do

conhecimento sobre nossas riquezas naturais e sobre as possibilidades de uso e preservação através de atividades relacionadas a estas riquezas naturais é estratégia que deveria fazer parte não apenas das ações em saúde pública como em todos os setores de planejamento e desenvolvimento regional.

Apesar disso, somente os últimos governos federais começaram a atentar para os recursos hídricos como opção terapêutica. Assim, o termalismo foi contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988 e manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais, como é o caso do Estado de Minas Gerais (ibidem, 22). Após isso, em 2002, através de Decreto Federal no governo de Fernando Henrique Cardoso, foi previsto a criação de grupo executivo para a integração entre a pesquisa e todo o setor produtivo relacionado às águas minerais, balneários e recursos hídricos; bem como a criação de uma nova Comissão Permanente de Crenologia para rever o Código das Águas Minerais que remontava a 1945.

Em 2004, a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 07 de outubro, atuou como

(...) um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, fiscalização, controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área (ibidem 22-3).

53

No ano seguinte, o Relatório final do Seminário "Águas Minerais do Brasil" já apontava a constituição de projeto piloto para a inserção do Termalismo Social no SUS (BRASIL, 2006b, 12), mas só foi possível visualizar maior seriedade e compromisso do governo federal em relação ao Termalismo Social/Crenoterapia através da Portaria Nº 971, do Ministério da Saúde, de 03 de maio de 2006, que institui a PNPIC no SUS.

2.1.5. Medicina Antroposófica

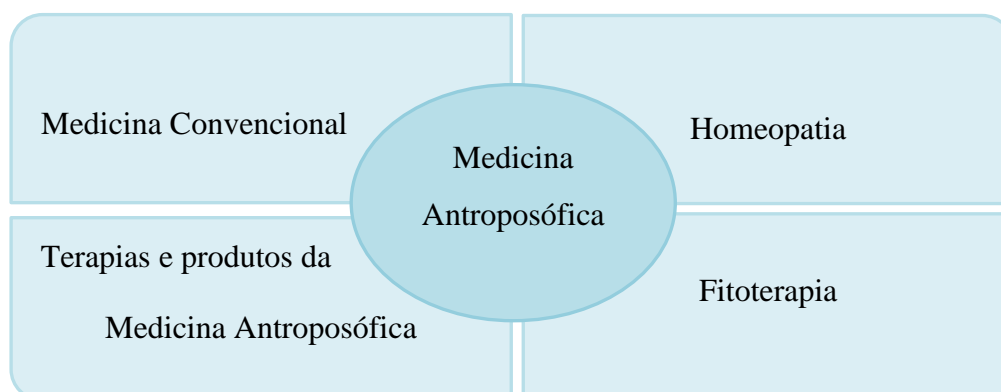
Em 1993, a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA) apresentou ao Conselho Federal de Medicina (CFM) uma extensa documentação acerca da história da Medicina Antroposófica, contendo seus fundamentos, recursos terapêuticos e eficácia, com o objetivo de tornar esta uma prática médica reconhecida. Estes esforços tiveram resultados positivos, pois foi através do parecer nº 21/1993 que a CFM reconheceu a Medicina

Antroposófica como legítima “prática médica”²⁷, entendendo-a, inclusive, como uma ampliação da arte de curar.

Segundo trabalho apresentado no X Congresso Brasileiro de Medicina Antroposófica, a autora Madel T. Luz (2011) afirma que a Medicina Antroposófica é uma Medicina Complementar e Integrativa de orientação humanista que pode ser considerada uma Racionalidade Médica por apresentar as cinco dimensões características dessa categoria, ou seja, uma morfologia humana, uma dinâmica vital, um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica, embasados em uma sexta dimensão que seria uma cosmologia (LUZ, 2008, 196).

Na figura abaixo podemos observar através de um esquema simplificado a interação e abordagem da Medicina Antroposófica de acordo com seu sistema de diagnose, tratamento e cura:

Gráfico/Figura 05 - A Abordagem Integrativa da Medicina Antroposófica



Fonte: The System of Anthroposophic Medicine. Disponível em: <http://www.iva.info/?p=19>, acesso em 06/01/13.

Dados apontam que a Medicina Antroposófica é praticada há mais de 80 anos em todo o mundo em cerca de 80 países²⁸. No Brasil, 08 Estados contam com a presença da Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (GHELMAN, 2008, 08).

²⁷Reconhecimento da Medicina Antroposófica como prática médica. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1993/21_1993.htm, acesso em 09/01/13.

²⁸ GHELMAN, Ricardo. **Medicina Antroposófica**. Avanços, Desafios na Assistência, no Ensino e na Pesquisa. I Simpósio Internacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Brasília, maio de 2008, p.07.

A Medicina Antroposófica é praticada por médicos licenciados através de pós-graduação *sensu lato*, situadas em países como Alemanha, Suíça, Holanda, Itália e Brasil²⁹ e é coordenada internacionalmente pela Federação Internacional das Associações Médicas Antroposóficas (IVAA)³⁰.

Desde os primeiros Especialistas a trabalharem com a Medicina Antroposófica³¹ aos especialistas que hoje divulgam essa Medicina em Congressos da área da Saúde, estes concordam que um dos grandes benefícios da Medicina Antroposófica é fazer “um meio campo” que, de certa forma, ultrapassa os excessos reducionistas que constituem a Medicina Ocidental Moderna que, desde fins do século XIX e XX, baseiam-se por demasia na anatomia patológica (a doença está na célula), na patologia genética (a doença está dentro da célula) e na patologia molecular (a doença atinge mesmo o nível molecular).

Outras características da Medicina Antroposófica é que esta desenvolve uma metodologia científica própria, através de uma abordagem que se pretende unificada, ou seja, fisiologia, fisiopatologia e terapêutica; estes constituem junto, um sistema, uma organização da vida. Dessa forma, os profissionais de saúde antroposóficos se empenham, juntamente com o paciente e sua família, em perceber o significado da doença na visão do desenvolvimento noo-psico-somático sobre o pano de fundo do estudo racional de sua biografia. Desta forma, teríamos o desenvolvimento da Terapêutica Antroposófica de forma que poderíamos chamar de transdisciplinar tríplice, onde se encontram e espelham mutuamente, de acordo com o quadro abaixo:

55

²⁹ No Brasil, a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica – ABMA – fica em São Paulo, na rua Regina Badra, nº 576 e pode ser contatada pelo telefone (11) 5687-3030.

³⁰ Ver sites: <http://www.ivaa.info/> e <http://www.anthromed.org/>, acesso em 06/01/13.

³¹ Rudolf Steiner, PhD (1861 - 1925), trabalhou com a ideia da Antroposofia como cosmovisão aplicada; Ita Wegman, MD (1876 – 1943), iniciou propriamente seus trabalhos com o que veio mais tarde a ser chamado de Medicina Antroposófica; e, Gudrun Burkhard, médica USP (1930 - ...), que trouxe a ideia/conceito de Medicina Antroposófica para o Brasil.

Quadro 03 - Terapêutica Antroposófica Transdisciplinar Tríplice³²

Terapêutica Antroposófica Transdisciplinar Tríplice	ATUAÇÃO CONJUNTA DAS ÁREAS							
A Área Somática	Medicina	Farmácia Antroposófica	Enfermagem	Nutrição	Fisioterapia	Odontologia	Fonoaudiologia	Terapias: Massagem Rítmica Euritmia Quirofonética
A Área da Individualidade	Trabalho Biográfico (conjunção entre ações dos médicos e dos psicólogos)							
A Área Psíquica	Psicoterapia Antroposófica				Terapia Artística			

Fonte: síntese de livre autoria com base no material Cf. GHELMAN, Ricardo (Dr.). **Medicina Antroposófica: avanços, desafios na assistência, no ensino e na Pesquisa.** I Simpósio Internacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Brasília, 14 de maio de 2008.

56

Dos recursos terapêuticos não medicamentosos que fazem parte desta Medicina, temos as chamadas Terapias Externas, que são os escalda-pés, enfaixamentos, compressas e emplastos à base de chás, óleos e pomadas fitoterápicas; os banhos terapêuticos realizados com a diluição de óleos à base de plantas medicinais na água da imersão; massagem rítmica inspirada na massagem sueca e por intermédio de toques específicos (deslizamentos superficiais, amassamento e malaxação, duplos círculos e lemniscatas), atuando sobre as frações sólida, aquosa, gasosa e calórica do organismo permitindo seu reequilíbrio; a terapia artística que envolve atividades individuais e em grupo no âmbito da forma, como a expressão através de desenhos, modelagens com argila e escultura; também no âmbito da cor com a utilização da pintura em aquarela e outras terapias baseadas no som e movimento, como a musicoterapia, a cantoterapia e a euritmia; a terapia psico-biográfica que inclui terapia breve

³² Este quadro foi montado através desse esquema: (a) A Área Somática, onde atuam juntas Medicina e Farmácia Antroposófica, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Fisioterapia, e Fonoaudiologia e Terapias tais quais a Massagem Rítmica, a Euritmia e a Quirofonética; (b) A Área da Individualidade, onde se mostra fundamental o Trabalho Biográfico (conjunção entre ações dos médicos e dos psicólogos) e, finalmente; (c) A Área Psíquica, com ênfase na Psicoterapia Antroposófica e na Terapia Artística.

biográfica em pacientes adultos com capacidade reflexiva fora de crises, preferencialmente em grupo, de caráter higiênico e preventivo.

Das terapêuticas medicamentosa, estas são realizadas exclusivamente por médicos e, inclusive, dentistas, que prescrevem de acordo com o diagnóstico individualizado. Em geral associam as três farmacopeias (com redução ao redor de 70 % na prescrição alopática), ou seja, a Fitoterápica (extrato, tintura mãe ou infusão com princípios ativos definidos), os Dinamizados e a Alopática (sintética e físico-química).

Os medicamentos antroposóficos tiveram reconhecimento como uma categoria específica dentro dos medicamentos dinamizados, desde março de 2007, por Resolução da Diretoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao lado de outros medicamentos como a Homeopatia. Em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal da Saúde realizou, ainda em 1996, o primeiro concurso específico para médicos antroposóficos no SUS³³.

2.2. Atores

57

Se as políticas não são neutras, devemos identificar quem as produz, pois apesar da formalidade com que estas ganham forma, seu conteúdo é lapidado por fatores subjetivos (interesses, crenças, valores, etc.) e, não são raras vezes em que estes fatores mostram-se contraditórios entre os atores envolvidos no processo de formulação dessas políticas. É comum,

(...) quando questionamos o que vem a ser política, temos como resposta a ideia de política como um programa governamental ou uma ação estatal, associando-a a uma prática de integrantes do governo ou de parlamentares. Sobressai, portanto, nesta concepção, o lado formal da política - o legal (a Constituição Federal, as leis e atos executivos), o institucional (os Ministérios, as Secretarias e o Legislativo), o enunciado oficial (a política nacional de saúde) e a prática de um conjunto de indivíduos na sociedade que têm como atribuição principal elaborar leis e executar as políticas, os chamados “políticos profissionais”. Não há problema algum nesta associação, mas há problema quando se restringe a política apenas ao seu aspecto formal, pois a política extrapola a formalidade (BAPTISTA & MATTOS, 2011, 12).

Tratando-se dos atores envolvidos no processo de construção da PNPIC, foi premente a identificação da participação ativa dos grupos de representação profissional tanto quanto de representantes de Ministério, Secretarias e outros órgãos vinculados ao governo federal. Assim, toma-se conhecimento que,

³³ GHELMAN, 2008, 67.

(...) em junho de 2003, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, reuniram-se com o então Ministro da Saúde, ocasião em que, por solicitação do próprio Ministro, foi instituído um grupo de trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica/SAS e pela Secretaria Executiva, com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a Política Nacional (BRASIL, 2006b, 06).

Uma “representação de associação profissional” diz respeito à participação de uma entidade profissional no aparato decisório do Estado, especialmente, como vem ao caso, na formulação de diretrizes gerais ou leis e regras específicas a um tema, mas que recaem sob toda a população de uma nação (BARRETO, 2004, 119). Quando se lê a citação acima, é possível fazer um relação coerente com as práticas que foram efetivamente contempladas na PNPIC, pois foram os interesses dessas práticas que contaram com representação legítima e ativa no processo de escolha das mesmas. Além disso, a escolha também se baseou em determinantes técnicos auferidos por pesquisa específica, como a do levantamento diagnóstico das práticas integrativas no SUS que já foi mencionado.

Além dos formuladores das políticas, estas também possuem um público alvo. É claro que o destinatário dessa Política é o usuário do Sistema Único de Saúde brasileiro – SUS; isso já vem explícito na Apresentação da PNPIC, apresentação esta assinada pelos Secretários de Atenção da Saúde e Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, respectivamente José Gomes Temporão e Moisés Goldbaum (BRASIL, 2006b, 05). No entanto, procurou-se averiguar, ainda que muito brevemente, em quais momentos que esse usuário, esse paciente, é invocado ao longo do texto da PNPIC, quais seus benefícios, de que outra forma o usuário do SUS aparece e é referido.

Nesse sentido, um dos benefícios mais citados em favor dos usuários do SUS com a inserção das práticas integrativas se dá em função dessas práticas colocarem o indivíduo como sujeito central nas questões de saúde e doença, como no exemplo da Homeopatia que

(...) recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Desta forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde (idem, 18).

A centralidade do sujeito, por sua vez, seria fator que contribuiria para a valorização da relação médico-paciente que é excepcionalmente privilegiada no âmbito das práticas integrativas e complementares; isso aparece também acentuado no caso da Homeopatia, onde a implementação desta terapêutica no SUS “representa uma importante estratégia para a

construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que” (BRASIL, 2006b, 17) a prática homeopática fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais do processo de cura, “promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo” (idem, 18).

De forma geral, toda a vez que o usuário, o paciente, o doente, enfim, o destinatário da Política e beneficiário das práticas integrativas e complementares é mencionado, isto se dá num sentido que procura reforçar o autocuidado e harmonizar sua relação junto ao médico e a equipe de saúde que o atende. Na antropologia médica essas menções fazem parte da rede de significação que especifica as questões de saúde e doença como *Illness*, *Disease* e *Sickness*. O conceito de *Illness* trata de enfatizar a experiência da doença enquanto uma experiência que precisa ser externalizada através do sentido individual, ou seja, a percepção individual da doença e a concomitante reação social a essa doença, as significações que a doença e o estar doente apresenta para o sujeito. Valorizar essa abordagem é dar voz ao indivíduo doente antes da doença e ter em conta essa voz considerando não apenas as causas e efeitos físicos da doença como também as consequências sociais e os sofrimentos que dela decorrem.

Outra faceta do estar doente é representada pela categoria de *Disease* que expressa a realidade biológica da doença, do ponto de vista do profissional (COSTA & GUALDA, 2010, 929). Essa dimensão é predominante nas práticas biomédicas. Por fim, outra dimensão refere-se ao conceito denominado por *Sickness* e diz respeito à desordem causada pela doença em seu sentido mais genérico. Esse sentido costuma ser usado pela população, relacionando-o às forças macrossociais culturais que a doença evoca (loc. cit.).

A integração das categorias citadas acima possibilitaria maior abrangência nas considerações e no cuidado a saúde das pessoas. Para Kleinman,

(...) todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas perante as doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural. Todo sistema de cuidados em saúde seria, portanto, constituído pela interação entre três setores diferentes (profissional, tradicional e popular). A esses setores correspondem modelos explicativos dos profissionais e dos pacientes e suas famílias. Alguns autores sustentam que a interação de tais símbolos em uma rede semântica corresponde à construção de realidades médicas que conjugam normas, valores, expectativas individuais e coletivas, comportamentos ou formas específicas de pensar e agir em relação à doença e à saúde (KLEINMAN, 1980 apud COSTA & GUALDA, 2010, 929).

