



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

JULIANO DEL GOBO

**A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES DO SUS: um estudo a partir de conferências nacionais de saúde
(1986-2015)**

PONTA GROSSA
2017

JULIANO DEL GOBO

**A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES DO SUS: um estudo a partir de conferências nacionais de saúde
(1986-2015)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, como requisito para obtenção de título de Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de pesquisa: História, Cultura e Cidadania.

Orientador: Prof. Dr. José Augusto Leandro.

PONTA GROSSA
2017

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

Gobo, Juliano del

G574 A política nacional de práticas
integrativas e complementares do SUS: um
estudo a partir de Conferências Nacionais
de Saúde (1986-2015) / Juliano del Gobo.
Ponta Grossa, 2017.
156f.

Dissertação (Mestrado em Ciências
Sociais Aplicadas - Área de Concentração:
Cidadania e Políticas Públicas),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientador: Prof. Dr. José Augusto
Leandro.

1.Práticas integrativas e
complementares. 2.Conferências de Saúde.
3.Sistema Único de Saúde. 4.Medicinas
alternativas e complementares. I.Leandro,
José Augusto. II. Universidade Estadual
de Ponta Grossa. Mestrado em Ciências
Sociais Aplicadas. III. T.

CDD: 614.2

TERMO DE APROVAÇÃO

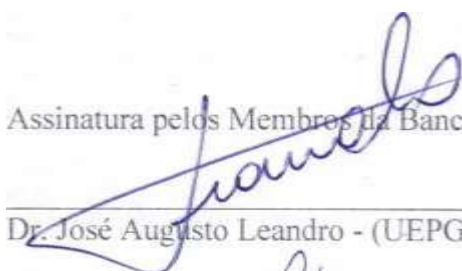
Juliano Del Gobo

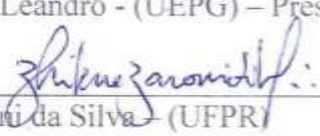
***A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES DO SUS: UM ESTUDO A PARTIR DE SONFERÊNCIAS
NACIONAIS DE SAÚDE (1986-2015).***

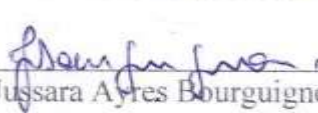
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 14 de junho de 2017.

Assinatura pelos Membros da Banca:


Dr. José Augusto Leandro - (UEPG) – Presidente


Dra. Milene Zanoni da Silva - (UFPR)


Dra. Jussara Ayres Bourguignon - (UEPG)

Dra. Liane Maria Bertucci - (UFPR) - Suplente Externo

Dr. Nei Alberto Salles Filho - (UEPG) - Suplente Interno

Aos bons tempos que virão, onde a saúde será um conceito comum, associado ao viver bem,
ao trabalho, ao amor e ao conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida concebida, e à minha mãe, pelo amor que me permitiu viver a vida com esperança.

Em nome da minha grande amiga Virgínia de Souza, agradeço à todas as pessoas de bem, que me incentivaram e apoiaram no período de elaboração deste trabalho.

Ao professor Dr. José Augusto Leandro, um companheiro ao longo de toda a trajetória da pesquisa, que me orientou com muita presença e dedicação e foi decisivo no percurso da pós-graduação. Esteve presente e foi importante desde a identificação e o despertar para o tema da pesquisa, no ano de 2012 até a finalização deste trabalho acadêmico.

Às professoras, Dra. Milene Zanoni da Silva e Dra. Jussara Ayres Bourguignon, pelas leituras atentas e recomendações preciosas que fizeram nos dois momentos de avaliação do trabalho.

Às pessoas que conviveram comigo ao longo do último ano, colegas de trabalho, amigos, familiares, um período difícil em muitos momentos, e por isso eu agradeço a compreensão e a paciência dos que se mantiveram presentes.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o termo MAC ou, simplesmente, Medicina Tradicional (MT) para nomear um amplo universo de conhecimentos, atitudes e práticas, baseadas em teorias, crenças e experiências advindas de diferentes culturas, utilizadas para a manutenção da saúde, prevenção, diagnóstico, recuperação ou tratamento de doença física ou mental. As MAC/MT estão presentes na agenda internacional da OMS desde o final da década de 1970 e junto dela um conjunto variado de condições tem lhe possibilitado maior valorização e legitimidade no campo oficial da saúde. Este cenário tem estimulado a implantação de políticas nacionais de MAC/MT em todo o mundo. Em 2006, o Brasil seguiu essa tendência mundial e publicou a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), quando apresentou um conjunto de objetivos e diretrizes para implementação de práticas e sistemas terapêuticos associados às MAC/MT no Sistema Único de Saúde (SUS). A presente dissertação é resultado de estudo de natureza qualitativa e quantitativa, e analisou a inserção das MAC no SUS. Teve por objetivos descrever e refletir sobre o surgimento e o desenvolvimento da PNPIC, do ponto de vista das conferências nacionais de saúde (CNS) realizadas entre 1986 e 2015. De forma mais específica, objetivou sistematizar e analisar deliberações de conferências que versaram sobre o tema; e por fim, dimensionar relações e tensionamentos entre indivíduos e grupos diante da inserção de novas práticas no campo da saúde. O percurso metodológico foi organizado por meio da triangulação de técnicas e fontes, a partir das seguintes etapas: análise documental dos relatórios das conferências realizadas entre 1986 e 2011; participação e observação de atividades e discussões que trataram do tema das MAC/PICs na 15ª CNS (2015); a realização de entrevistas com sujeitos significativos participantes desta etapa nacional. Dos resultados de pesquisa: a análise documental destacou os cenários políticos de cada conferência e as propostas sobre as MAC/PICs aprovadas. Foram organizadas tabelas de dados sobre a quantidade de propostas e sobre a terminologias utilizada para se referir às MAC/PICs em cada etapa. Concluiu-se que o surgimento e desenvolvimento da PNPIC ocorreu em meio a duas tendências: a primeira, mais progressista e voltada para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, organizado de forma multiprofissional, pautado na promoção e manutenção da saúde e no combate à medicalização da vida; a segunda tendência identificada é mais conservadora, inserida na lógica da organização do modelo assistencial vigente e submetida à hierarquia biomédica. A pesquisa de campo identificou um movimento organizado para dar visibilidade e fortalecer as PICs na 15ªCNS; da mesma forma identificou resistências ao seu desenvolvimento em três planos: no plano corporativo, no plano científico e no plano econômico. O conteúdo das entrevistas confirmou os dados empíricos e de forma complementar revelou a dinâmica do que se chamou de ‘espaço interno das PICs’, onde ocorrem relações de articulação e disputa entre os agentes que militam no campo.