Dessa forma, considera-se que toda prática médica que contribua para que se englobem essas três dimensões no cuidado a saúde favorece e fomenta, por pressuposto, o princípio de integralidade que é um dos princípios norteadores do SUS, sendo o fundamento que busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa,

contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em uma rede contextual que inclui aspectos sociais, familiares e culturais.

2.3. As PICs – Contextos e Enunciações

Em fevereiro de 2006 o documento final da PNPIC foi aprovado por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o adjetivo “integrativa” fazendo parte de seu título, substituindo o adjetivo “natural” da proposta precedente, cujo título era “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Alternativas” (PMNPC), de 2005. Essa alteração léxica indica a ideia de uma mudança de status que teria ocorrido ou que se espera que ocorra, pois quando o adjetivo integrativo passa a ocupar o lugar dos adjetivos “natural” ou “alternativo”, já aí se percebe uma alteração dos termos que representa uma modificação na própria concepção dos objetos aos quais estes adjetivos se referem. Assim, de forma ainda incipiente, podemos dizer que o que antes se denominava “natural” e “alternativo”, passa a ser designado como “integrativo” com o intuito de buscar um maior reconhecimento dessas práticas integrativas no meio da saúde e, também, no sentido não mais de alternância ou mesmo oposição, mas de fazer parte de um todo maior – a integralização no cuidado à saúde.

60

Nesse momento é importante salientar que essa mudança não parece ingênua ou ocasional. Para exemplificar essa questão, remeter-se-á ao trabalho da autora Paula Sandrini Machado (2008), onde ela coloca a questão das diferentes posições e apropriações referentes ao uso da terminologia concernente à intersexualidade explorando a construção de tal nomenclatura e de outras relacionadas. A autora chama a atenção para o uso dos termos no sentido de questionar quês elementos configuram a construção do que é natural? Qual o significado de natural? É preciso ter em mente que o quês identificamos como natural é, na realidade, histórica e socialmente construído e que “nomear tem o efeito de criar” (MACHADO, 2008, 119). Embora a autora não trabalhe com a PNPIC, considera-se para o estudo aqui desenvolvido que sua discussão sobre a construção social contemporânea da natureza e do natural é pertinente ao questionar uma situação que é posta pelo olhar e pelo saber biomédicos, mas que cria todo um conjunto de crenças, práticas e valores que, por sua vez, cria imperativos para se aproximar dessa concepção de natureza através de sua resignificação.

Paula S. Machado segue, em outros trabalhos, discutindo questões referentes à sexualidade e ao gênero, trabalhando com a naturalização de categorias que são, na realidade, constructos sociais e culturais, salientando que essas fronteiras “entre o ‘natural’ e o ‘não natural’ são facilmente borradas quando se trata de defini-las a partir do que é considerado dentro ou fora das normas sociais” (MACHADO, 2005a, 253). De certa forma, é assim que a saúde enuncia o são e o doente, o comportamento saudável e o nocivo, a terapêutica que funciona porque é cientificamente provada e a que não funciona porque não passa de superstição. Mas como se colocou, essas barreiras não são tão evidentes, pois mesmo um evento físico pode ser visto e interpretado como acarretando reações morais; ou, ainda, uma experiência moral pode ter implicações físicas confirmando que os processos de saúde/adoecimento/saúde devam ser tratados para além e no intercurso dos binômios como, por exemplo, corpo/mente, alopático/homeopático, fé/fato (DUARTE, 1994, 85).

Para entender melhor essa questão dos enunciados, consideramos importante situar minimamente a questão do contexto de visibilidade do que costumamos denominar por práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde.

A Medicina Alternativa ganhou visibilidade no contexto social do movimento conhecido por contracultura. Este movimento surgiu nos Estados Unidos da América na década de 60 e possuía um forte caráter de contestação social e cultural, onde seus adeptos buscavam novas possibilidades de construção de uma sociedade alternativa constituída por novas formas de expressões política e cultural, novas formas de organização e relações sociais, novas práticas de saúde e estilo de vida, etc. Na ânsia de contestar os valores das sociedades industrializadas do ocidente, “importou-se” para este mesmo ocidente diversos elementos da cultura, filosofia, religião dos povos orientais (SOARES, 1994), resultando numa verdadeira bricolagem³⁴.

Assim, no campo da saúde, floresceram o uso das práticas campesinas ou indígenas nos centros urbanos (como o uso de fitoterápicos e plantas medicinais) e tanto a filosofia de origem oriental quanto as práticas de saúde comuns aos orientais foram sendo difundidas no ocidente. Com isso, observou-se certa reestruturação das disputas no interior do campo da saúde, dentre as quais podemos destacar a do curador sem qualificação formal *versus* o médico e a do médico com opção por práticas alternativas e complementares (não

³⁴ De origem francesa, o termo *bricolage* nos remete a um tipo de trabalho feito à mão, geralmente de improviso, onde se visa aproveitar diferentes materiais. Na apropriação do termo realizada inicialmente por Lévi-Strauss (1986) em “O Pensamento Selvagem”, o conceito passou a ser definido para expressar a seleção e a síntese de elementos selecionados de uma cultura.

biomédicas) versus o médico com opção por práticas biomédicas³⁵. Convém citar que esse processo de importação de práticas e valores do oriente também se deu na ordem inversa, onde “a ocidentalização do Oriente e, de resto, de todo o mundo, continua a se desenvolver a passos largos, através do industrialismo e do capitalismo globalizado” (CAMPBELL apud SOUZA & LUZ, 2009, 397).

Já a Medicina Complementar distinguiu-se no contexto social de expansão da globalização, aproveitando-se da rápida incorporação de bens materiais, serviços, crenças, etc., das sociedades externas nas organizações locais que aquela favoreceu. A globalização, além de demarcar o fim da polarização de modelos políticos, econômicos, a transição e a relativização de valores e de práticas sociais, também acentuou o uso das conjunções “e... e” e do verbo “ter”, de forma que um lado da sentença não anule por oposição o outro, assim, um profissional da saúde, por exemplo, pode “ter essa competência e aquela”³⁶.

Outro modelo de medicina que vem se destacando nos últimos anos é a chamada Medicina Integrativa. Segundo a literatura êmica, esta medicina surgiu como um movimento em universidades norte-americanas, na década de 70, propondo algumas inovações no campo da saúde, sendo que uma dessas inovações estaria na mudança de paradigma no cuidado à saúde, onde sai a doença como foco principal de cuidado médico e entra o paciente em sua plenitude, ou seja, a restauração do bem-estar físico, mental e social – definição essa que é a mesma apresentada pela OMS. Profissionais da área afirmam que essa simples alteração de foco proporcionaria uma mudança de toda a prática médica (LIMA, 2009, 20).

Otani e Barros (2011) indicam a década de 90 como marco da Medicina Integrativa onde, segundo os autores, teve início uma tentativa de caracterizar um modelo de saúde que representasse uma real integração dos diversos modelos terapêuticos mais utilizados. Este novo modelo deveria ultrapassar a lógica alternativa e complementar que até então subsumia as práticas que não faziam parte da Medicina Oficial e deveria oferecer cuidado integral em saúde para os indivíduos e populações. Segundo os autores,

(...) a palavra “integração” significa o ato ou efeito de se integrar; ação ou política que visa integrar em um grupo as minorias raciais, religiosas, sociais. Uma variedade de definições tem sido usada para descrever a ideia de integração entre as práticas convencionais e não convencionais, porém, atualmente, ainda se busca uma conceituação consistente (OTANI & BARROS, 2011, 1803).

Médico e autor de livros da área da saúde, o Dr. Paulo de Tarso Lima (2009), considera que a Medicina Integrativa não é sinônimo de Medicina Alternativa ou

³⁵ BARROS, Nelson Filice de. In: Site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Disponível em: www.conasems.org.br/files/Conceituacao2010.pdf, acesso em 03/01/13.

³⁶ Ibidem.

Complementar; pois, trata-se de uma abordagem médica orientada para a cura em seu sentido mais abrangente, o que na terminologia norte-americana é chamada por *healing*³⁷. Assim, a Medicina Integrativa seria uma modalidade nova de Medicina e constituiria uma assimilação ideal entre práticas biomédicas, alternativas e complementares, possuindo como foco o cuidado do paciente em sua integralidade, considerando a pessoa como um todo (corpo, mente, espírito e estilo de vida), dando ênfase ao relacionamento terapêutico, valorizando a importância de compartilhar as tomadas de decisões e apostando na capacidade inata de recuperação dos organismos. O modelo empregado nessa concepção de medicina se propõe a unir o que, em termos do autor, se designa como o “melhor de ambas as medicinas”, ou seja, a reunião dos avanços científicos da medicina moderna e as terapias e práticas complementares provenientes dos sistemas médicos orientais, principalmente, cujas evidências científicas comprovem sua segurança e eficácia e também a realçar o papel ativo do doente frente à sua doença e sua saúde através de simples recomendações para mudanças de atitudes, como praticar exercícios físicos, cuidar da alimentação, etc. (LIMA, 2009, 15). Nota-se que estas recomendações que chamam a atenção para a questão do autocuidado em saúde já vêm fazendo parte, há algum tempo, de campanhas de Saúde Pública instauradas pelo Ministério da Saúde³⁸.

Com essas considerações e baseando-se nos diferentes modelos de se conceber o binômio saúde-doença³⁹, temos o seguinte quadro:

Quadro 04 – Quadro Comparativo das Características das Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde

CARACTERÍSTICAS	PRÁTICAS		
	ALTERNATIVA	COMPLEMENTAR	INTEGRATIVA
	Contracultura	Subcultura	Cultura
	Falta de informação	Preconceito	Objeção de consciência
	Profissional desviante	Grupo divergente	Política Inclusiva

³⁷ Do inglês “processo de cura”.

³⁸ Ver nota 23.

³⁹ Ver tópico 1.1 deste trabalho, p. 14.

	Autoconhecimento	Autocuidado	Autonomia
--	------------------	-------------	-----------

Fonte: BARROS, Nelson Filice de. In: Site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Disponível em: www.conasems.org.br/files/Conceituacao2010.pdf, acesso em 03/01/13.

Este quadro nos permite sintetizar características contextuais e formativas das práticas em questão. Assim, chamamos a atenção para as práticas integrativas e para sua adjetivação enquanto integrativa, pois esse integrar nos remete a uma assimilação que desloca o contexto enunciativo de algo que se coloca contra uma hegemonia estabelecida, passando pela subalternidade de se estabelecer enquanto algo que é paralelo, coexistente, porém de status inferior a outro que contrasta por sua hegemonia, para, enfim, afirmar-se como algo que se coloca justamente pela sua especificidade, ou seja, pela valorização de um “cultural” que engloba a pluralidade de sujeitos, conhecimentos e práticas. Isso significa que o adjetivo “integral”, neste contexto, se propõe a respeitar as diferenças, mas também a ressaltar as semelhanças ou, em outras palavras, o modo como as pessoas criam os seus consensos na sociedade, oferecendo assim maiores chances de que médicos e pacientes possam juntos atuar no processo de diagnóstico, tratamento e cura. Nesse sentido, os elementos culturais compartilhados nessa relação permitem uma interação qualitativamente mais envolvente e esclarecedora e, quem sabe, mais eficaz numa situação de cura.

64

Corroborando com o exposto no parágrafo acima o artigo de Luz et alii (2006, *on line*) no *Jornal da Unicamp*⁴⁰, onde os autores afirmam que a nomenclatura “integrativa”, referida na PNPIC, “veio para corrigir as graves distorções induzidas, ainda que involuntariamente, pelos termos ‘natural’ e ‘alternativo’”.

A variação em relação às nomenclaturas utilizadas para essas medicinas, assim, se dariam, sobretudo, em função de contextos de surgimento e relações políticas e sociais subjacente aos termos designados, como o demonstra o quadro acima. Mas é importante salientarmos que a mudança nominal nem sempre ocorre acompanhada de uma mudança material ou mesmo simbólica, pois pode ser resultado de uma enunciação antes estratégica (formal) do que baseada na realidade (material). No caso das práticas que hoje vemos legitimadas pela PNPIC sob o título de Integrativas e Complementares, a mudança nos parece, sobretudo, política, numa tentativa de trazer essas práticas, antes localizadas à margem do sistema ou mesmo opondo-se a ele, à égide de regulamentação estatal. Assim, consideramos que o adjetivo “integrativa” age mais num sentido de neocolonialismo dessas práticas pela

⁴⁰ Fonte: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/agosto2006/ju334pag2a.html, acesso último em 10/03/2013.

medicina oficial do que em razão de uma política altruísta, pois engloba-se essas práticas na medida em que prova-se a sua cientificidade e aproximação com a medicina oficial científica, deixando de lado maiores cuidados ou explicações referentes aos contextos, cosmologias, valores e crenças que dão razão à estas práticas em suas origens.

3. CRONOLOGIA: RAÍZES FORMAIS DA PNPIC

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portaria MS nº 971, de 03/05/2006), foi criada para atender a recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), atender a demanda da população brasileira, assim como para suprir a necessidade de normatização e harmonização dessas práticas na rede pública de saúde.

A aprovação da PNPIC desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas, ações e projetos em diversas instâncias governamentais, pela institucionalização destas práticas anteriormente restritas a área privada e/ou conveniada. Essa formalização das Práticas Integrativas e Complementares faz parte de um processo apoiado pela OMS de revalorização de práticas locais de saúde com ênfase para a atenção integral encabeçado pela criação do Programa de Medicina Tradicional (TRM) em 1976. Nesta época havia, a nível internacional, apenas duas publicações sobre o tema, uma que tratava das normas internacionais de nomenclatura em Acupuntura e outra que era uma espécie de guia da OMS para avaliação de produtos fitoterápicos (BRASIL, 2008, 07).

No Brasil, esse processo começou a dar seus primeiros passos ao fim da década seguinte e levou quase duas décadas para criar uma política nacional implementando diretrizes para fomento e apoio à inserção de algumas práticas integrativas e complementares na assistência à saúde.

Os fatores mais remotos para essa institucionalização são encontrados em meados de 1941 e dizem respeito à modelização do sistema de assistência à saúde pública na Inglaterra. Em meados da II Grande Guerra Mundial, o primeiro ministro britânico delegou a criação de uma comissão interministerial (Committee on Social Insurance and Allied Services) com o objetivo de reformular o serviço de seguridade social vigente até então. Do trabalho desta comissão resultou, em 1942, o Relatório Beveridge⁴¹ (Report on Social Insurance and Allied Services), mais conhecido como Plano Beveridge, devido à participação essencial do economista britânico William Henry Beveridge.

O Relatório foi importante na medida em que influenciou o modelo estadual de apoio à família, assistência na doença e controle do desemprego, sendo, portanto, a base da criação de um sistema de segurança social que se propunha a apoiar a população nos momentos de

⁴¹ Para ver o Relatório na íntegra: Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v78n6/v78n6a17.pdf>, acesso em 10/03/13.

maior dificuldade, garantindo um nível mínimo de vida com condições mínimas de saneamento básico e alimentação. Nesse sentido, o Relatório Beveridge criou nova concepção acerca do *Welfare State*, que no futuro é um dos fundamentos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. O *Welfare State* favoreceu a noção não apenas de seguridade social, mas de englobar toda a sociedade para objetivar maior qualidade de vida, assim, concomitante com as medidas de seguridade social, o Relatório Beveridge ainda previa que “o governo deveria assegurar serviços de saúde com qualidade e gratuidade, fornecer meios para a reabilitação profissional e promover a manutenção do emprego” (CARDOSO & HELLEER, 2010, 02).

Outro marco foi a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 12 de setembro de 1978, pois foi à partir dessa conferência que a OMS passou a recomendar a incorporação da Medicina Tradicional na atenção primária em saúde, através da justificativa de grande parte da população mundial depender das práticas tradicionais em cuidados primários em saúde, considerando, inclusive, as plantas medicinais como majoritárias no uso popular (OMS, 1978, 1979).

Na Conferência, procurou-se expressar a necessidade urgente de ações de todos os governos no tocante à área da saúde a fim de promover a melhoria da saúde de todos os povos do mundo até o ano 2000. Da Conferência resultou a Declaração de Alma-Ata que enfatiza, sobretudo, a definição da saúde não apenas como a ausência de enfermidades, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e como um direito humano fundamental. Essa definição indica uma nova concepção da promoção da saúde, embora ainda um tanto abstrata e idealizada, aponta a saúde como um componente central para o desenvolvimento humano e social da humanidade. Em relação à participação social e democratização da saúde, a Declaração apontou nova direção para as políticas de saúde, enfatizando a necessidade da participação comunitária através de incremento de poder das comunidades e incitando a cooperação entre os diferentes setores da sociedade na formulação das políticas.

Outro ponto de interesse presente na Declaração de Alma diz respeito à consideração de que os cuidados primários em saúde “devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos”, sendo que estes cuidados devem refletir e evoluir a partir das “condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades”, baseando-se na aplicação “dos resultados relevantes da pesquisa social,

biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública”⁴². Um desses pontos nos parece bastante contraditório, pois ao mesmo tempo em que enfatiza a especificidade das comunidades, também reforça o poder social e determinante do modelo biomédico em saúde e a homogeneização desses serviços. Ainda, outro ponto digno de menção é a determinação da incorporação dos detentores de conhecimentos tradicionais em saúde às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes o devido treinamento correspondente. Nesse tocante, o que se observa até os dias de hoje é que se privilegia o treinamento nas técnicas tradicionais para os profissionais da saúde oriundos da biomedicina ampliando, assim, o papel de gerência desse modelo ao invés de fomentar a legitimidade dos praticantes tradicionais frente à medicina hegemônica, como seria condizente com a determinação de incorporação dos profissionais tradicionais.

Deslocando-nos para o cenário nacional, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi pioneira em termos de participação popular nas questões de saúde pública no Brasil, pois foi a primeira vez que a população teve a chance de participar das discussões na área da saúde em um evento desse porte. Um dos temas mais discutidos na Convenção foi o da reformulação do Sistema Nacional de Saúde (Tema 02 do Relatório Final da Conferência) e algumas das propostas realizadas no evento foram contempladas na Constituição Federal de 1988, como a criação de uma ação institucional que correspondesse ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

No tocante às PICs, estas foram abordadas na Conferência com as seguintes considerações: sobre a organização dos serviços públicos de saúde, estes deverão prezar pela integralização de suas ações superando a dicotomia preventivo-curativo, propondo-se a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (item 03, alínea a, tema 02, pg.18-9 do Relatório); relacionado com a política de Recursos Humanos, o Relatório indica “a inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas” (item 03, alínea c, tema 02, pg. 20 do Relatório) e recomenda ações com o intuito de “aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde” (item 20, tema 02, pg. 25 do Relatório)⁴³.

⁴² Declaração de Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978, pg. 02, item VII, subitem 6. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>, acesso em 25/01/13.

⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf, acesso em 19.01.13.

No mesmo ano de 1986 foi aprovada a Carta de Ottawa, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Segundo a Carta, promover a saúde consiste num processo que vise “aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, 01). Também afirma que uma política com a finalidade de promover a saúde deve combinar “diversas abordagens complementares, incluindo a legislação, as medidas fiscais, os impostos e as mudanças organizacionais” (ibidem, 03) que se mostrem necessárias. A carta de Otawa, ao enfatizar o controle do indivíduo quanto a sua saúde e afirmar que “a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (ibidem, 01) incorre significativamente na responsabilização do indivíduo pela sua condição de saúde ou de doença através da validação de certos discursos sobre as questões de saúde impondo aos sujeitos formas de viver e agir que são consideradas, segundo esses discursos, mais saudáveis que outras; assim, o sujeito ratifica suas ações de modo à estar de acordo com os enunciados expostos, sobretudo, na mídia e nas leis, enunciados que se constroem conforme as últimas descobertas da ciência e da medicina e normalizam ações individuais e coletivas de acordo com determinadas condutas que sejam mais saudável que outras. O sentimento que prepondera nesta situação é o de que, somente após essa adequação de conduta e comportamento, o sujeito será digno de usufruir dos serviços de cuidados à saúde oferecidos pelo poder público.

É interessante lembrar que o “cuidado de si” ou cultura de si que está interligado com o aumento do cuidado médico nas sociedades atuais não tem o mesmo sentido do cuidado corporal que existiu em épocas mais remotas, como na Grécia Antiga onde os cuidados corporais estavam intimamente relacionados com as virtudes da alma e da moral, onde os males do corpo e da alma podiam “comunicar-se entre si e intercambiar seus mal-estares: lá onde os maus hábitos da alma podem levar a misérias físicas enquanto que os excessos do corpo manifestam e sustentam as falhas da alma” (FOUCAULT, 2007, 62). Nota-se que, onde lá o sentido acentua o equilíbrio entre as coisas da alma e as coisas que pertencem ao corpo do sujeito (essência e materialidade em indissociável reciprocidade), pois um está conectado ao outro, aqui se enfatiza um “privilégio-dever”, um “dom-obrigação”, onde sua liberdade e seus direitos efetivam-se na medida em que o sujeito se compromete a tomar conta de si adotando as regras de conduta e os modelos aprovados e supervisionados pelo Estado.

Quanto às possibilidades locais de recursos terapêuticos⁴⁴, a Carta de Ottawa menciona a necessidade de que as estratégias e programas de promoção à saúde devam ser condizentes com as “necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos”. Fazendo um gancho de 1986 à 2006, a PNPIC, da forma como foi formulada e levando em consideração as práticas que ela tutela, deixa a desejar em termos de abarcar maior variedade de práticas. Visto a grande extensão territorial e diversidade cultural de nosso país, há diversas outras práticas em uso na atualidade por diversas populações locais e grupos sociais que são fundamentais para essas pessoas e poderiam ser incluídos numa política nacional que se pretendesse devidamente abrangente e democrática. Resta que outras práticas populares, não mencionadas na Política Nacional, sejam abordadas por Políticas Estaduais de Práticas Integrativas em Saúde que valorizem e apoiem o maior número possível de práticas populares e integrativas que sejam bastante utilizadas em cada região.

Dá a necessidade e urgência de que todos os estados brasileiros possam trabalhar na formulação de suas versões Estaduais da Política Nacional, tais quais as políticas e ações já existentes, como no caso o estado do Ceará com o Decreto nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009, que regulamenta a Lei Estadual nº 12.951, de 07 de outubro de 1999 e dispõe sobre a Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará; do Espírito Santo e a Resolução nº 543/2008, do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo que aprova a proposta de institucionalização da “Política das Práticas Integrativas e Complementares: Homeopatia, acupuntura e fitoterapia, no Estado do Espírito Santo” e a Lei nº 7.684, da Câmara Municipal de Vitória, Estado do Espírito Santo, de 3 de junho de 2009, que dispõe sobre a institucionalização da Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos; de Minas Gerais e a Resolução no 1.885, de 27 de maio de 2009, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, que prova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares; do Rio Grande do Norte que teve, em 2011, aprovada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte, incluindo a Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Crenoterapia, Medicina Antroposófica, práticas corporais transdisciplinares e vivências lúdicas integrativas; ainda, do Rio Grande do Sul com o Projeto de lei nº 108/2006, da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul que institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado do

⁴⁴ Essa discussão foi introduzida na página 29 deste estudo.

Rio Grande do Sul; o lançamento na Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, no dia 08 de junho de 2011, da Política Estadual de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos e a Lei no 2.636, de 10 de janeiro de 2007 que institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no município de Gravataí; e, por fim, o estado de São Paulo com o Decreto nº 49.596, de 11 de junho de 2008, que regulamenta a Lei nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008, que institui, no âmbito do município de São Paulo, o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde e a Lei nº 14.903, de 06 de fevereiro de 2009, que dispõe sobre a criação do Programa de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais no município de São Paulo.

Voltando a explanação cronológica dos eventos que contribuíram para a posterior formulação da PNPIC, temos em 1988 as Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), de números 04, 05, 06, 07 e 08 que, de modo geral, estabelecem normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Termalismo e Técnicas Alternativas de Saúde Mental. Nesse sentido, as Resoluções CIPLAN nº 04 e 05, tratam especificamente da prática da Acupuntura (que em 1988 já havia sido introduzida no Brasil há quatro décadas), sua definição, eficácia, etc.

A Resolução CIPLAN nº 08 chama a atenção para a Fitoterapia enquanto terapêutica milenar com uso secular no Brasil que aproveita a diversidade da flora brasileira, constituindo-se como terapêutica eficaz em algumas patologias comuns da saúde pública e, ainda, com o benefício de seu uso possibilitar a diminuição de custos para os cofres públicos.

O próximo evento relevante ocorreu na segunda metade da década seguinte com a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília nos dias 02 a 06 de setembro do ano de 1996. Essa Conferência teve como tema de discussão o SUS e a construção de um modelo de atenção à Saúde voltado para a qualidade de vida. No Relatório final da Conferência alguns pontos merecem destaque, dentre estes a questão cultural está presente em alguns pontos onde se cita, por exemplo, os termos “diversidades locais” (BRASIL, 1996, 33), “especificidades culturais” (idem, 66), etc. No entanto, esses termos aparecem de forma bastante generalizada, sendo um pouco mais específico quando trata da saúde dos povos indígenas, onde indica que,

(...) os Gestores do SUS devem definir e implantar, com o acompanhamento e deliberação dos Conselhos de Saúde, uma Política de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas, que atenda todas as comunidades indígenas do Brasil, que considere e respeite suas especificidades culturais e variedade de costumes e que inclua trabalhadores com essa formação específica (ibidem, 71).

Quanto às práticas integrativas e complementares, encontramos menção em três momentos do Relatório, o primeiro momento se dá quando este afirma que se deve favorecer o pleno desenvolvimento do SUS através de medidas como o apoio a pesquisas sobre assuntos e temas de interesse social na área da saúde e entre estas se cita a relevância das pesquisas que objetivam averiguar a efetividade das práticas populares alternativas em Saúde, como a Fitoterapia e a alimentação alternativa, por exemplo (BRASIL, 1996, 28-9).

O segundo momento é quando o Relatório orienta que as Secretarias Municipais de Saúde devem garantir a Atenção Integral à saúde através da incorporação de práticas de saúde como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, em todo o país, contemplando as terapias alternativas e práticas populares (ibidem, 64). Enfim, o uso de plantas medicinais também aparece no Relatório (item referente à Política de Medicamentos), com ênfase ao controle institucional sobre estas, onde se afirma o dever de garantir a “universalização do acesso aos medicamentos e o desenvolvimento de ações de vigilância farmacológica para medicamentos e plantas medicinais” (ibidem, 75).

Finalmente um dos itens mais importantes para a formulação e escolha das práticas pertencentes à PNPIC foi o Levantamento da Inserção das PIC no SUS, já discutido apresentado em subitem anterior.

O quadro abaixo apresenta uma sistematização maior da visibilidade das práticas alternativas, complementares e integrativas no cenário mundial e do itinerário de medidas de institucionalização das PICs na assistência à saúde do país. Aqui os documentos e eventos são citados de forma sucinta, incluindo suas datas, natureza e conteúdo. Alguns desses eventos estão descritos acima, outros são trabalhados a seguir:

Quadro 05 – Itinerário dos Eventos e Documentos que Contribuíram para o Surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde

ANO	DOCUMENTO/EVENTO
1942	Relatório Beveridge , decorrente do Plano/Modelo Beveridge (Inglaterra).
1978	Toma corpo a Declaração de Alma-Ata durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde , realizada na cidade de Alma-Ata, antiga URSS, de 6 a 12 de setembro de 1978.

1986	É realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde , de 17 a 21 de março.
	Em 21 de novembro de 1986, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde é aprovada a Carta de Ottawa com as orientações para atingir a saúde para todos no ano 2000 e seguintes.
1988	Criação do Sistema Único de Saúde – SUS , pela Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988.
	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN: Resoluções N° 04, 05, 06, 07 e 08/88. Fixam normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Termalismo e Técnicas Alternativas de Saúde Mental.
1990	Leis N° 8.080 e N° 8.142/90 Regulamentam o Sistema Único de Saúde – SUS.
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde Como uma das medidas de efetivação do princípio da atenção integral à saúde, incorpora-se no SUS “práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, em todo o país, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (pg. 64 do Relatório Final da 10ª CNS). Também mencionado na pg. 76.
1999	Inclusão dos procedimentos: Consultas Médicas em Acupuntura e Homeopatia na Tabela SIA/SUS.
2001	Ocorre a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária de 26 a 30 de novembro de 2001. No Relatório Final da Conferência, no subtítulo “Legislação, Códigos de Saúde” se estabelece que a “ANVISA deve manifestar-se a respeito e regulamentar as práticas de saúde não convencionais, como acupuntura, cromoterapia, florais e outras, ditas alternativas, e que seja permitido o uso de terapias naturais e autóctones, de forma democrática, universal e igualitária”

	(BRASIL, 2001, 69).
2003	<p>A Organização Mundial de Saúde (OMS) lança o documento “Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional/2002-2005”.</p> <p>Este documento de estratégia global foi elaborado após discussões oriundas de encontros, seminários, convenções, etc., no âmbito do desenvolvimento e melhoria da saúde mundial. No entanto, a aplicação das diretrizes nele contidas, deve levar em conta as diversidades regionais no uso e o papel da medicina tradicional, da medicina complementar e da medicina alternativa nos diferentes contextos históricos, geográficos e culturais. O documento define “medicina tradicional” como um termo amplo, para referir-se tanto à medicina tradicional chinesa, à ayurvédica indiana, a medicina unani árabe, como a várias outras formas de medicina indígena. As terapias da medicina tradicional incluem terapias medicamentosas (para quando estas envolvem o uso de Fitoterapia, partes de animais ou minerais) e terapias não medicamentosas (se são realizadas, em princípio, sem o uso de medicamentos, como o caso da acupuntura, terapias manuais e espirituais). Em países onde o sistema de saúde é baseado na medicina alopática, ou onde a medicina tradicional não é incorporada ao sistema, é frequentemente denominada medicina “complementar”, “alternativa” ou “não convencional”.</p> <p>O documento representa uma revisão global do uso da medicina tradicional, os desafios, considerando as políticas nacionais, os marcos regulatórios e a necessidade de garantia da segurança, eficácia, qualidade a acessibilidade e o uso racional. Apresenta ainda qual o papel da OMS, os recursos nacionais e internacionais e um plano de ação estratégico para os anos 2002-2005. Nos anexos, apresenta uma lista de centros colaboradores para medicina tradicional e uma seleção de documentos sobre o tema⁴⁵.</p> <p>Em junho de 2003 ocorreu a constituição de GT no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC ou apenas MNPC – no SUS (a atual PNPIC).</p>

⁴⁵ Organização Pan-Americana da Saúde. Publicações. Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf, acesso em 06/01/12.