Palavras-chaves: Práticas Integrativas e Complementares. Conferências de Saúde. Sistema Único de Saúde. Medicinas Alternativas e Complementares.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) uses the term CAM or simply Traditional Medicine to name a wide range of knowledge, attitudes and practices, based on theories, beliefs and experiences Health, prevention, diagnosis, recovery or treatment of physical or mental illness. CAM/MT have been on the international agenda of the WHO since the late 1970s, and with it a varied set of conditions has enabled it to gain greater value and legitimacy in the official health field. This scenario has stimulated the implementation of national CAM/MT policies around the world. In 2006, Brazil followed this worldwide trend and published the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC), when it presented a set of objectives and guidelines for the implementation of therapeutic practices and systems associated with CAM/MT in the Unified Health System. The present dissertation is the result of a qualitative and quantitative study, and analyzed the insertion of CAM into SUS. Its objectives were to describe and reflect on the emergence and development of the PNPIC from the point of view of the National Health Conferences held between 1986 and 2015. More specifically, it aimed to systematize and analyze deliberations of conferences that dealt with the theme ; And finally, to dimension relationships and tensions between individuals and groups in view of the insertion of new practices in the field of health. The methodological course was organized through the triangulation of techniques and sources, from the following stages: documentary analysis of the reports of the conferences held between 1986 and 2011; Participation and observation of activities and discussions that dealt with CAM/PICs in the 15th CNS; The conduct of interviews with significant subjects participating in this national stage. Of the research results: the documentary analysis highlighted the political scenarios of each conference and the proposals on the approved CAM/PICs. Tables of data were organized on the number of proposals and on the terminology used to refer to the CAM/PICs at each stage. It was concluded that the emergence and development of the PNPIC occurred in two tendencies: the first, more progressive and focused on the construction of a new model of health care, organized in a multiprofessional way, based on the promotion and maintenance of health and Combating the medicalization of life; The second trend identified is more conservative, inserted in the logic of the organization of the current care model and submitted to the biomedical hierarchy. The field research identified an organized movement to give visibility and strengthen the PICs in the 15^aNS; In the same way identified resistance to its development in three planes: in the corporate plane, in the scientific plane and in the economic plane. The content of the interviews confirmed the empirical data and, in a complementary way, revealed the dynamics of what was called the 'internal space of PICs', where articulation and dispute relations occur among the agents who work in the field.

Keywords: Integrative and Complementary Practices. Health Conferences. Unified Health System. Alternative and Complementary Medicine.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

TABELA 1	Quantitativo de deliberações sobre MAC/MT em CNS (1986-2015)	68
TABELA 2	Termos de MAC/PICs em CNS (1986-2011)	83
FIGURA 1	Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde.....	58
FIGURA 2	8ª Conferência Nacional de Saúde	70
FIGURA 3	Vamos cuidar da 15ª Conferência Nacional de Saúde	92
FIGURA 4	Espaço de convivência da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasil	96
FIGURA 5	Tenda dos Cuidados na 15ª Conferência Nacional de Saúde.....	97
FIGURA 6	Prática de Tai Chi Chuan no espaço externo da 15ª CNS.....	98
FIGURA 7	Moção aprovada pela 15ª Conferência Nacional de Saúde.....	111
FIGURA 8	Mais de 1500 atendimentos na 15ª CNS!	130

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMHB	Associação Médica Homeopática do Brasil
AMB	Associação Médica Brasileira
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEPIC	Comissão de Práticas Integrativas e Complementares do Conselho Nacional de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRM	Conselho Regional de Medicina
CFM	Conselho Federal de Medicina
DAB/MS	Divisão de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DF	Distrito Federal
GT	Grupo de Trabalho
IMS	Instituto de Medicina Social
ITA	Instituto de Tecnologias Alternativas do Distrito Federal
MAC	Medicina Alternativas e Complementares
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PIS	Práticas Integrativas de Saúde
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PT	Partido dos Trabalhadores

RM	Racionalidades Médicas
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SOBREFISA	Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas Acupunturistas
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
USP	Universidade Federal de Saúde Paulo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
PERCURSO METODOLÓGICO	19
GLOSSÁRIO DE PICS.....	25
CAPÍTULO 1	
AS MAC/MT NO CAMPO DA SAÚDE.....	26
1.1 O RECONHECIMENTO INTERNACIONAL DAS MAC/MT	34
1.2 O CAMPO DA SAÚDE E A DIMENSÃO ALTERNATIVA	38
1.2.1 A Noção de Campo	38
1.2.2 A Dimensão alternativa do Campo da Saúde	41
1.2.3 A Especialização da terapêutica alternativa no Brasil.....	43
1.2.4 Deslocamentos no Campo: reconhecimento e legitimidade das MAC/MT	45
1.3 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	47
1.4 A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	50
CAPÍTULO 2	
AS MAC/MT EM CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: 1986-2011	57
2.1 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO BRASIL	57
2.2 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (1986-2011)	61
2.3 AS DISCUSSÕES SOBRE MAC/MT EM CONFERÊNCIAS DE SAÚDE	68
2.3.1 1986: A 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	69
2.3.2 1992: A 9ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	69
2.3.3 1996: A 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	71
2.3.4 2000: A 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	71
2.3.5 2003: A 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	73
2.3.6 2007: A 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.....	77
2.3.7 2011: A 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	80
2.4 CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS ACHADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL. 81	
2.4.1 Das práticas alternativas de assistência à saúde até as PICS	82
2.4.2 Tendências das MAC/MT em Conferências	84
CAPÍTULO 3	
A CONSTITUIÇÃO DO ESPAÇO DAS PICS NA 15ª CNS.....	88
3.1 A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	88
3.2 AS PICS NA 15ª CNS	91

3.2.1	Atividade Autogestionada sobre PICs	93
3.2.2	A Tenda dos Cuidados	95
3.2.3	As proposições sobre PICs na 15ª CNS	98
3.3	DESCOBERTAS COM OS SUJEITOS DE PESQUISA	99
3.3.1	Quando se Cai de cabeça nas PICs	100
3.3.2	Sujeitos, PICs e Conferências de Saúde	104
3.3.3	Espaço interno das PICs: aceitação, recusa e disputas.....	107
3.3.4	As PICs no SUS: por uma nova cultura de saúde	118
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	131
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada	139
	APÊNDICE B – Quadro sintético MAC/PICs em CNS (1986-2011)	140
	APÊNDICE C – Deliberações sobre PICs na 15ª CNS	144
	APÊNDICE D – Atas nº 160, 161, 162 CNS	147

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surgiu do amadurecimento de estudos interdisciplinares que tematizaram sobre práticas sociais na área da saúde e as relações de poder e saber que organizam o espaço social onde elas são desenvolvidas. Um caminho de estudos e pesquisas por meio de diferentes disciplinas das Ciências Humanas e Sociais se seguiu até a apropriação de recursos teóricos e metodológicos necessários para delimitar o projeto que deu origem a essa pesquisa. Nessa trajetória, chamou-nos atenção a maior valorização que as práticas terapêuticas, ditas alternativas, tem recebido na contemporaneidade. O tema sugeriu uma possibilidade de identificar relações de forças que constituem o campo da saúde e refletir sobre a assimilação plural dessas práticas por meio de políticas públicas. Na literatura internacional e no Brasil essa temática encontra respaldo. Neste país, os estudos tem se desenvolvido em linhas de pesquisa de programas de pós graduação, mais especificamente, na área da Saúde Coletiva¹.

A presença das práticas de saúde populares no cenário urbano e sua relação com a prática médica oficial é um fenômeno já demonstrado por Loyola (1984) e não se restringe apenas ao Brasil, embora aqui “[...] predominaram os saberes sobre a prevenção e a cura ligados às formas ditas populares, até muito recentemente” (MARGOTTO, 1998, p. 12). No retrato brasileiro feito pela autora, quanto mais próximo da prática médica oficial, maior seria a diferenciação que o especialista de cura faria entre cuidados do corpo e cuidados do espírito. Dessa relação, observou uma diferenciação quanto à hierarquia social e a posição econômica e cultural dos agentes, sendo que aqueles alinhados à prática oficial, “[...] terão funções institucionais mais importantes, mais sua prática será especializada, burocratizada e afastada da religião e menos sua clientela será popular” (LOYOLA, 1984, p. 19).

Deste retrato envolvendo praticantes oficiais e não oficiais no campo da saúde, passaremos a discutir seu fenômeno mais recente, a incorporação de práticas consideradas alternativas no campo oficial da saúde, na passagem entre os séculos XX e XXI.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou os termos Medicina Alternativa e Complementar (MAC) ou simplesmente, Medicina Tradicional (MT) para representar o

¹ A linha de pesquisa Racionalidades Médicas foi instituída na década de 1990, no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Essa linha de pesquisa contribuiu para a disseminação do tema no ambiente acadêmico e na formação de linhas de pesquisa em diversos programas de pós graduação; entre eles, o Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, a Linha de Pesquisa: Cuidados Integrativos na Saúde e Redes Sociais, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Grupo CNPq Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos complexos e Práticas Complementares e Integrativas. Instituto de Saúde da Comunidade - Universidade Federal Fluminense (UFF).

amplo universo de conhecimentos e práticas voltadas para tratamento de doenças, presentes em diferentes culturas, mas à margem do sistema de saúde de um país, isto é, sem integrá-lo.