	<p>Subgrupos de Trabalho: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica.</p> <p>Coordenação do Processo de Formulação da PMNPC: Secretaria Executiva/MS, Departamento de Atenção Básica de Saúde da SAS/MS.</p>
<p style="text-align: center;">2004</p>	<p>1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, de 15 a 18 de setembro.</p> <p>Enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.</p> <hr/> <p>Ocorre a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de 25 a 28 de julho de 2004.</p> <hr/> <p>Realizado Levantamento Nacional da Inserção da Medicina Natural e das Práticas Complementares (MNPC) no SUS.</p> <hr/> <p>MNPC (PIC) foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.</p> <hr/> <p>Em dezembro foi Pactuada na Comissão Intergestores Tripartite a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC ou apenas MNPC – no SUS (atual PNPIC).</p> <p>A coordenação do processo de formulação da PMNPC foi da Secretaria Executiva/MS e do Departamento de Atenção Básica da Saúde da SAS/MS.</p>
<p style="text-align: center;">2005</p>	<p>Com a MNPC pactuada, em fevereiro desse ano, teve início os debates junto ao CNS e sai o Resumo Executivo referente à Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares.</p> <p>Em setembro é submetida, por recomendação do CNS, à Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica para avaliação e recomendações.</p> <p>A Política também é pauta de discussão no FENTAS e FCFAS.</p> <hr/> <p>Decreto Presidencial de 17/02/05 que cria o GT</p>

	<p>para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.</p>
	<p>Em novembro de 2005 ocorre a apresentação do Parecer Consultivo no. 001/05 FENTAS elaborado pelo GT com representantes no FENTAS dos Conselhos Federais de Farmácia (CFF), de Nutricionistas (CFN) e de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) que coordenaram o GT.</p>
	<p>Em dezembro ocorre a aprovação do documento (PNPIC) com ressalvas no CNS indicando a necessidade de revisão do texto da MTC/Acupuntura, incluindo a multiprofissionalidade e solicitando a inclusão da prática do Termalismo Social/Crenoterapia – resultado do Relatório do Grupo das Águas do CNS.</p> <p>Alteração do nome da Política – de MNPC para PNPIC.</p>
	<p>Em dezembro desse ano ocorre a formação de um GT com conselheiros nacionais representantes dos trabalhadores (COFFITO e CFN), usuários (ACELBRA), prestadores e gestores (CONASSEMS).</p>
	<p>Em 15 de dezembro ocorre a 162ª Reunião Ordinário do CNS que, juntamente com representantes do MS, aprovam o texto da PNPIC no SUS. Além da aprovação do texto da Política, foi constituído GT para contribuir na reelaboração do capítulo da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura e na elaboração do capítulo do Termalismo Social/Crenoterapia. A representante do DAB/SAS/MS, Carmem Lúcia De Simoni, compareceu à reunião do CNS para apresentar os textos relativos a esses dois eixos da Política. Não havendo destaques, os textos foram aprovados por unanimidade. O Plenário decidiu manter o GT para acompanhar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.</p>
<p>2006</p>	<p>Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulgação do Pacto pela Saúde.</p> <p>Apresentação, em fevereiro de 2006, do documento final da Política com as ressalvas em especial devido a MTC/Acupuntura, aprovado por unanimidade no CNS.</p>

	Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006.
	Regulamenta as diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão.
	Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006.
	Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.
POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS – 2006, Ministério da Saúde, Brasil.	

A implementação da PNPIC no SUS envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural e promete a “abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a prática de cunho privado” (BRASIL, 2006b, 05). A institucionalização das Práticas Alternativas, Complementares e/ou Integrativas foi fruto da pressão, tanto de movimentos organizados da sociedade civil e organizações não governamentais (ONGs) quanto pela própria demanda crescente destes procedimentos desde a década de 1980 (LUZ, 2005).

Alguns autores, como Glick (1988) e Moffatt (1984), consideram que a sociedade serve-se dessas práticas porque estas apresentam maior eficácia frente ao background cultural de diferentes populações e é mais por causa desse “sentido” compartilhado que esses autores consideram que o fato de que os grupos populares recorrerem a uma medicina também qualificada como popular não pode ser atribuído exclusivamente ao alto custo dos serviços de saúde tradicionais (nesse momento o termo “tradicionais” se equivale aos serviços de saúde biomédicos) e nem à deterioração do sistema de saúde pública, ao contrário da ideia que surgiu no início deste estudo sobre a PNPIC em relação às medicinas alternativas, complementares e integrativas⁴⁶, ou seja, que estas práticas integrativas vinham inserindo-se nos nichos dispostos pela oficialidade médica devido a grande falha, a grande crise do sistema de saúde pública.

Souza e Luz (2009, 396) trabalham com essa questão das trocas entre valores, significações e terapêuticas e levantam uma questão que pode nos auxiliar na compreensão de

⁴⁶ Lembra-se que a Medicina chamada Folk ou Popular também é considerada, nesse sentido, Medicina Alternativa.

uma característica subjacente a nossa sociedade e que influenciou positivamente o surgimento das terapias alternativas que seria o fato de que à medida que a sociedade moderna foi se desenvolvendo em direção ao individualismo, como padrão hegemônico e de valor, o próprio holismo⁴⁷ pode ter passado a ser uma espécie de ‘sombra cultural’ que, retornando periodicamente possibilitaria questionar a direção hegemônica e a necessidade de retornar-se a uma dominância que englobe a totalidade social. Não podemos deixar de nos questionar o quanto esse movimento cíclico de retorno a antigas formas de curar ou ao surgimento de novas formas de cura, esteja realmente surgindo como realidade consciente na vida das populações e como realidade legítima perante outras formas hegemônicas de cuidado, ou o quanto esse “movimento” não seria uma forma estratégica da própria medicina oficial para se diversificar frente aos seus usuários que reclamam da frieza e do distanciamento desta medicina para cuidar, sobretudo, de suas doenças crônicas e de seus sofrimentos.

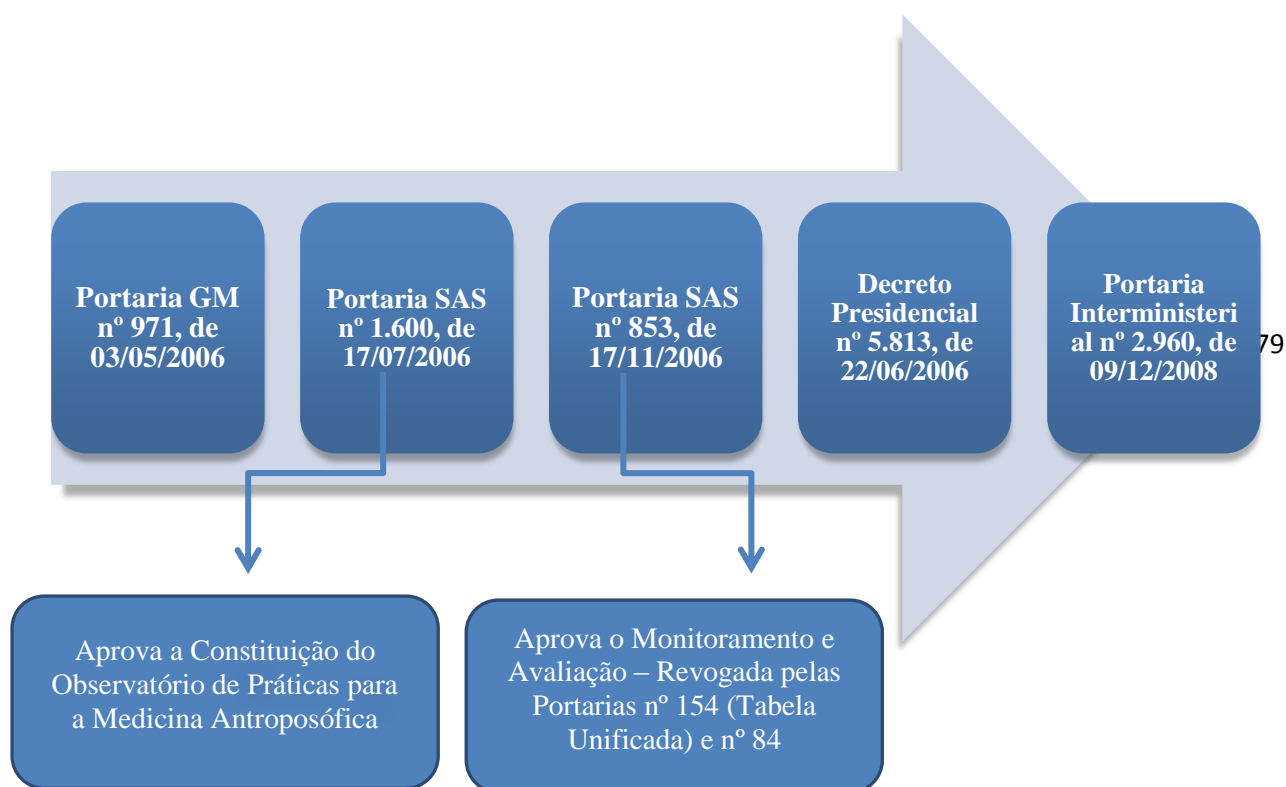
Creemos que essa abertura às PICs represente, realmente, apenas uma “possibilidade” de visibilidade e legitimação, mas que deve ser vista com cuidado, muito debate e questionamento, pois está mais próxima de estratégias de empoderamento da medicina oficial frente às PICs e sua população usuária do que de uma verdadeira emancipação para estas práticas frente à medicina oficial. Sinais desse jogo de poder podem ser notados quando reparamos na baixa publicização dessas práticas para os usuários do SUS, ou quando se discute reiteradamente a cientificidade dessas práticas como condição para seu reconhecimento, pondo assim como parâmetro os critérios únicos da medicina oficial e não a capacidade de resposta dessas práticas integrativas para sentidos muito específicos de adoecimento e resposta terapêutica. Ou, ainda, quando observamos a inviabilidade e o desconhecimento de algumas das práticas integrativas contempladas na PNPIC para determinadas regiões ou comunidades que, assim, só podem recorrer às terapêuticas oficiais. O certo é que na Promoção à Saúde, para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde integral do ser humano e das comunidades através da adoção de um (cada vez mais) amplo repertório que seja sensível e que respeite as especificidades culturais (WHO, 1986, 06).

⁴⁷ O paradigma holístico emerge de uma crise da ciência moderna, de uma crise do paradigma cartesiano-newtoniano, que postula a racionalidade, a objetividade e a quantificação como únicos meios de se chegar ao conhecimento. Esse paradigma (comum na filosofia, nos sistemas de cura, etc., do oriente) busca uma nova visão para as concepções e práticas modernas e possibilita a dissolução de toda espécie de reducionismo. A holística força um novo debate no âmbito das diversas ciências e promove novas construções e atitudes em todas as instâncias da vida (TEIXEIRA, 1996, 286).

Por outro lado, a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS desencadeou o desenvolvimento de muitas outras políticas (principalmente Estaduais), programas, ações e projetos em todas as instâncias governamentais, que objetivaram impulsionar a institucionalização e a regulação dessas práticas que antes se restringiam a área privada e/ou conveniada.

A figura abaixo nos mostra um pouco dessas ações:

Gráfico/Figura 06 – Portarias e Decretos que Consolidam as Diretrizes Expostas na PNPIC de 2006



Fonte: BRASIL, 2007; 2009; 2011. Inclui-se os documentos citados na figura.

A Portaria SAS/MS nº 853 em 17 de novembro de 2006, além do indicado na figura, trata da regulação e aplicação da PNPIC, onde inclui na Tabela de Serviço/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de informações do SUS (SCNES), o serviço de código 068 - Práticas Integrativas e Complementares com suas subclassificações.

No ano seguinte sai a Resolução CNS nº 371 de 2007 que trata da Institucionalização das Práticas integrativas e Complementares (PIC) nas Instâncias Deliberativas do SUS, cuja

comissão tem por missão assessorar o Conselho Nacional de Saúde no Acompanhamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e estabelece a Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPIC) para o acompanhamento da Política sob a Coordenação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO⁴⁸. A Coordenação Adjunta fica por conta do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

Em 2008 sai a Resolução SES nº 1.444 de 24 de março que constituiu comissão visando elaborar uma Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares para o Estado de Minas Gerais baseada nas diretrizes da PNPIC, comissão esta que já estava trabalhando na temática desde novembro de 2007 e que se constituiu mediante convite às lideranças no âmbito das Terapêuticas não Convencionais. No mesmo ano lança-se o Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC, evento realizado de 13 a 15 de maio, em Brasília, que traz informações fundamentais do andamento da implementação da Política e traz relatos de experiências nacionais e internacionais na temática.

Em 2012, importantíssimo para o Estado do Rio Grande do Sul e já atrás de iniciativas de outros estados da federação, sai a Portaria nº 201/2012 que cria a comissão de formulação da proposta de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no RS e dá outras providências.

80

3.1. Experiências Internacionais

Pelo menos desde a década de 70 que a Organização Mundial de Saúde⁴⁹ vem estimulando a inserção de práticas locais e diversificadas de saúde junto aos sistemas de saúde nacionais. Foi nesta década que a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional recomendando aos Estados-Membros que desenvolvessem políticas públicas que facilitassem a integração da Medicina Tradicional, Medicina Complementar e alternativa (MT//MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como promovessem o uso racional dessa integração através de estudos e acompanhamento. O Programa foi desenvolvido em conjunto

⁴⁸ Para mais informações sobre o COFFITO consultar o site: http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=13.

⁴⁹ A OMS foi estabelecida como agência especializada da Organização das Nações Unidas nas questões de Saúde, em 1948 e, atualmente, é composta por 193 países membros. Ver: <http://www.who.int/about/es/>.

com a adoção da estratégia de saúde para todos e com a abordagem da atenção primária à saúde. Estas orientações tiveram continuidade, sendo que nos anos 80, a Organização foi responsável por lançar vários comunicados e resoluções reiterando o seu compromisso em incentivar as ações que fossem de acordo com o Programa da década anterior.

Em 2001 ocorreu a publicação do texto “Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine”⁵⁰, que se trata de uma revisão da situação legal de diversas práticas da MT/MCA em 123 países, incluindo informações sobre seus usos, a regularização de medicamentos e profissionais pertencentes a estas medicinas, seguridade, educação e capacitação profissional.

De 2004 a 2007 a orientação da OMS foi no sentido de desenvolver estratégias relativas às PICs em quatro campos distintos: no campo da formulação de políticas; no uso seguro e efetivo de tais práticas, na ampliação de acesso às mesmas e, por fim, no uso racional das mesmas. Mas sem dúvida, o esforço mais significativo nas ações concernentes a esses quatro campos foi no intuito de integrar as PICs nos sistemas nacionais de cuidados com a saúde. Isso se deu através da publicação de um dos documentos mais importantes no âmbito das Práticas Integrativas, se não o mais importante visto que representa a primeira estratégia global sobre o assunto, a “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005”⁵¹ (OMS, 2002). Junto a este documento também ocorre a divulgação do texto “Medicina Tradicional: Necessidades Crescentes e seus Potenciais” (WHO, 2002)⁵². Ambos reiteram objetivos claros acerca dos quatro campos estratégicos mencionados.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares possibilitou ao Brasil maior visibilidade no cenário internacional no âmbito das PICs. Após dois anos de PNPIC, Brasília foi sede do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, em maio de 2008. O evento contou com a participação de representantes de agências internacionais, especialistas e técnicos de organismos internacionais (como a Organização Pan-Americana de Saúde, a OPAS), autoridades sanitárias, representantes de associações e sociedades científicas, docentes e pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa em saúde, coordenadores de saúde municipais e estaduais, Conselho Nacional de Secretarias

⁵⁰ “Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine”, A World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>, acesso em 11/01/13.

⁵¹ Versão em espanhol, disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/op000023.pdf>, último acesso em 14/03/2013.

⁵² WHO Policy Perspectives on Medicine, nº 2, May 2002, World Health Organization, Geneva. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/+2002/WHO_EDM_2002.4_spa.pdf, acesso em 17/03/13.

Municipais de Saúde (CONASEMS), entidades de classe profissional, Conselho Nacional de Saúde, áreas técnicas do Ministério da Saúde e outros profissionais (BRASIL, 2009,10).

O Seminário possibilitou um espaço exclusivo para a troca de ideias e experiências já concretizadas ou em andamento nos sistemas oficiais de atenção à saúde do Brasil e de outros Países como China, Cuba, Bolívia, México e Itália, o que contribuiu para aumentar conhecimentos e aprimorar estratégias de inserção das PICs no sistema de assistência à saúde pública.