A medicina tradicional é todo o corpo de conhecimentos, atitudes e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, sendo explicáveis ou não, utilizados para a manutenção da saúde, prevenção, diagnóstico, recuperação ou tratamento de doença física ou mental. Os termos "medicina complementar" e "medicina alternativa", utilizados como sinônimo de "medicina tradicional" em alguns países referem-se a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição do país e não estão integrados no principal sistema de saúde (OMS, 2013, p.15).

O conjunto de práticas que constitui o universo das MAC/MT, seguindo a literatura internacional e também a literatura nacional é amplo e variado. Algumas delas são reconhecidas como sistemas terapêuticos complexos, como a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurvédica e outras são práticas surgidas ao longo do século XX, identificadas como “terapêuticas alternativas” (LUZ, 2012, p.27), que de forma geral, se apresentam isoladas do contexto de significados mais amplo e unem-se a partir de vários elementos teórico-práticas advindos de diferentes referenciais (LUZ, 2005). Nesse sentido, a apresentação de uma classificação geral de práticas deve servir apenas como referência, uma vez que a dinamicidade do campo, impede maior rigidez na taxonomia.

Tesser e Barros (2008), utilizaram a seguinte classificação: sistemas médicos alternativos / complexos (homeopatia, medicina ayurvédica, e outras); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, Qui gong, dentre outras). Seguindo a mesma classificação, Frass et al (2012), em revisão de literatura de estudos publicados em dez países da América do Norte, Europa e Oceania reconheceram mais de cinquenta práticas diferentes entre os países pesquisados. Os tratamentos homeopáticos, acupuntura, quiropraxia e a fitoterapia foram os mais presentes nos estudos, enquanto que os menos exploradas foram práticas classificadas como medicina energética, entre as quais Healing, Terapia de luz, terapia magnética, Terapia de ondas milimétricas Qui gong, Reiki e terapia de energia sonora.

A classificação utilizada pela OMS distinguiu apenas dois grupos de práticas: as terapias tradicionais baseadas em procedimentos e medicamentos à base de plantas medicinais (WHO, 2000). O primeiro são terapias que utilizam várias técnicas, principalmente sem o uso de medicação, e se prestam a cuidados de saúde, “[...] acupuntura e técnicas relacionadas, quiropraxia, osteopatia, terapias manuais, qigong, tai ji, yoga, naturopatia, medicina térmica e outras terapias físicas, mentais, espirituais e mente-corpo”. Já o segundo, inclui “[...] a

utilização de ervas medicinais, materiais à base de plantas, produtos à base de plantas, uso tradicional de medicamentos à base de plantas, e seus princípios ativos. (IBIDEN, p.09).

As MAC/MT estão presentes na agenda política da OMS desde o final da década de 1970, quando surgiram debates relacionando desigualdade social, falta de acesso aos serviços básicos de saúde à elevada taxa de mortalidade entre a população. Essas práticas inicialmente fizeram parte de uma estratégia internacional para expandir o acesso a cuidados seguros, eficazes e de qualidade na atenção primária dos países pobres ou desprovidos de serviços médicos convencionais (OMS, 2002). Acreditava-se que sua utilização em comunidades desprovidas dos meios convencionais e/ou com estrutura sanitária limitada, poderia assegurar condições mínimas de assistência à saúde a todas as populações (SERRANO, 1985). Conforme Barros (2006), ao tornarem-se disponíveis e exequíveis, seria possível contribuir para a meta de Saúde para todos no ano 2000 ([DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA](#), 1978).

A avaliação das condições de saúde dos povos e a problematização sobre o modelo de atenção à saúde praticado favoreceu um movimento de saída das MAC/MT da margem do sistema e de sua inserção no interior do campo oficial, lhe conferindo algum reconhecimento. Ao mesmo tempo, no âmbito privado, nas últimas décadas do século XX elas foram incorporadas em distintas realidades e adquiriram valor intrínseco para combater a excessiva medicalização dos serviços de saúde. Nesse cenário, despontaram como recurso terapêutico para o cuidado e promoção de saúde, a partir de formas mais suaves de acolher e tratar o sofrimento na sociedade globalizada (TESSER; BARROS, 2008).

Dados do ano 2000 indicaram que cerca de 80% da população dos Estados Africanos usava MT para atender suas necessidades de saúde. Nos países da Ásia e América Latina o uso foi igualmente marcante, 71% da população do Chile e 40% da população da Colômbia fazia uso dessas práticas. Em países europeus, registrou-se número expressivo de profissionais atuando com MAC/MT, principalmente com Acupuntura e Homeopatia (OMS, 2002). De forma mais recente, a OMS indicou avanço mundial das políticas de MAC/MT tanto em países pobres e em desenvolvimento, como também inferiu sua presença e utilização em significativa parcela da população de países ricos e desenvolvidos como França e Canadá. Os resultados apresentados por Frass et al (2012), reforçaram esses dados, ao indicarem que o uso das MAC/MT, entre 1990 e 2006, aumentou em todos os países pesquisados. Entre os anos de 1999 e 2012, o número de países membros da OMS com regulamentação de medicamentos fitoterápicos aumentou de 65 para 119 e daqueles com políticas de MAC/MT, aumentou de 25 para 69. Desses, 80% reconhecem a utilização de acupuntura (OMS, 2013).

Seguindo a tendência global, em 2006, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde

(MS), publicou a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC-SUS), no sentido de atender “[...] a necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados” (BRASIL, 2006, p.04). Esse ato formalizou a opção política do Estado brasileiro pela abertura e reconhecimento no Sistema Único de Saúde (SUS), de modelos em saúde, como a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia e a Medicina Antroposófica e de procedimentos terapêuticos, como a Fitoterapia e o Termalismo-Crenoterapia.

Ao serem institucionalizadas no Brasil, as MAC/MT foram chamadas de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e passaram a fazer parte do SUS, uma robusta política de saúde, gestada junto ao movimento pela reforma sanitária ao longo da década de 1980 e constantemente discutida e aprimorada, por meio de debates com ampla participação da sociedade, em Conferências e Conselhos de Saúde. Após a publicação da PNPIC, vários estados e municípios vieram a elaborar suas políticas de acordo com as especificidades locais, contribuindo para o seu avanço no âmbito nacional (BRASIL, 2011). Destaca-se dessa política, o reconhecimento da pluralidade de práticas terapêutica em saúde e a abertura do campo para novos atores, praticantes e concepções de saúde. Nesse sentido, difere-se dos atos legislativos anteriores² e das publicações e resoluções do Ministério da Saúde a respeito do tema, que autorizava o uso por profissionais médicos. Segundo Barros (2006), a publicação da PNPIC-SUS, de natureza multidisciplinar, com previsão de critérios de validação de resultado e reconhecimento de práticas mais democráticos, se apresentou como uma ação de inclusão.

As MAC/MT foram institucionalizadas, enquanto política nacional de saúde no Brasil, a partir de 2006, no entanto os debates propositivos acerca de sua inserção no campo da saúde já estavam presentes nos espaços de participação e controle social desde a década de 1980. O primeiro registro dessa iniciativa consta no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, quando foram apresentadas na perspectiva de assegurar “[...] o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 1986, p. 11). Antes dela, a 5ª CNS, realizada em 1975, no contexto da ditadura militar, em que a participação nas conferências era restrita a autoridades convidadas, reconheceu-se a importância dos praticantes populares de saúde, mas nos seguintes termos: se fosse possível a extinção das práticas alternativas populares por meio de uma ação repressiva rápida e eficiente “[...] o resultado seria uma tal sobrecarga no subsistema empírico-científico que o desqualificaria de

² Resoluções nº 04, 05, 06, 07 e 08/88 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), respectivamente, fixou normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia

imediatamente, provocando, cessada a ação repressiva, o reaparecimento do subsistema empírico-místico” (LOYOLA, 1984, p. 226 apud MARGOTTO, 1997, p.13). Com exceção dessa posição peculiar e hostil manifesta no relatório de 1975, a presença das MAC/MT tem conferido “[...] unanimidade nos níveis local, municipal e nacional na manifestação da vontade política da sociedade civil e dos representantes dos usuários, nas conferências e nos conselhos de saúde brasileiros, quanto ao oferecimento das MAC pelo SUS” (TESSER & BARROS, 2008, p. 919).

A pesquisa que resultou nesta dissertação surgiu guiada pelo reconhecimento de que o encontro das MAC/MT com a política de saúde brasileira ocorreu primeiramente via conferências de saúde para depois tomar uma maior dimensão, em termos concretos e operativos nos serviços de saúde. Verificou-se uma lacuna teórica correlacionada aos temas, e a partir dessa constatação, a pesquisa buscou investigar o surgimento e o desenvolvimento da política brasileira de MAC/MT, pelo viés das conferências. As discussões referentes a MAC/MT nas CNS ocorreram de forma permanente desde a 8ª CNS, realizada em 1986, até a 15ª CNS, realizada em 2015. Após 20 anos das primeiras propostas aprovadas para inserir as MAC/MT na política de saúde, foi publicada a PNPIC-SUS, em 2006, e após sua oficialização no SUS, as conferências continuam sendo espaço para debater o tema.

As referências teóricas utilizadas por esse trabalho foram construídas visando alcançar um mirante epistemológico mais amplo frente a inserção das MAC/MT na política de saúde brasileira. Utilizou-se de algumas discussões referentes ao paradigma pós-moderno (SANTOS, 1987, 1999, 2005, 2010) e de fragmentos teóricos e noções que fundamentam a sociologia disposicional, como o conceito de habitus e a noção de campo (BOURDIEU, 2004, 2011). De forma a problematizar a valorização das MAC/MT na contemporaneidade, utilizou-se dos inúmeros trabalhos desenvolvidos no Brasil na última década, os quais estão baseados em grande parte no percurso teórico e metodológico do projeto Racionalidades Médicas (LUZ, 2000, 2005, 2005a, 2012).

A partir da coleta de um conjunto ampliado de dados sobre a realidade estudada, se procurou discuti-los, por meio dos elementos teóricos e conceituais que sustentam esse trabalho, em direção à construção de conhecimento por meio de uma pesquisa social.

Pesquisa Social envolve os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Como quaisquer fenômenos humanos, investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente concatenadas, nascem de determinado tipo de inserção no real, nele encontrando razões e objetivos. (MINAYO, 2010b, p. 47)

Segundo Minayo (2010b), as pesquisas sociais são ideológicas nos aspectos intrínseco e extrínseco, uma vez que são atravessadas pela subjetividade do pesquisador e das várias visões de mundo existentes. Essa característica que não se configura como mera arbitrariedade, indica a importância do delineamento da pesquisa e das justificativas frente às escolhas feitas ao longo dela.

Muitos achados desta pesquisa foram delimitados a partir de contribuições metodológicas de Minayo (2010b), segundo a qual, uma metodologia é muito mais que a técnica a ser empregada, pois inclui as concepções teóricas da abordagem, articulação com teoria e realidade empírica e com os pensamentos a partir e sobre ela. Dessa forma, a metodologia não está reduzida a operacionalização direta e mecânica de conhecimentos, mas contém métodos, técnicas e instrumentos operativos que associados com uma abordagem teórica coerente e a criatividade do pesquisador, promove um processo de construção original que levará até o conhecimento. Nas palavras da pesquisadora, “[...] a dialética entre técnica e criatividade é o tempero da boa pesquisa” (MINAYO, 2010b, p.199); tendo-se a criatividade como “[...] marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas” (MINAYO, 2010b, p.44).

Em relação às opções metodológicas realizadas nesta pesquisa, é preciso primeiramente indicar que se trata de um estudo qualitativo, pois “Parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, [...] conectados por uma teoria explicativa: o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento, interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes significados” (CHIZZOTTI, 1991, p. 79).

A investigação na pesquisa qualitativa requer, como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidades, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e re-adaptados durante o processo de trabalho de campo, visando as finalidades de investigação. (MINAYO, 2010b, p. 111)

Como apontado por Minayo (2010b), o objeto das Ciências Sociais é qualitativo e é também histórico, o que significa dizer que a pesquisa social registra a historicidade humana quando captura elementos do fenômeno em meio ao dinamismo da vida individual e coletiva, com sua riqueza de características e significados. Dessa forma, o objeto nesse campo do conhecimento tem por característica a marca do passado, mas também a projeção para o futuro. É oportuno indicar ainda outras classificações da presente pesquisa social.

A classificação adotada por Gil (1999) quanto à finalidade ou aos objetivos da pesquisa é bastante utilizada nas Ciências Humanas e Sociais. Em relação a eles, esta pesquisa

se classifica em exploratória e descritiva. As pesquisas exploratórias são adequadas e oportunas quando o tema escolhido é pouco explorado e são desenvolvidas para “[...] proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato” (GIL, 1999, p.27). Já as pesquisas descritivas visam “[...] descrever características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 1999, p.28).

Como indicaram Oliveira Junior; Sgabiero e Bourguignon (2012), a pesquisa exploratória tem interface com outras modalidades de pesquisa e quando disposta com a pesquisa descritiva tem relação de complementaridade; elas [pesquisa exploratória e descritiva] caminham juntas ampliando as possibilidades de apreensão dos componentes teóricos e empíricos de determinado objetivo de estudo. Segundo Gil (1999), as pesquisas exploratórias podem apresentar maior flexibilidade no planejamento, envolvem técnicas de levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas, estudos de caso, entre outros. A flexibilidade nesse tipo de pesquisa visa favorecer a apreensão da dinâmica dos fatos e acontecimentos observados pelo pesquisador (IBIDEN, 2012).

A presente pesquisa apresentou as seguintes questões: Na perspectiva das conferências nacionais de saúde, como surgiu e está se desenvolvendo a PNPIC-SUS? A reconstrução da história dessa política pelo viés das conferências pode trazer elementos originais para o pensar e intervir sobre seu processo de implementação? E ainda, considerando a inserção das novas racionalidades em saúde no SUS, como os sujeitos que defendem a aprovação de propostas de MAC/MT em conferências, percebem a dinâmica no campo da saúde, como organizam-se e que tensionamentos podem ser identificados nessa dinâmica?

O objetivo geral desta pesquisa foi descrever e refletir sobre o surgimento e o desenvolvimento da PNPIC, do ponto de vista das conferências nacionais de saúde (CNS) realizadas entre 1986 e 2015. Para tanto, teve por objetivos específicos: sistematizar e analisar as propostas relacionadas ao tema nos relatórios das conferências realizadas entre 1986 e 2011, e por fim, dimensionar relações e tensionamentos entre indivíduos e grupos diante da inserção de novas práticas no campo da saúde.

A partir dos elementos expostos acima, a presente investigação situa-se como uma pesquisa quantitativa e qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, que busca aprofundar conhecimento e descrever características sobre a introdução das MAC/MT na política de saúde brasileira. A abordagem sobre as discussões referentes ao tema em Conferências Nacionais de Saúde tem a marca da relação de identificação do pesquisador com o objeto da investigação, bem como emerge de uma lacuna teórica e histórica sobre a participação popular no processo de inserção das medicinas alternativas e complementares no SUS.