4. O CICLO DA PNPIC

Há diversas formas de se analisar uma política pública e muitos modelos analíticos disponíveis para instrumentalizar essas análises, entre estes, um dos mais utilizados é o modelo do “ciclo das políticas públicas” (FREY, 2000; VIANA, 2008) onde é explorado o processo de formulação da política, em fases ou estágios, que vão desde o reconhecimento de que uma política “nasce” a fim de dar uma resposta a um problema até a fase de avaliação do impacto da política e a possibilidade de extinção da mesma, caso seus objetivos tenham sido alcançados dispensando novas considerações, sua eficácia tenha sido insatisfatório ou outro fator que determine a extinção ou reforma de uma política. É o conjunto dessas fases que caracterizam o que vem a ser o ciclo de determinada política pública.

Abaixo segue quadro explorando a definição e denominação das diferentes fases de formulação de políticas públicas. Cabe apontar que,

(...) o ponto de partida para estes modelos foi a identificação das características das agências públicas “fazedoras da política”; dos atores participantes desse processo de “fazer” políticas; das interrelações entre agências e atores; e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1997).

83

Quadro 06: As Fases do Processo Decisório em Diferentes Estudos sobre Análise de Política

Estudos	Fases Definidas
H. A. Simon – Administrative Behaviour, 1947	Inteligência, Desenho, Escolha.
H. D. Lasswell – The Policy Orientation, 1951	Informação, Promoção, Prescrição, Invocação, Aplicação, Término e Avaliação.
R. Mack – Planning and Uncertainty, 1971	Reconhecimento do Problema, Formulação de Alternativas, Decisão, Efetivação, Correção/Ajuste.
R. Rose – Comparing public policy, 1973	Reconhecimento público das necessidades existentes (como os temas são colocados na agenda, como as demandas avançam, como o governo se envolve no processo decisório, quais os recursos disponíveis e constrangimentos), Decisões Políticas (o que

	determina as escolhas de governo, a escolha no contexto), Implementação, Resultados, Avaliação da Política e Feedback.
G. Brewer – The policy sciences emerge, 1974	Invenção, Estimativa, Seleção, Implementação, Avaliação e Término.
W. Jenkins – Policy Analysis: a political and organizational perspective, 1978	Iniciação, Informação, Consideração, Decisão, Implementação, Avaliação e Término.
B. W. Hogwood and LA Gunn – Policy analysis for the Real World, 1984	Definição de Temas, Filtro de Temas, Prognóstico, Definição de Objetivos e Prioridades, Análise de Opções, Implementação da Política, Monitoramento e Controle, Avaliação e Revisão, Manutenção da Política, Sucessão e Término.
Howlett e Ramesh, Studying Public Policy, 1993	Montagem da Agenda, Formulação da Política, Tomada de Decisão, Implementação e Avaliação.

Fonte: BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F., 2011, 05. Disponível em: disponível www.ims.uerj.br/ccaps, acesso em 10/05/13.

O conceito de ciclo aqui utilizado evoluiu a partir das décadas de 1930/40 através da formulação inicial desenvolvida por Harold Lasswell que em 1951, juntamente com Daniel Lerner, descreveram sete estágios, ou fases, de desenvolvimento de uma política pública. Segundo os autores, essas sete fases partem da identificação do problema (ou informação); da formação da agenda (ou promoção); da formulação de alternativas (ou prescrições); da tomada de decisões (ou invocação); da implementação dessas decisões (ou aplicação); da avaliação; e, por fim, se for o caso de inadequação da política ou cessação das necessidades que lhe deram origem, da extinção (BAPTISTA & RESENDE, in: MATTOS & BAPTISTA, 2011, 139).

Gary Brewer, apesar de levantar críticas ao modelo do Ciclo, pontuou a relevância da fase de identificação do problema, tanto que a considerou mesmo como uma fase prévia ao ciclo (ibidem, 2011, 140). De certa forma, vários estudos partem dessa percepção de um problema (ou vários problemas); por exemplo, Howlett e Ramesh⁵³, na década de 90, pressupuseram que a montagem da agenda política (fase um em seus estudos) partem inevitavelmente da detecção de um problema a ser discutido.

⁵³ HOWLETT, M.; RAMESH, M.. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press, 1995.

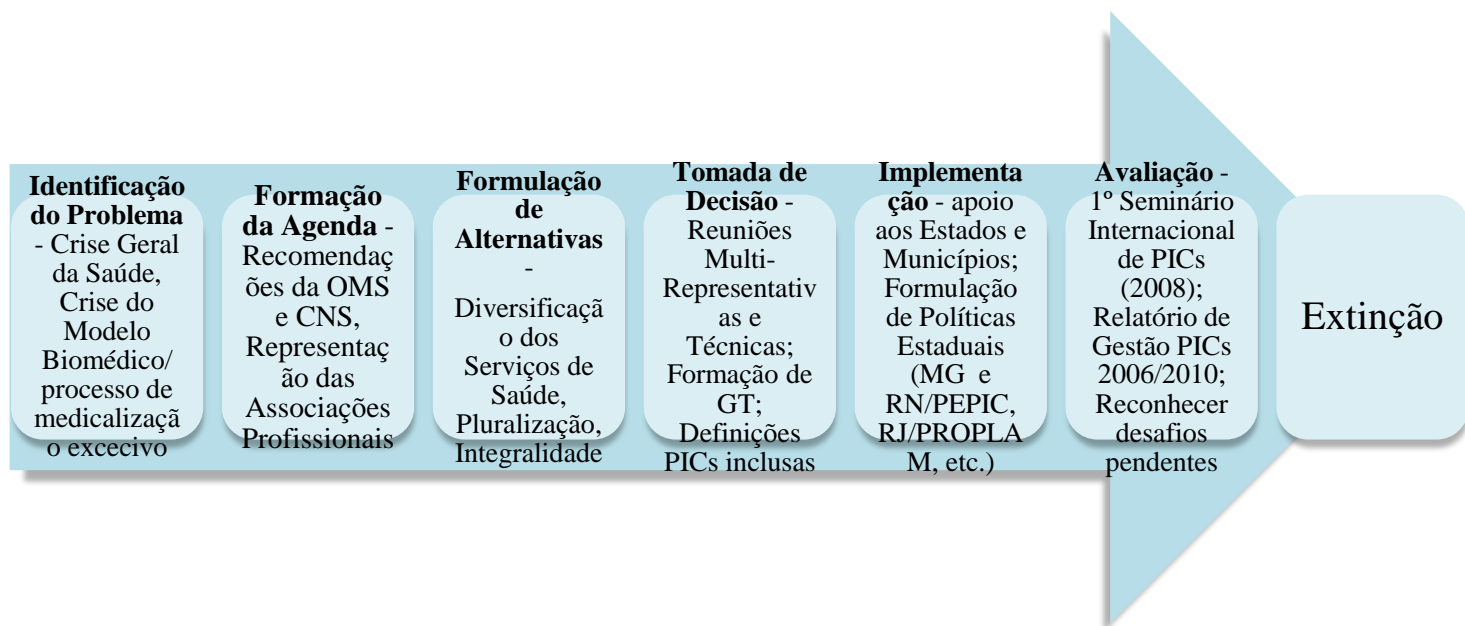
Optou-se por trabalhar com o modelo proposto por Laswell, com ênfase na identificação do problema proposto por Brewer, porque foi através desta conjunção que visualizamos a possibilidade de uma análise pragmática das fases da PNPIC com aprofundamento de algumas questões através da análise de conteúdo, sobretudo nas questões que levantam problemas sociológicos que constituem e influem nas decisões políticas.

Esse modelo nos possibilita, ainda, entender como se dá a construção das políticas governamentais partindo de uma ótica simples e linear. No entanto, justamente essa consideração é levantada como crítica ao modelo. Lindblom (1959), por exemplo, acusa o modelo de excessivamente racional, propondo, por sua vez, um modelo de análise que levasse em conta o poder e a interação entre as fases. Essa crítica nos favorece a pensar que toda política, resultado de um processo político e decisório, é um processo interativo e dinâmico, cujo início e fim nem sempre são fáceis de serem determinados e que a determinação de fases na constituição de seu processo decisório é um instrumento, entre outros tantos possíveis, pertinentes para pensar esse processo e a política em si.

Outras críticas apontam para o fato de que trocas e negociações estão sempre presentes no embate político, podendo, apesar das especificidades das fases de implementação de uma política, mudar “o jogo” a qualquer momento. Cabe então deixar claro que o ciclo de políticas públicas é um modelo operacional de análise de uma política específica, no caso a PNPIC, mas que, em realidade, não é um mecanismo perfeito de operação e que, apesar das críticas levantadas acima, o modelo do Ciclo se mantém válido até os dias de hoje.

Abaixo, segue figura expressiva da definição de cada etapa da formulação da PNPIC e dos respectivos fenômenos que predominam em cada etapa, segundo o estudo que realizamos dessa Política:

Gráfico/Figura 03 – O Ciclo da Política Pública: esquema de visualização e interpretação que organiza as fases sequenciais e interdependentes na formulação e implementação da PNPIC



Fonte: revisão bibliográfica das referências citadas nos subitens anteriores aliada às leituras concernentes a formulação da PNPIC, livre criação da autora.

Assim, partimos nossa análise identificando a primeira fase do ciclo da política pública da PNPIC a partir da percepção de que existe um problema, um problema social que deve ser posto como problema sociológico. Também problema quando este indica a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível, de modo que o problema pode tanto tornar-se mais grave e abrangente no decorrer do tempo (como a crise do modelo biomédico), como pode aparecer de súbito, apoiado em mudanças socioeconômicas que requerem reestruturações institucionais.

A forma com que o problema é definido é fundamental para o processo de persuasão e é importante na escolha da solução (FISCHER; MILLER; SIDNEY, 2007). A delimitação do problema envolve definir quais são seus elementos, e sintetizar em uma frase a essência do mesmo. No subcapítulo 1.2 (início na página 22) foram apresentados alguns aspectos que consideramos principais e que subsumem a crise da saúde na atualidade. Definimos esta crise geral da saúde e seus vários elementos constitutivos (superespecialização médica, altos custos da saúde baseada no modelo biomédico, medicalização social extrema, detecção de um mal-estar difuso na sociedade moderna, demanda da sociedade por prática alternativas e complementares que sejam condizentes com seus modos e estilos de vida, ou seja,

necessidade de pluralização das opções oficiais dos cuidados com a saúde, etc.), com ênfase na saúde pública, como o problema social que desencadeou a demanda por uma Política que possibilitasse soluções para este problema, se não à crise geral da saúde de forma ampla, visto que um problema social com múltiplos aspectos como esse requer ações em longo prazo com ampla articulação de variados setores sociais e da administração pública, ao menos representa possibilidades para alguns elementos da crise, como a pluralização no cuidado com a saúde e o aumento da resolubilidade do sistema de atenção à saúde pública.

A PNPIC (2006b, 33) considera, por exemplo, que incentivar a implementação da Acupuntura no SUS pode ajudar a identificar “técnicas e condutas mais eficazes, efetivas, seguras e eficientes para a resolução de problemas de saúde de uma dada população”; bem como o uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicas na Atenção Básica à saúde pode melhorar o grau de ajuste entre os recursos de saúde ofertados à população e suas necessidades (ibidem, 64) possibilitando resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em um território (ibidem, 65), pois a eficácia dessas plantas medicinais e fitoterápicas corrobora a probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício de aplicação de uma tecnologia a um determinado problema em condições ideais de uso (OTA, 1978).

Barbosa et al (2001) versam que seria interessante que todos os setores da saúde conhecessem diferentes modalidades terapêuticas que permitissem ampliar sua atuação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Nesse sentido, os estudos de Souza e Vieira (2005) sinalizam o potencial que políticas como a PNPIC têm para a promoção de espaços favoráveis ao uso de outras racionalidades.

As ciências da saúde precisam estar atentas a esta demanda da sociedade em terem práticas de cura locais valorizadas e prestadas com segurança e eficácia também na assistência à saúde, possibilitando que outros valores e significações no cuidado à saúde sejam respeitados pelo que eles representam para diferentes grupos sociais e culturais.

Capra (2006) propõe novos rumos para a saúde e aponta para o paradigma holístico como alternativa frente à crise do paradigma cartesiano que fundamenta a medicina ocidental atual. A PNPIC, ao propor novos caminhos para a saúde, torna ainda mais visível a necessidade de revermos os atuais modelos de atenção à saúde, incluindo uma avaliação desde as instituições de ensino e de pesquisas até a prestação de serviços. O autor ainda nos alerta para o cuidado e a avaliação quanto as forma como essas alternativas se colocam junto à medicina científica já que é inegável, apesar de suas limitações e falhas, o enorme poder simbólico das práticas biomédicas em nossa cultura ocidental.

Na segunda fase de formulação da PNPIC temos a formação da agenda que se trata de um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes, fazendo com que o problema entre numa agenda de discussões para elencar e possíveis soluções. Os temas variam de acordo com a identificação do problema que pode ser desde uma calamidade pública, uma crise específica ou geral até uma articulação de grupo de interesses (VIANA, 2008). Dessa forma, a formulação da agenda é subsumida à fase anterior e considera-se como fase de formulação de uma política pública à medida que se destaca da realidade com potencial imediato para reflexão e ação.

A agenda se subdivide em dois grupos: a agenda política que constitui o conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública, nesse caso a resolubilidade e pluralização da assistência à saúde, e a agenda formal, ou institucional, que é aquela que elenca os problemas ou temas que o poder público já decidiu enfrentar, como a inserção de práticas alternativas e complementares na assistência pública por meio de políticas específicas normativas e regulatórias. Com o exposto no Capítulo 03 (página 66) sobre as raízes formais da PNPIC, vemos que essas práticas já vêm sendo discutidas nos eventos, decretos, políticas, etc. e inseridas em vários nichos de cuidados com a saúde no Brasil há algum tempo.

A Agenda também pode se definir a partir de temas veiculados repetidamente pela mídia, ou seja, um conjunto de problemas ou temas que recebem especial atenção dos diversos meios de comunicação. Assim, observa-se que existem três condições para que um problema entre na agenda política de ação governamental: a *Atenção* que este problema chama para si; a *Resolubilidade* que este problema requer para deixar de ser um problema iminente; e, por fim, a *Competência* necessária para efetivamente dar conta da situação com os meios disponíveis em determinado momento.

Quanto a *Atenção*, a OMS desde 1978 é enfática nas suas recomendações acerca da necessidade de que práticas de saúde passem a englobar práticas locais de cuidados com a saúde e a doença como forma de respeito às características particulares com que diferentes culturas desenvolvem sistemas de cura identificados com crenças e tradições, a fim de levar à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos (ATA-VII-6-1978).

O problema da saúde pública chama ainda mais atenção quando observamos a forma com que suas mazelas são expostas na mídia todos os dias, tornando evidente que a assistência à saúde no Brasil, apesar do avanço que a criação do SUS representou para grande parte da população, requer urgentemente reformas que dê maior segurança e cuidados integrais aos dependentes dessa assistência.

Essa *atenção*, por si, já evoca que reformas devam acontecer urgentemente, a fim de que mudanças possam ocorrer a fim de dar conta das necessidades imediatas das pessoas, como o direito de serem atendidas em tempo hábil de acordo com a gravidade de seus problemas de saúde, favorecendo o escoamento do sistema, a garantia de maior eficácia das práticas disponíveis frente às necessidades e ao background cultural dessas pessoas, dentre outras medidas que auxiliem de forma significativa na resolução desses problemas que se mostram críticos.

Quanto à Competência, é preciso que as formas pensadas para a resolução do problema sejam coerentes com as necessidades das pessoas afetadas e racionalmente aplicáveis com efeitos a serem sentidos a curto e longo prazo, visando uma continuidade de sua aplicação com a devida economia processual, pois uma política contínua, também significa economia para os cofres públicos o que por sua vez, pode auxiliar na manutenção e investimento desta política.

O próximo passo na formulação de uma política pública é a “formulação de alternativas” ou, em outras palavras, a formulação de soluções que passem pelo estabelecimento de objetivos e estratégias bem definidas. Um mesmo objetivo pode ser alcançado de várias formas, por caminhos diferentes e por isso costuma-se recorrer à três técnicas que definirão os caminhos mais hábeis. A primeira técnica parte de *projeções*, ou seja, parte da observação de tendências na área que se pretende solucionar e desenvolver; a segunda técnica se baseia em *predições* que se utilizam de teorias ou analogias para criar soluções e, enfim; a terceira técnica utiliza-se de *conjecturas* que consistem em juízos de valor.