PERCURSO METODOLÓGICO

O desenho metodológico definido para essa pesquisa foi construído a partir da delimitação de seus problemas e objetivos. Foi inspirado na chamada triangulação de métodos que, no contexto da pesquisa qualitativa, é compreendida como “[...] uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o processo” (MINAYO, 2010, p. 361). Nesse sentido, diferentes métodos de seleção, coleta e análise de dados foram utilizados na pesquisa e três perspectivas foram destacadas: a primeira, documental, por meio dos relatórios finais de conferências; a segunda etapa, de campo, por meio de observação e participação nas atividades da 15ª CNS; e a terceira etapa, envolveu a interação e coleta de dados com sujeitos significativos participantes dessa conferência, por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A).

a) Pesquisa Documental

Os objetivos definidos pela pesquisa orientaram a organização das fontes de pesquisa, pois, como orientou Bachelard (1978), os textos por si só não falam, mas respondem às indagações do investigador. A etapa de pesquisa documental envolveu, de maneira privilegiada, a leitura sistemática dos relatórios finais das conferências nacionais de saúde de 1986 até 2011, totalizando sete relatórios, selecionados por meio de endereço eletrônico³. Os relatórios encontrados da 8ª, 9ª e 10ª CNS tinham formato .pdf, porém transformados em arquivo eletrônico por meio da digitalização dos arquivos já impressões. Os relatórios das demais conferências já permitiram a utilização da busca por termos/palavras-chave no arquivo eletrônico desse recurso. Nesse sentido, o trabalho com as fontes documentais envolveu a seleção de textos, organização e análise dos dados. Os termos utilizados de forma complementar à busca e identificação de propostas foram: Práticas / integrativ / complementar / Pícs / acupunt / plantas / fitoter / homeopatia / alternativa / termal / corpo. Após o processo de identificação dos conteúdos, os mesmos foram organizados. Criou-se algumas tabelas temáticas com informações sobre conferências e as propostas relacionadas às MAC/MT.

A pesquisa documental “[...] busca investigar os fatos sociais e suas relações com o tempo-sócio-cultural-cronológico” (RICHARDSON, 1999, p. 230). Este tipo de técnica foi conduzida de forma a descrever, essencialmente, a maneira como as MAC/MT marcaram

³ <http://conselho.saude.gov.br>

presença nos relatórios das sete etapas de conferências estudadas. A análise realizada nesses documentos reconheceu conteúdos sociais e políticos, de modo a refletir sobre cenários políticos e o processo de institucionalização das MAC/MT no SUS. Desse recurso metodológico foi obtido uma descrição relativamente objetiva, sistemática e contextualizada da trajetória das discussões referentes ao tema no período. A partir dos critérios metodológicos estabelecidos para a pesquisa restou a análise dos dados coletados.

A análise documental ocorreu em três etapas. Na primeira etapa, destacou-se as categorias conforme as propostas foram distribuídas nos eixos e diretrizes dos relatórios finais das conferências. Após a sistematizar as propostas foram feitas seguidas leituras para identificar conteúdos similares que permitisse associá-las. No processo de análise foi necessário desenvolver maior fundamentação sobre cada categoria, construindo textos orientadores para cada uma delas. Da análise seguinte, resultaram temas aglutinadores do material que, após a terceira análise do material, constituiu duas categorias de análise.

De maneira subsidiária, essa etapa valeu-se também de atas de reuniões do conselho nacional de saúde (CNS), disponíveis em website, as quais foram sintetizadas e organizadas para análise (APÊNDICE D) da presente dissertação. No decorrer da pesquisa, já no contexto do acontecimento da 15ª CNS, foi realizada a leitura dos documentos norteadores dessa etapa. Na iminência da realização da etapa nacional, o CNS disponibilizou através de seu website, as propostas aprovadas nas etapas estaduais, que seriam apreciadas e discutidas pelos delegados nos grupos de trabalho durante a conferência. O acesso a este material favoreceu as estratégias de inserção no campo da pesquisa. Em 16 de março de 2016 foi publicada a Resolução nº 507 - CNS, com as propostas, diretrizes e moções aprovadas na 15ª CNS. O acesso a esse documento permitiu organizar uma tabela com as deliberações, relacionando com dados registrados por meio da participação na conferência (APÊNDICE C).

b) Observação e participação nas atividades da 15ª CNS

No que tange a esta etapa, vale destacar que ela foi precedida pela participação e observação de etapas municipal e estadual, conforme previsto no regulamento da 15ª CNS⁴. A participação do pesquisador se deu na categoria de delegado, pelo segmento dos profissionais de saúde, representando o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-08). A etapa de observação, de forma mais sistemática, ocorreu em Brasília, entre os dias 01 e 04 de

⁴ Regulamento da Etapa Nacional da 15ª CNS foi aprovado através da Resolução do CNS nº500, de 12 de fevereiro de 2015 e nele estão definidas todas as diretrizes objetivas do processo descentralizado de realização de conferências, desde a fase de mobilização, até as etapas municipais, estaduais, nacional e de monitoramento. O delegado é o participante que cumpriu com as previsões do regulamento da etapa da respectiva conferência e participa com direito a voz e voto nos grupos de discussão e na plenária final da conferência.

dezembro de 2015. Da participação na 15ª CNS, pode-se realizar importantes observações relativas aos sujeitos e grupos que trabalharam e defenderam as PICs nessa conferência, e em meio a essas observações se chegou, além dos entrevistados, até alguns sujeitos-chave que contribuíram para maior compressão da dimensão das PICs no campo da saúde. Para essas observações e atividades utilizou-se um diário de campo, principalmente para registrar os acontecimentos, cenários e a relação estabelecida entre os diferentes sujeitos ao longo da etapa nacional. Esses dados estão distribuídos no terceiro capítulo desta dissertação, apresentados juntamente com a análise dos relatos dos sujeitos de pesquisa.

A busca e identificação de sujeitos para participar da pesquisa foi iniciada no mês de novembro de 2015, com um mês de antecedência com relação à 15ª CNS. Foram realizadas buscas em websites de instituições ligadas às PICs, mas foi em uma página na rede social Facebook, que os primeiros contatos com pessoas interessadas no tema das PICs foi estabelecido. Tratava-se da página ‘Por uma Nova Cultura de Saúde’ e ao acessá-la, observou-se que no dia 23/10/2015, havia sido criado o evento ‘Vamos Cuidar da 15ª CNS?’.

c) Os sujeitos de pesquisa

O contato prévio com sujeitos implicados em levar adiante as discussões sobre as PICs na 15ªCNS propiciou uma abordagem mais adequada, no sentido de favorecer a seleção de determinados sujeitos de pesquisa. Os selecionados para as entrevistas foram em número de seis. A seleção foi feita a partir de critérios para identificação de atitudes e posições que indicaram implicação inequívoca com a temática de estudo, bem como pela disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Os critérios definidos foram: mobilização, liderança e posicionamentos favoráveis à implementação de PICs nas discussões e atividades da 15ª CNS; atuação profissional em PICs ou na gestão pública envolvendo a PNPIC-SUS; conhecimento sobre PICs e participação em espaços de controle social em saúde.

Com exceção do sujeito 06, todos os demais participantes foram selecionados em meio à atividades realizadas na 15ª CNS. Quanto as caracterizações dos mesmos:

Sujeito 1 – Naturóloga, sexo feminino, 35 anos, profissional autônoma em uma capital do sul do país. Participante da conferência como convidada, voluntária na Tenda de Cuidados. Foi selecionada para a pesquisa em meio à mobilização para aprovação de uma moção de apoio à inserção de novas práticas integrativas de saúde, na estratégia de saúde da família.