Para Kingdon (2003) as alternativas para a solução de problemas são geradas em comunidade (*policy communitie*) que é formada pelo conjunto de especialistas, pesquisadores, assessores parlamentares, acadêmicos, analistas (muitos destes pertencentes a grupos de interesse), funcionários públicos, entre outros atores envolvidos. Alguns grupos são resistentes às novas ideias, principalmente quando a alternativa em debate tem a possibilidade de mexer com o status quo. Lembramos que os saberes e práticas hegemônicas de cuidados com a saúde no contexto brasileiro são as oriundas da racionalidade biomédica e que as PICs, por muito tempo, foram consideradas alternativas àquelas demarcando sua posição subalterna no sistema de atenção à saúde. Nesse sentido, a forma como essas práticas emergirão a oficialidade dizem muito sobre essa relação de poder, pois elas vêm não para substituírem as práticas oficiais, mas para enriquecê-las, sobretudo no que lhe falta no quesito integralidade.

Dessa forma, essa resistência não é “inquebrável” e pode ser ultrapassada, se não vencida, com a difusão da alternativa em questão através de congressos, publicações, e outros fóruns de debate que auxiliem na visibilidade do tema e que possa angariar simpatizantes, como vem ocorrendo com o tema das práticas integrativas no país em eventos da área da saúde⁵⁴. A este processo se dá o nome de “persuasão” e facilita à expansão do número de adeptos a determinada ideia e, conseqüentemente, a entrada na agenda decisional. As ideias postas como alternativas viáveis podem ter, nesse contexto de visibilidade, maior importância que os próprios grupos que fazem pressão sobre os decisores políticos (CAPELLA, 2007). Acreditamos que, no caso da PNPIC, no entanto, os grupos de pressão, sobretudo as associações de representação profissional, foram fundamentais tanto na formulação da Política quanto na escolha das práticas englobadas por ela, pois estes participaram efetivamente do processo político, influenciando desde a definição até a avaliação do problema por meio de levantamentos (BRASIL, 2006b, 67), relatórios (idem, 09, 12, 20) e recomendações (idem, 20, 40).

Ainda, para a construção da PNPIC, cremos que a técnica que se destacou em sua formulação foi a de “projeções”, tendo em conta as recomendações da OMS que desde 1978 já recomendava a incorporação de medicinas tradicionais na atenção primária em saúde, justificando que grande parte da população mundial dependia das práticas tradicionais em cuidados primários para tratar de suas afecções (OMS, 1978, 1979). No contexto nacional, a Medicina Natural e as Práticas Complementares foram incluídas como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agência Nacional de Prioridades em Pesquisa no ano de 2004 durante a 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde e outros documentos no mesmo sentido de reiteração de incorporação dessas práticas no cuidado com a saúde⁵⁵.

A tomada de decisão é o 4º momento do ciclo e representa aquele momento em que os interesses dos atores envolvidos no debate político são equacionados e as intenções destes são explicitadas, ou seja, objetivos e métodos passam por enfrentamentos onde o problema público deve chegar a um consenso, ou no mínimo, uma decisão aceitável.

Essa tomada de decisão não é nada simples já que os tomadores de decisões têm problemas complexos em mãos que exigem a convergência e harmonização de uma série de fatores, assim eles correm atrás de soluções procurando basearem-se em modelos clássicos do

⁵⁴ Ver Quadro 05, página 62.

⁵⁵ Aqui, novamente, remetemos ao quadro da página 62 para não repetirmos a listagem dos eventos e documentos já citados no quadro.

campo da política, como o Modelo de Racionalidade Absoluta⁵⁶ e o Modelo de Racionalidade Limitada⁵⁷. Dessa forma, os tomadores de decisão vão ajustando os problemas às soluções, e as soluções aos problemas recorrendo, constantemente, ao *incrementalismo*⁵⁸.

Essa fase chama a atenção para o fato de que em políticas públicas há um planejamento que se pretende aparentemente racional e neutro, onde este planejamento é realizado pelo Estado (*policy*) e, por outro lado, há o resultante de ações dos atores políticos que visam à defesa de seus interesses e valores – *politics* (RUA, 2009,09).

A fase de implementação da política pública é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações, assim procura-se visualizar os obstáculos e as falhas que costumam acometer à determinada política pública. É importante visualizar erros anteriores à tomada de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados ou mesmo otimismo exagerados que transformem a política em questão como *salvadora* incontestemente do problema a ser solucionado.

Enfim, no processo de avaliação de uma política pública acontece uma espécie de julgamentos em série sobre a validade das propostas em questão para a ação pública que se pretende validar; essa avaliação acontece antes da implementação da política (*ex ante*), durante sua implementação (*in itinere* ou monitoramento) e após sua implementação (*ex post*); sendo que os principais elementos considerados são dados: (a) por critérios pré-estabelecidos que são determinados pela economicidade, pela eficiência econômica, pela eficiência administrativa, pela eficácia e pela equidade; (b) por indicadores positivos (*input*), negativos (*output*) e resultados (*outcome*); e, por padrões que possibilitam uma comparação ou, em outras palavras, padrões tidos como absolutos por considerarem metas qualitativas ou quantitativas estabelecidas anteriormente à implementação da política pública.

Já para que haja a extinção da política em questão é necessário que ou o problema tenha sido resolvido, ou tenha sido avaliada como ineficaz ou, ainda, o problema que deu origem a criação da política tenha perdido progressivamente a importância. No entanto, uma política pública que mexe com algo tão fundamental à manutenção da vida dos cidadãos

⁵⁶ A racionalidade absoluta subjacente ao modelo econômico clássico, confere aos tomadores de decisão a possibilidade de otimizar suas decisões a partir do conhecimento de todas as opções disponíveis.

⁵⁷ A racionalidade é sempre relativa ao sujeito que decide, não existindo uma única racionalidade tida como superior.

⁵⁸ O incrementalismo nos remete a visão da política pública como um processo incremental; este conceito foi desenvolvido inicialmente por Lindblom (1959; 1984), onde, baseando-se em pesquisas de base empírica, o autor argumentava que a os recursos governamentais para um programa ou uma dada política pública não partem do acaso e sim, de decisões marginais e incrementais que não levam em consideração mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas públicos. Assim, as decisões dos governos seriam apenas incrementais e pouco substantivas.

acaba criando raízes muito profundas na sociedade (como é o caso de políticas de assistência social e de assistência à saúde), assim, essas políticas públicas ganham certa legitimidade e estabilidade no seio da sociedade e, não são raros os casos em que uma política pública continua *viva*, com um valor intrínseco, mesmo que após o problema que a havia gerado já ter se tornado ultrapassado.

5. REFLEXÕES FINAIS

Muito se fala em crise da saúde, não só no Brasil como no mundo; esta crise não é apenas institucional, mas também está atrelada às questões da própria noção do saber e da razão médica. Um dos descontentamentos gira em torno da dissociação progressiva entre a doença (vista como patologia) e o doente (indivíduo, pessoa que sofre a doença), em relação ao tratamento que este vai receber, ou seja, se vai ser ouvido, compreendido, curado ou apenas tratado, virando estatística, com sua fala sendo calada diante dos dados resultantes de exames e análises clínicas, negando-lhe assim o seu papel de sujeito. Propostas institucionais como a incorporação das práticas integrativas e complementares em saúde nos sistemas médicos vigentes podem representar um passo no caminho de dar algumas respostas a estes descontentamentos.

A insatisfação com o modelo biomédico, que é a base da medicina moderna ocidental, obriga profissionais de saúde e gestores públicos a pensarem novas formas de resolução dos problemas de saúde, abarcando, inclusive, novos paradigmas. É inegável que no processo de saúde e doença sempre haverá um alto grau de subjetividade presente e o reconhecimento desta pode justificar mudanças evidenciando que mesmo as verdades mais arraigadas são transitórias e demandam conexões, trocas, sínteses e reavaliações.

A permanência do modelo biomédico com sua insuficiência para lidar com novas situações de doença e mal-estar que acometem as sociedades atuais põe em dúvida a validade e eficácia suprema desse modelo. Se a fé na ciência e seus desenvolvimentos abriu caminho para uma nova racionalidade na qual a razão, a factualidade e a experiência controlada, produzida e reproduzida, colocaram de lado as superstições do passado, hoje se busca algo a mais, um sentido para além da técnica e da mecanicidade que instrumentalizam essa racionalidade. É nos momentos de dor e sofrimento que o ser humano busca explicações e sentidos para o que lhe acomete e é nesse momento que ele quer ser ouvido e curado, não apenas auscultado e medicalizado.

Além do fator humano e da satisfação, outro argumento entra em questão quando observamos as enormes restrições econômicas que comprometem a capacidade médica de atender a todos os indivíduos, igualmente, como sugere o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2010, 33).

No âmbito deste estudo, tomou-se como pressuposto que, ao invés de oferecer uma única verdade, um modelo único como solução para o cuidado com a saúde, a PNPIC, independentemente de sua forma ou discurso, oferece opções de cuidado com a saúde que são, até então, inéditas na formulação das políticas de saúde pública brasileira e que essas diferentes ofertas estão embasadas em diferentes narrativas que problematizam a realidade vinculada a saúde e a doença enriquecendo o debate em torno das questões e dos serviços de saúde. Com relação à inclusão da diversidade e pluralização do atendimento à saúde a Política afirma que “o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS” (BRASIL, 2006b, 05). Esta Política Nacional busca, portanto, concretizar tal prioridade, imprimindo-lhe a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil.

Primeiramente, podemos entender a PNPIC como uma política que dá continuidade ao processo de implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, pois a inserção das práticas integrativas favorece de forma efetiva o cumprimento dos princípios e diretrizes que regem o Sistema. Ao considerar o indivíduo na sua dimensão global, ou seja, sem perder de vista as especificidades culturais e regionais, as concepções de saúde, doença, sintomas, etc., expostas pelos usuários dos serviços de saúde, as práticas integrativas e complementares corroboram para efetivação da integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2006b, 86).

Para além de explicar sobre a Política pretendeu-se, também, levantar alguns questionamentos sobre ela que suscitem a reflexão crítica em torno da relação existente entre política, ou a Política, e a realidade à qual ela está vinculada. Políticas públicas de saúde devem, necessariamente, responder à sociedade, por isso suas diretrizes e linhas estratégicas de ação são obrigadas a serem condizentes com a demanda posta pelo seu público alvo e com as possibilidades materiais e profissionais do locus onde serão inseridas. Essa reciprocidade pode favorecer o desenvolvimento econômico e social do país.

É nesse sentido, também, que pontuamos a necessidade de atentarmos para o princípio democrático da saúde pública, pois a questão da reciprocidade também se refere à estimulação da participação dos indivíduos e grupos alvos da Política em todos os processos de sua formulação, implantação, avaliação e possíveis reformulações. No estudo da PNPIC, poucos indícios surgiram nesse sentido, pois não detectamos, em nenhum momento, a participação dos possíveis usuários dessas práticas via SUS nas diferentes fases de formulação da Política.

Enfatizamos a urgência na realização de uma avaliação rigorosa e pública sobre as necessidades desses usuários, pois nos parece óbvio que deva ser levado em conta os interesses não apenas dos grupos partidários e das associações profissionais, como também de todos os envolvidos nos serviços de saúde, principalmente os pacientes; deve-se dar maior atenção aos seus múltiplos interesses, suas necessidades, valores e aspirações, que a sociedade seja de fato ouvida e atendida com seriedade.

Outra questão é levantada quando observamos que a medicina contemporânea, com sólida base cognitiva e complexo corpo de conhecimento científico, propiciou ao papel do médico o monopólio da prática médica, colocando assim os praticantes de outras medicinas na ilegalidade.

Assim, as práticas terapêuticas pertencentes à Medicina Alternativa, cuja denominação indica um sentido de alternância em relação às práticas convencionais da Medicina Oficial e a Medicina Complementar, cuja denominação indica uma situação de subalternidade/concomitância às práticas oficiais, são formadas por um grupo de diversos sistemas médicos e de cuidados em saúde e produtos que, atualmente, não são considerados parte da Medicina Ocidental Moderna (alopática). Para que estas práticas, situadas à margem do sistema de saúde hegemônico, possam adquirir legitimidade e eficiência, não basta *dizer* que são legítimas e eficientes. É preciso dar condições reais para que se estabeleçam e desenvolvam para além do colonialismo e paternalismo da Medicina Oficial.

Neste íterim, reconhecemos que a mera inclusão de práticas alternativas e complementares no âmbito da medicina oficial não deve se dar sem o devido controle e acompanhamento. Mas é justamente este controle e acompanhamento que podem vir a se configurarem mais como um apadrinhamento dessas práticas do que uma inserção altruísta das mesmas, pois inseri-las no sistema oficial não é o mesmo que lhes permitir autonomia. O texto da Política afirma a necessidade de regulação das práticas devido ao fato de que as experiências ocorridas até agora na rede pública, estadual e municipal, em termos dessas práticas não possuíam diretrizes específicas, levando as mesmas a terem um desenvolvimento e uso desigual, descontinuado e, ainda, sem registros que deem bases para o fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação.

Devemos estar atentos para o fato de que os parâmetros de acompanhamento e eficácia das PICs passam necessariamente pelos parâmetros ditados pela biomedicina, seu modelo e paradigma, podendo aumentar o poder da medicina oficial sobre a população e sobre as determinações destas práticas.

Estudos mais detalhados que relatem experiências mais específicas podem vir a demonstrar que a medicina oficial não se encontra, ainda, preparada para dividir igualitariamente competência e saberes e, assim, acolher práticas integrativas e complementares sob um olhar tanto zeloso quanto controlador.

Uma das contribuições das Ciências Sociais no campo da saúde foi o seu papel de inquiridor de representações e relações estabelecidas que, segundo Barros (2006, 850), objetiva “dar visibilidade às formas soterradas de sociabilidade”. Por sinal, Barros possui uma visão bastante positiva sobre a Política, pois visualiza nela a promoção e a inclusão de práticas de cuidado subsumidas ao discurso médico hegemônico representado pela biomedicina (ibidem, 850).

As PICs são práticas que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde e contribuem, entre outros, para a promoção da saúde, inserção social, redução do consumo de medicamentos, melhoria da autoestima e qualidade de vida. No campo da saúde, podemos afirmar sem receio que ainda não atingimos um patamar no qual além de tratarmos a doença, também conseguimos preveni-la de modo mais eficaz. Essas práticas podem significar um importante passo no caminho da prevenção, da resolubilidade do sistema, da diminuição de agravos, do autocuidado e confiança, bem como da pluralização e valorização de culturas e costumes locais que fazem tanto sentido quanto se mostram eficazes.

Quanto ao autocuidado, pontuamos a ênfase que as Medicinas Alternativa, Complementar e Integrativa colocam sob o termo preventivo dos cuidados em saúde, ênfase esta que pode ajudar a incentivar na sociedade o hábito da prevenção de doenças (enquanto a Medicina Ocidental Contemporânea tem dado prioridade ao diagnóstico e tratamento da doença), o que possibilita que visualizemos na reflexão e implementação das práticas da PNPIC um esforço em direção a esse hábito que só tende a ser benéfico para a saúde pública em geral.

Por outro lado, justamente essas novas formas de autocuidado possibilitadas pelas Medicinas Alternativa, Complementar e Integrativa, não deixam de impor novos tipos de cuidados sobre si, de responsabilização do indivíduo pelas doenças que, talvez, ele pudesse evitar. Essa é mais uma questão que pode levar ao aumento do âmbito de responsabilização do doente pela sua doença, responsabilização essa que já não é pouca, pois as campanhas do Ministério da saúde há muito vem focando que o comportamento individual é fator determinante no fato de ter ou não ter determinada doença, de modo que, os fatores determinantes de saúde ou doença que o indivíduo precisa conhecer e se adequar para manter-se saudável, trabalhador, cidadão cumpridor de seus deveres sociais e políticos não param de

crescer; crescem à medida que o conhecimento científico faz novas descobertas que influenciam na saúde da população.