Sujeito 2 – Enfermeira, servidora pública da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pesquisadora e professora universitária, 53 anos, atuação com a prática da meditação, interesse pelo tema da Saúde do Trabalhador, inscrita na conferência como participante livre. Foi identificada pela pesquisa em relato de experiência em PICs na atividade autogestionada.

Sujeito 3 – Médica e fisioterapeuta, atua na rede conveniada ao SUS em um município do Estado de São Paulo, vinculada à associação nacional de Termalismo; 62 anos; inscrita na conferência como participante livre. Foi identificada para a pesquisa devido a experiência em PICs relatada em atividade autogestionada.

Sujeito 4 – Médico com formação em medicina tradicional chinesa; servidor público da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, 57 anos, inscrito na 15ª CNS como delegado do segmento gestor. Foi identificado para a pesquisa quando coordenava a prática de Danças Circulares e participava de atividade de Tai Chi Chuan, em atividade livre na programação da conferência.

Sujeito 5 – Fisioterapeuta com atuação em conselho de saúde e formação em medicina tradicional chinesa, servidor público municipal de município de pequeno porte, do Sul do país, 37 anos, inscrito na conferência como delegado pelo segmento trabalhador. Foi identificado para a pesquisa quando debateu os termos da moção de apoio à inserção de novas práticas integrativas de saúde, na estratégia de saúde da família.

Sujeito 6 – estudante de medicina do nordeste do país, sexo masculino, 25 anos, inscrito na conferência como convidado, atuando na relatoria do evento. Foi selecionado para a pesquisa em momento anterior quando manifestou apoio à discussão das PICs em página de rede social. Relatou experiência de estágio em unidade de saúde que oferecia acupuntura.

O projeto de pesquisa que sustentou a presente pesquisa foi submetido ao Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa (SISNEP), através da Plataforma Brasil, foi aprovado e está registrado através do Código de Apresentação para Avaliação Ética (CAAE) nº 55731716.6.0000.0105. Utilizou-se de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas com os sujeitos tiveram em média a duração de trinta minutos. Foram gravadas e transcritas na sua totalidade. O roteiro de entrevista (APÊNDICE A) foi organizado sob três perspectivas: a) o sujeito, a relação com as MAC/MT e com as conferências de saúde; b) a inserção das MAC/MT na política de saúde; c) a dinâmica interna de indivíduos e grupos que defendem as PICs e os obstáculos na inserção na política de saúde.

As técnicas de análise foram guiadas pelos objetivos da pesquisa e pelas fontes selecionadas. Tendo natureza exploratória a análise favoreceu a ampliação dos conteúdos identificados nos dados coletados, no entanto teve como referência a proposta da Análise de Conteúdo (AC), definida como o “Conjunto de técnicas de análise de comunicações para obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979, p.42). A partir dessa técnica se

buscou a objetividade da análise, a qual foi alcançada por meio de processos de pré-análise, sistematização e inferência, dispostos na exploração do material, tratamento dos resultados; respectivamente, inferências e interpretação (BARDIN, 1979). Além disso, a objetividade dessa técnica foi acompanhada da descrição dos modos com que se organizou, se categorizou e interpretou os dados. A análise empregada foi influenciada pela abordagem de Ruiz-Olabuénaga (2012), que afirma que ao se extrair inferências do texto, o contexto as acompanha, ou seja, todo texto é uma construção social e política que implica no reconhecimento das condições dos sujeitos e do seu entorno social. Trabalhar nessa perspectiva envolve reconhecer que a mensagem explícita de locutor vem acompanhada por aspectos implícitos da constituição social e política do sujeito que a emite.

A dissertação foi apresentada em três capítulos, itens e subitens, uma estruturação que deverá facilitar o deslocamento do leitor entre os principais elementos inseridos no texto, permitindo-se também, estudar os temas mais específicos que lhe interessar.

No primeiro capítulo apresentamos uma revisão bibliográfica com temas da literatura para explicar o fortalecimento das MAC/MT na contemporaneidade; nele apresentamos as principais referenciais teóricos que nortearam este estudo. A constituição da hegemonia médica na sociedade moderna se apresentou inicialmente para que em seguida se pudesse reconhecer sua crise e decadência ao longo do século XX. Desse percurso, surgiram espaços no campo da saúde para novas formas de se pensar e intervir sobre os processos de saúde e doenças, os quais passaram a ser rediscutido e gradualmente ocupados por uma diversidade de agentes, entre estes, os praticantes das MAC/MT. Das críticas sobre a inadequação e a insuficiência do modelo hegemônico, seguiu-se a abertura política global para se constituir novas relações e práticas para intervir sobre os processos de saúde e doença.

No segundo capítulo apresentamos os resultados de pesquisa documental, tendo por base os relatórios finais e documentos oficiais das conferências de 1986 a 2011. Nesse capítulo buscou-se reconstruir os cenários político, social e econômico que envolveram cada etapa de conferência, atentos aos períodos de elaboração da PNPIC. Dito de outra forma, estivemos atentos à historicidade em que cada conferência foi realizada e também fomos reconhecendo os elementos que constituíram a noção de práticas integrativas e complementares e os cenários que as favoreceram e fortaleceram seu capital político.

No terceiro capítulo apresentamos e discutimos os resultados da pesquisa de campo, na perspectiva dos sujeitos que defenderam a aprovação de propostas sobre MAC/PICs na 15ª CNS e da participação e observações realizadas pelo pesquisador no ambiente do referido encontro nacional. A partir da inserção no espaço das conferências foi possível avançar sobre

a pesquisa documental e identificar características dos agentes que militaram pela aprovação das propostas, dos posicionamentos contrários a ela e inferir sobre os tensionamentos identificados nessa dinâmica e seus efeitos para o modelo de atenção praticado no país.

Por fim, nas considerações finais procuramos não apenas resumir os conteúdos principais elaborados na dissertação ao longo de seus capítulos, mas também procuramos apontar para os elementos presentes no campo da saúde que tem favorecido o avanço das MAC/PICs na saúde pública, mesmo que os recursos direcionados a ela ainda sejam escassos e que um cenário cada vez mais preocupante se apresente para o conjunto das políticas públicas que visam a garantia dos direitos sociais conquistados nas últimas décadas no Brasil.

GLOSSÁRIO DE MAC/PICs⁵

Acupuntura: Conjunto de procedimentos terapêuticos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos na pele por meio da inserção de finas agulhas metálicas para proteção, restauração e promoção de saúde. Tem como base os conceitos da Medicina Tradicional Chinesa. (BRASIL, 2006, p. 60).

Fitoterapia: é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. (BRASIL, 2006, p. 18-19).

Homeopatia: Sistema de terapia medicamentosa baseado em uma filosofia de saúde, estabelecida inicialmente por Samuel Hahnemann (1755-1843); no princípio vitalístico de que no homem saudável, a força vital do espírito anima o corpo físico e mantém todas as partes do organismo em um funcionamento harmonioso; e na Lei dos Semelhantes, que afirma que uma substância capaz de causar efeitos em um organismo, pode também curar efeitos semelhantes a estes num organismo doente (WEINER; GOSS, 1989).

Medicina Antroposófica: Introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos, apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. A medicina Antroposófica obteve reconhecimento por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993. (BRASIL, 2006, p.23).

Tai Chi Chiun: Arte marcial interna, fundamentada na teoria dos meridianos da Medicina Tradicional Chinesa. É praticada em pé, com mínimo contato corporal entre os praticantes. A concentração nas posturas e na regulação da respiração produz calma, equilíbrio emocional e maior consciência corporal; o padrão de movimentos promove o fortalecimento dos tendões e articulações e é um exercício aeróbico leve, possibilitando a participação de pessoas sedentárias e idosas (DISTRITO FEDERAL, 2014, p. 36).

Terapia Comunitária: Prática comunitária que objetiva construir laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e prevenção de adoecimentos. A técnica se divide em cinco passos semi-estruturados: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva. (DISTRITO FEDERAL, 2014, p.36).

Termalismo-Crenoterapia: compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. (BRASIL, 2006, p.22).

⁵ Este item foi organizado por sugestão da banca examinadora e teve por objetivo reunir alguns conceitos de MAC/PIC expressos ao longo do texto.

CAPITULO I

AS MAC/MT NO CAMPO DA SAÚDE

O aspecto mais triste da vida atual é que a ciência avança em conhecimento mais rapidamente do que a sociedade ganha em sabedoria.

(Isaac Asimov)

Na sociedade ocidental, a ruptura com o modo de vida feudal repercutiu em mudanças significativas nos variados modos de se organizar e viver a vida em sociedade. Desse processo, emergiu o paradigma científico da modernidade⁶, constituído a partir do rompimento com saberes aristotélicos e medievais, por meio da chamada revolução científica do século XVI. Segundo Santos (1987), o processo de constituição desse paradigma se desenvolveu nos séculos seguintes, no domínio das ciências naturais e configurou-se através de um modelo global e totalitário que engloba todas as esferas de vida na sociedade. Segundo tal autor, no campo do conhecimento, a hegemonia da ciência rompeu com a sociedade anterior e a validade dos conhecimentos passou a depender de critérios de cientificidade. A ciência moderna conquistou “[...] o privilégio de definir não só o que é ciência, mas muito mais do que isso, o que é conhecimento válido” (SANTOS, p. 22, 1999).

O advento de uma prática médica organizada nos moldes da racionalidade científica moderna trouxe grandes transformações para o campo da saúde. A ciência médica, também denominada de biomedicina, se constituiu a partir de leis de aplicação geral e de fazeres de validade universal, tendo o pressuposto da existência de uma ordem e estabilidade no mundo, a ser descoberta através da decomposição de suas partes para resolver os problemas e, posteriormente, compreender o todo. A influência do mecanicismo e a própria ideia de mundo-máquina, homem-máquina que o sustenta, incentiva o desenvolvimento de conhecimentos capazes de dominar e intervir para transformar a realidade, mesmo que com reduzido nível de compreensão sobre ela (SANTOS, 1987). A ciência médica ou a biomedicina é organizada a partir de disciplinas básicas como a anatomia, fisiologia e a patologia, e através da observação sistemática por meio de tecnologias especializada de alta

⁶ Constitui-se através de um modelo global e totalitário pois exclui e “nega o caráter racional de formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e regras metodológicas” (SANTOS, 1987, p.11). A ruptura realizada com os modelos anteriores ocorre juntamente com uma “nova visão do mundo e da vida”, impulsionada “pela luta apaixonada contra toda as formas de dogmatismo e de autoridade” (IBIDEN, p.12). Nesse sentido, este modelo desconfia sistematicamente da experiência imediata e forma uma oposição ao chamado conhecimento vulgar do senso comum.

precisão, tende a fracionar o conhecimento sobre o corpo humano. A ciência médica isola as partes do organismo, num pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes. Por meio de tais métodos, se acreditou que as práticas em saúde iriam superar todas as crenças, valores místicos-religiosos que acompanharam a sociedade feudal e que estaria pronto para a constituição de um corpo homogêneo e consistente de conhecimento sobre a biologia humana e as formas de tratar e curar doenças. (CAMARGO JR, 2012).

Como parte da racionalidade moderna, os conhecimentos da biomedicina estão sustentados na ciência positiva⁷, são do tipo causal, que exclui variáveis complexas do fenômeno para buscar regularidades que possa observar e medir com rigor. Seu interesse é dirigido ao “[...] como funcionam as coisas em detrimento de qual o agente ou o fim das coisas” (SANTOS, 1987, p.16). Na mesma velocidade com que o paradigma da modernidade se consolidou, a biomedicina adquiriu grande prestígio social que conduziu a uma “[...] hegemonização das tecnologias no terreno do diagnóstico e dos tratamentos de doenças” (ALVES; MINAYO, 1994, p.10), além de responder “[...] sobre quem e a partir de que tipo de conhecimento se pode validar práticas e saberes em saúde-doença” (TESSER, 2012, p.251). A dominação do campo da saúde pela ciência biomédica contribuiu para uma série de desequilíbrios no campo e tem provocado disputas por espaços de atuação profissional e pela dominação de determinados saberes, práticas e/ou procedimentos, sobretudo nas últimas décadas (TESSER; SOUSA, 2012).

Esta configuração ganha complexidade quando se observa que junto da consolidação do paradigma da modernidade e do crescente prestígio e legitimidade social da medicina ocidental, se instaurou e se avançou com o processo de colonização econômica e cultural europeia sobre países pobres da Ásia, África e América. Como parte desse processo, as diferentes práticas em saúde tiveram que se ver ao crivo desse conhecimento e muitas foram desqualificadas e excluídas, por séculos, como conhecimento válido no campo oficial (MARGOTTO, 1998). A transformação da ciência em única forma de conhecimento válido e capaz de reconhecer saberes, reduziu o significado de conhecimento a desenvolvimento tecnológico e com isso, acarretou a liquidação e/ou a subalternização de grupos cujas práticas assentavam em outros conhecimentos, como no caso dos saberes tradicionais, historicamente excluídos pelos mecanismos de dominação e hegemonia do conhecimento. (SANTOS, 2009).

⁷ Na Ciência Positiva, a realidade existe fora e é dirigida por leis e mecanismos naturais e imutáveis (natureza ontológica-realista); a realidade é material e pode ser estudada de forma direta, objetiva e imparcial (epistemologia dualista - objetivista); utiliza-se de metodologia experimental manipulativa, por meio da qual mantém cuidadoso controle para estudar o real, formular questões e hipóteses testadas (falsificação). [Guba (1990) apud Silva et al (2016)]

No Brasil oitocentista, a partir da chegada da família real portuguesa e da institucionalização de diversos órgãos alinhados com a racionalidade europeia, a disputa pela hegemonia nas artes de curar foi intensificada entre representantes da emergente medicina científica e agentes locais de cura popular. Tratava-se de um “[...] tempo em que na busca pela cura, alternativa era a medicina acadêmica e tradicional era o curador popular” (ALMEIDA, 2010, p.24). Segundo Almeida (2010), naquele contexto, as estratégias de desqualificação de saberes e práticas tradicionais ocorreram junto da estruturação de instituições para controle, registro de práticas profissionais, formação e circulação de informações científicas. No entanto, a resistência ao processo de dominação e subordinação ao conhecimento europeu, se apresentou a partir de estratégias de contra-hegemonia, ainda bastante sustentadas e legitimadas por diferentes segmentos da sociedade brasileira⁸. Essas reações, mesmo que não tenham conseguido se impor de forma suficiente para permanecer no campo oficial da saúde demonstraram que a dominação não foi suficiente para levar ao aniquilamento das práticas tradicionais “[...] que continuaram a fazer parte do cotidiano da população” (MARGOTTO, 1998, p.13). Embora muito do espaço social e prestígio dos agentes informais de cura tenham sido reduzidos com o avanço da racionalidade científica, a utilização dos recursos naturais e as medicinas tradicionais nunca deixaram de existir. (MARGOTTO, 1998).

No fim do século XIX, a hegemonia biomédica estava legitimada como o único saber capaz de validar qualquer prática em saúde-doença, mantendo com as outras práticas uma dominação socioinstitucional (LUZ, 2005a). Observou-se que junto a essa dominação ocorreu a invasão de uma lógica de mercado, guiada por interesses de grandes corporações e operacionalizada pelo constante avanço científico. Este novo movimento pareceu descolar sua prática das reais necessidades dos povos. No contexto da década de 1970, as ações de prevenção à saúde seguiam negligenciadas por governantes e grupos de sustentação política geriam o funcionamento do Estado em favor de uma prática médica industrializada e cada vez mais descontextualizada dos processos culturais locais (SERRANO, 1985).