Enfim, outra visão bastante positiva em relação a visibilidade das PICs na sociedade atual é levantada por Martins (2003) quando afirma que mudanças estão ocorrendo no campo da saúde, mudanças estas que vislumbram um horizonte possível de maior humanização e integralidade nessa área. O autor acredita que uma verdadeira mudança esteja em curso no campo da saúde com reflexos em níveis sociais, políticos e institucionais diversos, a saber: “nas políticas públicas, no financiamento ao setor, nos atores que participam das decisões e que reagem a seus efeitos, nas relações interinstitucionais, nas técnicas de cura, dentre outros” (ibidem, 57).

É possível que a própria emergência dessas práticas integrativas e complementares no âmbito da PNPIC, possa significar uma lenta mudança, difusa e ainda que incipiente, na representação da doença e no cuidado do doente no sentido de atender a necessidade de conceber os indivíduos, doentes ou não, de uma maneira mais integral. Podemos procurar indícios na PNPIC de que a inserção das PICs no SUS possa ensejar a afirmação de que um novo contexto de institucionalização da saúde/doença esteja em (lento) andamento, talvez mero deslumbre, mas certamente condizente com o fato de que as sociedades humanas não são estáticas como também não o são suas diferentes instâncias e instituições. No entanto, para darmos respaldo a essa interpretação, a PNPIC precisaria, muito provavelmente, sofrer algumas mudanças que venham ao encontro da variedade cultural e regional do nosso país e dos princípios democráticos que uma política pública deve, obrigatoriamente, seguir.

Deve ser levado em conta que o Brasil é um país extremamente extenso territorialmente o que certamente contribui para a variação da disponibilidade de certos recursos terapêuticos; para dar um exemplo, a prática do termalismo (que é uma das práticas tuteladas pela Política) não seria viável a certas regiões do Brasil que se encontram muito distantes desses centros termais, fazendo com que os usuários que se encontram longe desses centros acabem sendo excluídos dos benefícios de tal prática terapêutica.

Se a Saúde está em processo de mudança paradigmática em busca de maior humanização, como sugere a tese de Martins (2003), seria coerente dizer que esta mudança está por demanda da sociedade, que seria a responsável por revestir de autoridade essas práticas ditas alternativas ou complementares frente ao poder do Estado que se vê obrigado a regular e legitimar essas práticas. É isso que o próprio documento da Política sugere (BRASIL, 2006b, 04). Acredita-se que haja demanda social por práticas diferenciadas em saúde, porém a dúvida pairou sobre essa autoridade que a sociedade teria para evocar o

reconhecimento dessas práticas, visto que mesmo a escolha das PICs para serem acolhidas na Política nos pareceu muito mais resultantes da força de representação das associações profissionais e institucionais do que advindas das diversidades locais e das realidades materiais e profissionais de cada região.

Assim, mais uma vez aparece a necessidade de atentarmos para a porosidade das instituições e dos valores democráticos inerentes ao processo de consolidação da saúde como direito e como serviço (PINHEIRO, 2004, 12).

Atentamos, ainda, para a questão da publicização da PNPIC que, de um modo geral, parece-nos ainda muito incipiente, ou mesmo voltada exclusivamente para as discussões acadêmicas e políticas e, apesar de que já se vão mais de meia década da publicação da Política, a grande maioria da população não sabe da disponibilidade no SUS dessas práticas diferenciadas⁵⁹.

Finalizando, considerando que as formas de produzir e validar saberes são construções sociais e como tais sujeitas às mudanças (Santos, 1987; 2000), estas advêm do caráter dinâmico da cultura e do desenvolvimento social aliado a *n* fatores. A transformação na saúde pública deve vir, assim, através da resposta do Estado às necessidades reais da população, bem como é fundamental lançar alguma luz sobre como está se dando a escolha, a aplicação e a validação de saberes exógenos em saúde em nossa sociedade e, ainda, qual o grau de autonomia permitido a estas práticas através de sua inserção no escopo do que tem sido tradicionalmente da gerência da Biomedicina.

98

⁵⁹ O 1º Seminário da Região Sul sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS só realizou-se em agosto de 2012, 6 anos após a promulgação da Política Nacional, evento este que foi promovido pela Comissão de Práticas Integrativas (CIPIC – SUS) do Conselho Nacional da Saúde, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande (SES/RS), Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), FAMURS e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (CONSEM/RS). No Seminário debateu-se medidas de estímulo à implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde nos três estados (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Fonte: http://www.crfsc.org.br/nv/index.php?option=com_content&view=article&id=1467:estados-da-regiao-sul-debate-politicas-para-praticas-integrativas-e-complementares-do-sus&catid=37:crf-em-acao, acesso em 05/06/2013.

5. REFERÊNCIAS

- ACKERKNECHT, E. **Medicine and Ethnology**. Selected Essays, Baltimore, John Hopkins Press, 1971.
- ADAM, P. & HERZLICH, C.. **Sociologia da doença e da medicina**. Editora da Universidade do Sagrado Coração, Bauru, 2000.
- ADORNO, R. C. F.; VASCONCELLOS, M. P.; ALVARENGA, A. T.. **Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública**. *Saúde e Sociedade* [online], vol. 20, n. 1, p. 86-94, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000100011&script=sci_arttext, acesso em 12/03/2013.
- ALVES, P. C. (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. ALVES, P.C. & RABELO, M. C. (Org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- ARAÚJO, E. C. **Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento**. In: Revista Brasileira de Saúde da Família, ano IX, ed. Especial (maio), Brasília: Ministério da Saúde, p. 64-69, 2008.
- ANDRADE, J. T. & COSTA, L. F. A.. **Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/03.pdf>, acesso em 04/06/2012.
- AUGÉ, M.. **L'anthropologie de la maladie. L'Homme**. No spécial Anthropologie, Etat des Lieux. Paris, Navarin, Livre de Poche, p. 77-88, 1986.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. **Introdução**. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [online], p.10-19, 2011. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps, último acesso em 11/10/12.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. In: Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p. 138-172. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps, acesso em 10/05/13.
- BARBOSA, M. A. et al. **Terapias alternativas de saúde x alopatia: tendências entre acadêmicos de medicina**. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], 3(2), 2001. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/terapias.html, acesso em 15/04/2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Disponível em: <http://circulobrasileiroidesociologia.blogspot.com.br/2011/05/campeao-de-downloads-laurence-bardin.html>, acesso em 12/11/12.

BARRETO, A. A. B. **Representação das Associações profissionais no Brasil: o debate dos anos 1930.** *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 22, p. 119-133, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n22/n22a10.pdf>, acesso em 28/11/12.

BARROS, J. A. C. **Pensando o processo saúde: a que responde o modelo biomédico?** *Revista Saúde e Sociedade*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>, acesso em 28/09/2012.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C. **A formação do pós-graduando no mundo contemporâneo no cotidiano da pesquisa.** *Saúde e Sociedade* [online], vol. 20, n. 1, p. 50-56, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/07.pdf>, acesso em 22/06/2012.

BARROS, N. F. **Conceituação sobre Práticas Integrativas e Complementares.** 2010. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/Conceituacao2010.pdf>, acessado em 07/04/2012.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol. 11, n. 3, p. 850-850, 2006.

100

_____. **Da medicina biomédica à complementar: um estudo sobre os modelos da prática médica.** Campinas, São Paulo: [s.n.], 2002.

BIRCH, S. **Developing a research strategy for the acupuncture profession: research questions, resources necessary to answer them, and guidelines for matching resources to types of research.** *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, Elsevier Science, v.4, p. 29–33. 2003.

BOAS, C. T. V. **Para Ler Michel Foucault.** 2ª ed. [online], 2002. 102p. Disponível em: <http://www.filoczar.com.br/foucault/Para-Ler-Foucault-Vilas-Boas.pdf>, último acesso em 10/10/12.

BOURDIEU, P. **O Campo Científico.** Reproduzido de *Le Champ Scientifique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n. 2/3, jun., p.88-104, tradução de Paula Monteiro, 1976. Disponível em: http://uainformatica.net/luciana/campo_cientifico_bourdieu.pdf, último acesso em 15/10/2012.

_____. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva, 1982.

_____. **Esboço da teoria da prática.** In: ORTIZ, Renato (Org.). Pierre Bourdieu/Sociologia. 2ª ed. (Coleção Grandes Cientistas Sociais), São Paulo: Ática, p.46-81, 1994.

_____. **O poder simbólico.** RJ, Bertrand Brasil. 1989.
<http://www.4shared.com/get/5nOzmukU/BOURDIEU-Pierre-O-poder-simbol.html>

_____. **O campo científico.** In: Renato Ortiz, org. Pierre Bourdieu - Sociologia. São Paulo: Editora Ática, p.122-155. Publicado originalmente em francês (1976), 1983.

BUCHILLET, D. **A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde.** In: Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. (Dominique Buchillet, org.), Belém, MPEG/CEJUP/UEP. p. 21-44, 1991.

BRASIL. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília. 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>, acesso em 14/10/12.

_____. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Relatório Final.** Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001. 159p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares de Saúde.** Resumo Executivo. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>, acesso em 06/04/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** PNPIC: atitude de ampliação de acesso – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 92p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic_atitude_ampliacao_acesso.pdf, acesso em 28/09/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Série B. Textos Básicos de Saúde, 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos.** Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC.** – Brasília: Ministério da Saúde, 196 p., Série C, Projetos, Programas e Relatórios, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988).** [Versão online] Brasília, 2010. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf, acesso em 13/03/13.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2006/2010 – Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/rel_gestao2010_final.pdf, acesso em 10/10/2012.

BRASIL, A. C. O. **Controle Social e as Práticas Integrativas e Complementares na Saúde.** Conselho Nacional de Saúde. Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2 Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/seminario_pnpic/dia14_05/dra_ana_cristina_de_oliveira_brasil.pdf, acesso em 21/07/2012.

102

BORGES, Z. N. B.; MEYER, D. E. **Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia.** Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, p. 59-76, jan./mar, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v16n58/a05v1658.pdf>, acesso em 12/01/2012.

BUENO, W. C.. **Comunicação e promoção de saúde no Brasil.** Congresso Multidisciplinar de Comunicação para o desenvolvimento Regional. São Bernardo dos Campos, 2006. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/e/e1/GT2-COMSAuDE-01-Comunicacao_e_promocao-Wilson.pdf, acessado em 25/10/2010.

CAMPBELL, C.. **A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio.** *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.5-21, 1997.

CANESQUI, A. M.. **Sobre a Presença das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Pública.** *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/03.pdf>, acessado em 05 de agosto de 2012.

_____. **Ciências Sociais e saúde no Brasil.** São Paulo: Aderaldo & Hothschild, 2007.

- _____. **Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (1): 109-124, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a09v08n1.pdf>, acessado em 22/06/2011.
- CAPELLA, A. C.. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas.** In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 87-122, 2007.
- CAPRA, F.. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** 26. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- CARDOSO, F. L. L.; HELLER, C.. **A influência do relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942-1950).** Araraquara, UNESP, São Paulo. 2010. Disponível em: http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_35833143870.pdf, acesso em 24/01/13.
- CARDOSO, T. A. et al. **Etnicidade e Imprensa em Santa Maria – RS.** XX Salão de Iniciação Científica PUCRS, 2009.
- CATALANO, R.. **Health, Medical Care, and Economic Crisis.** *New England Journal Of Medicine*, 360: 8 (February 2009) p. 749-751. Disponível em <http://www.nejm.org/Doi/Pdf/%2010.1056/Nejmp0809122>, acesso em 04/2011.
- CINTRA, M. E. R.; FIGUEIREDO, R.. **Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde.** *Interface (Botucatu)* [online], v.14, n.32, p. 139-154. ISSN 1414-3283, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000100012&lang=pt, acesso em 23/12/2012. 103
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>, acesso em 10/06/2012.
- CORTES, S. V.. **Sociedade e Políticas Públicas.** *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez, p. 14-19, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a02n16.pdf>, acessado em 14/06/2012.
- COSTA, N. R.. **Estado, educação e saúde: a higiene da vida.** *Cadernos do Cedes: Educação e Saúde*, 4. São Paulo: Cortez, p. 4-23, 1987.
- COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R.. **Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online], v. 17, n. 4, p. 925-937, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000400005, acesso em 25/09q2012.
- CUNHA, O. M. G.. **Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo.** *Mana* [online], vol. 10, n. 2, p. 287-322, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132004000200003, acesso em 10q2012.

DEUSDARÁ, B.; ROCHA, D.. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória.** Alea, vol. 07, n. 02, jul-dez, p. 305-322, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf>, acesso em 12/11/12.

DINIZ, D. S.. **A “ciência das doenças” e a “arte de curar”:** trajetórias da medicina hipocrática. Dissertação (mestrado) – Universidade do estado do Rio de Janeiro, Instituto de medicina Social. p. 22-60 e p. 139-149. 2006. Disponível em: http://www.cesaho.com.br/biblioteca_virtual/arquivos/arquivo_185_cesaho.pdf, acessado em 14/06/2012.

DINIZ, D.. **Ética, aborto y democracia. Perspectivas Bioéticas.** V. 15, p. 28-39, 2011.

_____. **Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.13, n.2, p. 417-426, 2008a. Disponível em: <http://www.udo-schuklenk.org/files/etica.pdf>, acesso em 04/2013.

_____. **Bioética e Gênero.** *Bioética* (Brasília), v. 16, p. 207-216, 2008b.

_____. **Bioética: Fascínio e Repulsa.** *Acta Bioethica*, Santiago, v. 8, n.1, p. 41-46, 2002.

DINIZ, D.; GUERREIRO, I.. **Ética na Pesquisa Social: desafios ao modelo biomédico.** *Reciis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 2, p. 78-91, 2008.

DINIZ, D; GUILHEM, D; SCHUKLENK. **Ética em pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos.** Tradução de Ana Terra Mejia, Debora Diniz, Lara de Paula - Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2005.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

DUARTE, L. F. D.. **Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

_____. **A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral?** *In:* ALVES, P.C. e MINAYO, M. C. S. (org.) *Saúde e Doença. Um olhar antropológico.* Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

_____. **Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica.** *Physis*, vol. 3, n. 2, 1993.

_____. **Da Vida Nervosa das Classes Trabalhadoras Urbanas.** RJ: Jorge Zahar Ed. 1986.

EASTON, D. (Org.). **Modalidades de Análise Política.** Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

ECO, U. E.. **Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas**. 13ª Ed. Editora Presença. Prefácio de Hamilton Costa. Tradução de Ana Falcão Bastos e Luís Leitão, 1997.

FISHER, F.; MILLER, G.; SIDNEY, M. S. **Handbook of public policy analysis: theorie, politics and methods**. New York: CRC Press, 2007.

FOUCAULT, M.. **Crise da medicina ou da antimedicina**. Conferência proferida no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), out./1974. Tradução do espanhol por Heliana Conde. *Verve*, 18: 167-194, 2010. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>, acessado em 08/07/2012.

_____. **A ética do cuidado de si como prática de liberdade**. In: FOUCAULT, Michel. *Ética, sexualidade, política: ditos & escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.264-87, 2006.

_____. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. São Paulo: Graal, 2007.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Tradução de Salma Tannus Muchail, 8ª ed. (Coleção tópicos), São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FREIDIN, B.; ABRUTZKY, R.. **Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios**. *Interface (Botucatu)* [online], vol.15, n.37, pp. 505-518. Epub Mar 18, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000200014&lang=pt, acesso em 02/02/13.

105

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, n. 21, p. 211-259, 2000.

FRUEHAUF, H.. **Science, politics and the making of “TCM”: Chinese Medicine in crisis**. *Journal of Chinese Medicine*, East Sussex, Reino Unido, v.6, n.61, p.6-14. 1999.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F. **The teaching of homeopathy and practices within Brazilian Public Health System (SUS)**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 12, n. 25, p. 247-66, abr./jun., 2008.

GARCIA, E. A. C.. **Manual de sistematização e normalização de documentos técnicos**. São Paulo: Atlas, 1998.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação**. *Physis* [online], vol. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GHELMAN, R.. **Medicina Antroposófica**. Avanços, Desafios na Assistência, no Ensino e na Pesquisa. I Simpósio Internacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Brasília, maio de 2008.

GINZBURG, C.. **Sinais: raízes de um paradigma indiciário**. In.: Mitos, emblemas, sinais: Morfologia e História. 1ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, p. 143-179, 1990.

GLIK, D.. **Symbolic, ritual and social dynamics of spiritual helaling**. Social Science & Medicine: an international journal. Great Britain, v. 27, nº 11, p. 1197-1206, 1988.

GOFF, L. J.. **As doenças têm História**. Editora: Terramar, 1985.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SA, C. P.. **O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura**. *Rev. bras. enferm.* [online], vol. 64, n. 4, p. 631-638, 2011.

GOMIDE, A. A.. **Agenda governamental e o processo de políticas públicas: o projeto de lei de diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana**. Texto para discussão nº 1334, IPEA, Brasília, 2008.

HEERDT, M. L.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Disponível em: <http://www.unifal.com.br/noticias/anexos/Como%20Elaborar%20Projetos%20de%20Pesquisa%20na%20Pr%C3%A1tica.pdf>, acessado em 12/08/2010.

_____. **O Projeto de Pesquisa**. UNISUL. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>, acessado em 30/05/2012.

106

HELLMAN, C. **Corpo, Saúde e Doença**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2003.

IANNI, A. M. Z.. **Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a sociologia no Brasil**. *Saúde soc.* [online], vol. 20, n. 1, p. 32-40, ISSN 0104-1290, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/05.pdf>, acesso em 06/08/2012.

ILLIACH, I.. **Medical Nemesis – The expropriation of health**. Londres, Calder and Boyars, 1975.

JARDIM, G. A. S.. **Reflexões antropológicas a partir de uma política pública para crianças**. *CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, n. 15, março, p. 37-45, 2010.

JENICEK, M.; CLÉROUX, R. **Épidémiologie clinique**. Clinimétrie. Clinical epidemiology Clinimetrics, St. Hyacinthe and Paris: EDISEM and Maloine, 1985.

JOUBERT, M. et al. **Quartier, démocratie et santé**. Paris: L'Harmattan, 1993.

KÜLKAMP, I. C.; BURIN, G. D.; SOUZA, M. H. M.; SILVA, P.; PIOVEZAN, A. P.. **Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina**. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v.3, nº 3, Rio de Janeiro, set-dez, 2007.

KNAUTH, D. R.. **Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar.** *Cadernos de Antropologia*, 5:24-39, 1992.

KUHN, T. S.. **A Estrutura das revoluções científicas.** 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

KUREBAYASHI, L. F. S.; OGUISSO, T.; FREITAS, G. F.. **Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal.** *Acta paul. enferm.* [online], vol.22, n.2, pp. 210-212, 2009. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000200015&lang=pt, acesso em 13/05/2012.

LANGDON, E. J.. **Comentários sobre “Doença versus Enfermidade na Clínica Geral”, de Cecil G. Helman.** *Campos* 10(1):113-117, 2009.

LAPLANTINE, F.. **Antropologia da Doença.** 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **Medicinas Paralelas.** 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How.** Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.

LAVILLE, C.; DIONNE, J.. **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Armed; Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

LÉVI-STRAUSS, C.. **O Pensamento Selvagem.** Tradução de Maria Celeste da Costa e Souza e Almir de Oliveira Aguiar. São Paulo: Nacional, 1976.

107

LIMA, A. C. S.. **Diversidade Cultural e Política Indigenista no Brasil.** *Tellus*, n. 3, Campo Grande, 2002.

LIMA, P. T.. **Medicina Integrativa: A Cura pelo Equilíbrio.** Mg Editora. 2009.

_____. **Modelos Práticos de Acolhimento Integral ao Paciente: da Medicina Complementar à Medicina Integrativa.** Anais II International Symposium of Traditional Medicine and Contemplative Practices, UNIFESP, São Paulo, p.57-8, 2010.

LINDBLÖM, C. E.. **The Science of “Muddling Through”.** *Public Administration Review*, v. 19, nº 02, p.79-88, 1959. Disponível em: <http://glennschool.osu.edu/faculty/brown/home/Public%20Management/PM%20Reading%20Lindblom%201959.pdf>, acesso em 14/01/13.

_____. **The Policy-Making Process.** 2nd edition, Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, 1984.

LUZ, M. T.. **Especificidade da Contribuição dos Saberes e Práticas das Ciências Sociais e Humanas para a Saúde.** *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 1, p.22-31, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/04.pdf>, acessado em 1º de agosto de 2012.

- _____. **A medicina antroposófica como uma racionalidade Médica.** X Congresso Brasileiro de Medicina Antroposófica. V Simpósio das Terapia Antroposóficas. Belo Horizonte, 27 a 30 de julho de 2011.
- _____. **Homeopatia: desafio institucional de uma racionalidade médica.** 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e complementares – M.S. Brasília- 13-15, maio, 2008. Instituto de Medicina Social. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/.../dra_madel_t_luz_brasil.pdf, acessado em 1º de agosto de 2012.
- _____. **As Novas Formas da Saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea.** In: BRASIL. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano IX, ed. Especial (maio), Brasília: Ministério da Saúde, p. 08-19, 2008.
- _____. **Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna.** São Paulo: Hucitec, 209 p., 2004.
- _____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2003.
- LUZ, M. T. et al. **Medicina Integrativa, política pública de saúde conveniente.** Jornal da UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas, 21-7 de ago. de 2006. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju334/pag02.pdf, acesso em 06/10/2012.
- LUZ, M. T.; CAMARGO Jr., K. R.. **The Medical Anthropologies in Brazil.** *Revista Curare*, v. 12, edição de Annette Leibing, Berlim, p. 47-58, 1997.
- LUZ, M. T.; SOUZA, E. F. A. A.. **Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas.** v.16, n.2, abr.-jun., p.393-405, 2009.
- LUZ, H. S.. **Homeopatia: história e fundamentos epistemológicos.** *História, Ciência e Saúde* – Manginhos, vol. 9(2):437-41, maio-ago, 2002.
- MACHADO, P. S.. **Intersexualidade e o "Consenso de Chicago": as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias.** *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (Impresso), v. 23, p. 109-124, 2008.
- _____. **O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural.** *Cadernos Pagu* (UNICAMP. Impresso), Campinas, v. 24, p. 249-281, 2005a.
- _____. **Quimeras da Ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo.** *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (Impresso), v. 20, n.59, p. 67-80, 2005b.
- MACHADO, R.. **Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault.** Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MAIO, M. C.. **A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica.** *Cad. Saúde Pública* [online], vol. 11, n. 2, p. 226-237, 1995.

MARMOT, M.. **How Will The Financial Crisis Affect Health?** BMJ. 338: 1 (April 2009) B1314. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b1314>, acesso em 06/2013.

MARTINS, P. H.. **Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MAUSS, M.. **Sociologia e Antropologia.** São Paulo: Cosac Naif, 2003.

MÁZARO, L. P.; BERNARDES, A. G.; COÊLHO, A. E. L.. **Análise das Políticas Públicas de Prevenção e Promoção em Saúde sob um olhar foucaultiano.** *Polis e Psique*, n. 1, p. 171-196, 2011.

MEIRELES, A. C.. **Declaração de Alma-Ata e Carta de Ottawa.** O quê trouxeram de novo à prática da Saúde Pública? USP – Braga, Porto, 9 de abril de 2008. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa.pdf>, acesso em 06/01/13.

MEYER, D.. **A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento.** *Gênero*, vol. 6, Niterói – RJ, Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero – NUTEG, p.81-104, 2006.

MINAYO, M. C. S.. **A construção da identidade da antropologia na área da saúde.** p. 29-46. *In: Antropologia e saúde. Traçando identidade e explorando fronteira* ALVES, P. C. & RABELO, M. C. M. (org.), Fiocruz-Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1998.

_____. **Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais.** *Rev. Saúde Pública* [online], v. 25, n. 3, p. 233-238, ISSN 0034-8910, 1991.

109

MOFFATT, A.. **Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular.** São Paulo: Cortez, 1984.

NETO, J. F. R.; FARIA, A. A.; FIGUEIREDO, M. F. S.. **Medicina Complementar e Alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais.** *Rev. Assoc. Med.*, v.55, nº 3, São Paulo, 2009.

NOGUEIRA, M. I.. **Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade.** *In: Por uma sociedade cuidadora.* PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. (org.) Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010.

OKADA, D. M. et al. **O uso da acupuntura para alívio imediato do zumbido.** *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(2):182-6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v72n2/a06v72n2.pdf>, acesso em 14/10/12.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; ACIOLI, S.; SA, C. P.. **O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde.** *Texto contexto - enferm.* [online], vol. 16, n. 3, p. 377-386, ISSN 0104-0707, 2007.

OLIVEIRA, F. J. A.. **Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?** *In: LFD Duarte & OF Leal (org.)*, p. 81-94, 1998.

OLIVEIRA, E. R.. **O que é medicina popular**. São Paulo: Brasiliense, 1985b.

OMS. **Constituição**. Organização Mundial da Saúde, New York, 1946.

OMS. **Carta de Ottawa**. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf, acesso em 06/01/13.

_____. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra, 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf, acesso em 06/01/13.

ONETTA, R. C.. **Bases neurofisiológicas da acupuntura no tratamento da dor**. Monografia do Curso da Fisioterapia UNIOESTE, Cascavel, 2005. Disponível em: <http://www.fisioterapeutasplugadas.com.br/BASES%20NEUROFISIOLOGICAS%20DA%20ACUPUNTURA%20NO.pdf>, acesso em 04/04/12.

OTA - US. Congress. **Office of Technology Assesment, Assessing the efficacy and safety of medical technologies**. Washington, DC: US. Government Priting Office, 1978.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F.. **A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(3):1801-1811, 2011.

PALMEIRA, G.. **A acupuntura no ocidente**. *Cad. Saúde Pública* [online], vol.6, n.2, pp. 117-128. ISSN 0102-311X, 1990. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200002&lang=pt, acesso em 12/03/2013.

110

PANZINI, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A.. **Qualidade de vida e espiritualidade**. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2007, vol.34, suppl. 1, pp. 105-115, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a14v34s1.pdf>, acesso em 14/03/13.

PEREIRA, P. P. G.. **De corpos e travessias: a grande divisão e o campo da saúde**. *Saude soc.* [online], vol. 20, n. 1, p. 66-75, ISSN 0104-1290, 2011.

PERURENA, F.. **Existe Transição Paradigmática? Diálogo com Boaventura de Sousa Santos**. Nº 159, abril, 2001.

PINHEIRO, R.. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. *In: Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (Org. R. Pinheiro; R. A. Mattos), p. 65-112. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Democracia e Saúde: Sociedade Civil, Cidadania e Cultura Política**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1), p. 11- 14, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a02.pdf>, acesso em 10/03/13.

- _____. **Prefácio.** In: Racionalidades e práticas em saúde. LUZ, Madel T., BARROS, Nelson Filice (Org.). Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, p.7-8, 2012.
- PRATES, J. C.; PRATES, F. C.. **Problematizando o uso da técnica de análise no serviço social e no direito.** *Sociedade em Debate*, Pelotas, 15(2): 111-125, jul-dez, 2009.
- QUEIROZ, M. S.. **Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa.** In: RB Barata & R Briceño-León (org.). Doenças endêmicas: abordagens culturais e comportamento. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.
- QUINTANA, A. M.. **Medicina Popular e Medicina Científica.** *Revista Espaço Acadêmico*, nº 72, maio, 2007. Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br/072/72quintana.htm>, acesso em 25/01/13.
- RABELO, M. C. **Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas.** *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 316-325, jul/set, 1993.
- RODRIGUES, L. C.. **Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais.** *Artigos inéditos*, n. 8, jan/jun, p. 7-15, 2008.
- RUA, M. G.. **Políticas Públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.
- SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C.. **Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach.** Colorado: Westview Press, 1993.
- SARTI, C.. **Corpo e Doença no trânsito de saberes.** *Rev. bras. Ci. Soc.* [online], vol. 25, n. 74, p. 77-90, 2010.
- SANTOS, B. S.. **Um discurso sobre a ciência.** Porto, Ed. Afrontamento, 1987.
- _____. **A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência.** São Paulo: Cortez, 2000.
- SANTOS, F. A. S.; GOUVEIA, G. C.; MARTELLI, P. J. L.; VASCONCELOS, E. M. R.. **Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos.** *Rev. bras. fisioter.* [online], vol.13, n.4, pp. 330-334. Epub Aug 28, 2009. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552009000400010&lang=pt, acesso em 02/04/13.
- SCHWARCZ, L. M.. **Retrato em preto e branco.** São Paulo: Círculo do Livro, 1988.

SCHWENGBER, M. S. V.; MEYER, D. E.. **Educar corpos femininos como corpos grávidos – um olha de gênero sobre a Pais & Filhos**. Niterói, v. 7, n. 2, p. 65-79, 1º sem., 2007.

_____. **Discursos que (con)formam corpos grávidos: da medicina à educação física**. Cad. Pagu [online], n.36, p. 283-314, 2011.

SIMONI, C.. **Tratamentos alternativos em Saúde – perspectivas**. 6º Congresso Unidas de Gestão de Assistência à Saúde, São Paulo, p. 20, 2006. Disponível em: http://www.unidas.org.br/institucional/arq_inst/congresso2006/131106/02carmemsimoni.pdf, acesso em 14/03/13.

SOARES, L.E. **Religioso por natureza: cultura alternativa e misticismo ecológico no Brasil**. In: O rigor da indisciplina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 189-212, 1994.

SOUZA, C.. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez, p. 20-45, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>, acessado em 14/06/2012.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V.. **Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde**. *Estud. psicol.* Natal [online], vol. 7, n. 2, p. 351-359, 2002.

TESSER, C. D.. **Three considerations about “bad medicine”**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, p. 273-86, out./dez., 2009.

112

_____. **Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde**. *Interface (Botucatu)* [online], vol.10, n.19, pp. 61-76, 2006.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T.. **Racionalidades Médicas e Integralidade**. *Ciência e Saúde Coletiva*, jan-fev, ano/vol. 13, n. 001. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, p. 195-206, Rio de Janeiro, Brasil, 2008.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F.. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde**. *Revista Saúde Pública*; 42(5):914-20, 2008.

TORGERSON, D.. **Contextual Orientation in Policy Analysis: the contribution of Harold D. Lasswell**. *Policy Sciences* n° 18, 241-261. Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam, 1985.

VIANA, A. L. d’A.. **Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas**. In: Canesqui, A. M. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F.. **Análise de Políticas de Saúde**. In: GIOVANELLA et al (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 65-105, 2008.

- VICTORA, C. G.; KNAUT, D. R.; HASSEN, M. N. A.. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 136 p., 2000.
- VICTORA, C. G.. **Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso**. *Saude soc.* [online], vol. 20, n. 1, p. 104-112, 2011.
- _____. **As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriação dos modelos médicos**. In: JMG Fachel & OF Leal (org.), p. 77-83, 1995.
- WEBER, M.. **Ensaio de Sociologia**. Gerth, H. H. & MILLS, C. W. (Org e Int.). 5ª ed. Rio de Janeiro: JC Editora, 1982.
- WHO. **Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge**. London, HMSO, 1942. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 847-855, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v78n6/v78n6a17.pdf>, acesso em 10/03/13.
- YOUNG, A.. **The Anthropologies of Illness and Sickness**. *Annual Review of Anthropology*, Palo Alto, Annual Reviews, Inc., pg. 257-285, 1982.