Nos países pobres, até mesmo pelo processo de dominação e imposição cultural estrangeira realizado ao longo dos séculos XIX e XX, os serviços médicos mantiveram

⁸ “Curandeiros, por exemplo. Há agora uma verdadeira perseguição deles. Imprensa, política, particulares, todos parecem haver jurado a exterminação dessa classe interessante. O que lhes vale ainda um pouco é não terem perdido o governo da multidão. Escondem-se; vão por noite negra e vias escuras levar a droga ao enfermo, e, com ela, a consolação. São pegados, é certo; mas por um curandeiro aniquilado, escapam quatro e cinco”. Bons Dias. Machado de Assis. Publicado originalmente na Gazeta de Notícias em 29/08/ 1889. In Obra Completa de Machado de Assis. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, Vol. III, 1994. <http://machado.mec.gov.br/arquivos/pdf/cronica/macri11.pdf> >. Acesso em 22/04/2017.

características ainda mais diferenciadas; quando disponíveis, eram particulares e muito caros, presentes em grande concentração em determinadas regiões e ausentes em outras. A oferta, em alguns casos, estava associada a estratégia de expansão e pesquisa da indústria médico-farmacêutica (ILLICH, 1975). Nesse sentido, há entendimento de que “[...] as multinacionais farmacêuticas e os grupos interessados em produzir e lucrar com uma tecnologia inadequada são inimigos dos programas de atendimento primário” (SERRANO, 1985, p. 68).

A lógica operada pelas multinacionais farmacêuticas envolvia o desenvolvimento de tecnologias duras, identificadas como aquelas “[...] que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas” (MERHY, 2009, p.06). Nessa lógica, a gestão em saúde tem grande interesse em produzir e lucrar no 'mercado da doença' e reduzida preocupação em promover estímulo aos programas de atendimento primário. De acordo com Illich (1975) e Serrano (1985), trata de um modelo de gestão ligado a uma estratégia sanitária obsoleta, em vias de crise e superação:

Enganaram-se aqueles que confiaram demais na tecnologia médica, esperavam diminuir as faltas aos serviços pela democratização do avanço tecnológico. Esperavam que a distribuição deste avanço ajudasse na cura rápida de infecções e traumatismos. Houve esperança demais: as faltas ao serviço não diminuíram muito. A evolução da medicina não encontrou o caminho certo. Perdeu-se na confusão industrial. (SERRANO, 1985, p.54)

No tempo histórico da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, Santos (1987) escrevia o curto ensaio Um Discurso sobre as Ciências, a partir do qual discorreu sobre uma profunda crise no interior do paradigma científico da modernidade decorrente de uma pluralidade de condições teóricas e sociais, “[...] resultantes do grande avanço no conhecimento que ele próprio propiciou” (IBIDEM, p.24), isto é, alcançadas a partir da elaboração de novos problemas científicos que o paradigma vigente não conseguiu responder⁹. Segundo esse autor, tal crise indica para o fim de ciclo para uma ordem científica hegemônica iniciada no século XVI e a substituição por uma nova ordem, a qual não se sabe muito sobre o perfil, mas que terá grandes distinções com o atual modelo (SANTOS, 1987).

[...] estamos de novo perplexos, perdemos a confiança epistemológica; instalou-se em nós uma sensação de perda irreparável tanto mais estranha quanto não sabemos ao certo o que estamos em vias de perder; admitimos mesmo, noutros momentos, que essa sensação de perda seja apenas a cortina da nossa vida individual e coletiva. Mas mesmo aí volta a perplexidade de não sabermos o que abundará em nós nessa

⁹ Entre essas condições científicas estão Einstein sobre as limitações das leis da física e da geometria, não verificadas, mas tão somente definidas; o princípio da incerteza de Heisenberg, que expôs a interferência do sujeito sobre o objeto observado e concluiu que as leis são apenas probabilísticas; o teorema da incompletude, de Gödel sobre o critérios de seletividades nas formulação de proposições indecidíveis na lógica matemática; a teoria das estruturas dissipativas e o princípio da ordem através de flutuações das investigações do físico-químico Ilya Prigogine. (SANTOS, 1987). As condições sociais são consequências do próprio avanço científico.

abundância (SANTOS, 1987, p.08).

Anos mais tarde, esse autor avançou sobre sua compreensão do processo de transição de paradigmas e reconheceu que o novo paradigma traz o reconhecimento das diversidades epistemológicas no mundo, por meio do “[...] princípio de incompletude dos saberes que propicia o alargamento da intersubjetividade como interconhecimento e vice e versa” (SANTOS, p. 56, 2010). Desde as décadas de 1930 e de 1940, as ideias de autonomia da ciência e neutralidade do conhecimento científico – pilares da revolução do conhecimento que se desenvolveu a partir do século XVI – entraram em choque perante o fenômeno social da industrialização da ciência. Este processo manifestou-se tanto na aplicação, quanto na organização da produção científica e “[...] acarretou o compromisso desta com os centros de poder econômico, social e político, os quais passaram a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas” (SANTOS, 1987, p.34). Dessa mercantilização do conhecimento, a comunidade científica tornou-se mais estratificada, as relações de poder mais autoritárias e desiguais; e no âmbito da investigação de ponta, ocorreu um maior aprofundamento da desigualdade de produção e acesso ao “[...] desenvolvimento científico entre os países centrais e os países periféricos.” (IBIDEN, p.35).

Na medida em que as instituições basilares de uma sociedade, tais como a ciência, o direito, a educação e a religião param de refletir a imagem social e passam a reproduzir-se seguindo lógicas institucionais próprias, elas deixam de atender as demandas e necessidades próprias do real e passam a promover uma forma de vigilância social. Nessas condições, ocorre uma espécie de “crise da consciência especular” (SANTOS, 2009, p.48), na qual a sociedade não se reconhece em suas instituições e essas conservam-se numa posição superior em pleno funcionamento. As décadas de 1960 e 1970 apresentaram este cenário contraditório, em que tecnologias e produtos foram desenvolvidos para trazer melhorias da vida humana, mas que não se efetivaram na prática para muitos segmentos sociais. Os avanços tecnológicos e as formas de validação e comprovação de conhecimento pela ciência cresceram, mas seus benefícios na vida das pessoas comuns não acompanharam o mesmo ritmo. Desse contraste, emergiram críticas “[...] ao imaginário médico fundado numa compreensão limitada da doença, como um distúrbio de ordem biológica, a ser tratado por um método anátomo-clínico” (MARTINS, 2003, p. 248).

Soma-se a estas condições, o surgimento de novas doenças, como é o caso da AIDS, e o ressurgimento de doenças já combatidas, como a tuberculose, a hanseníase e a sífilis (LUNA, 2002), o aumento de incidência de doenças crônico-degenerativas e dos quadros de saúde causados ou agravados pelas próprias intervenções na área médica (iatrogênese). Além

disso, como observou Luz (2005), uma característica do final do século – e do milênio – foi a visibilidade de sinais e queixas psicossomáticas no mundo capitalista; um tipo de síndrome coletiva estendida a milhões de indivíduos nas grandes cidades, com uma sintomatologia flutuante que poderia ser definida “[...] como biopsíquica, com grande repercussão na saúde física e mental da força de trabalho, caracterizada por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral etc.” (LUZ, 2005, p.148). Muitas destas queixas não encontraram resolutividade nas práticas hegemônicas e atualmente muitas pesquisas tem indicado a ampliação da prevalência de transtornos mentais comuns na população em geral.

No conjunto dos elementos apresentados acima, pode-se afirmar que o projeto de monopólio do campo pela ciência médica ocidental apresentava fortes sinais de insuficiência e de inadequação. A racionalidade biomédica ora se mostrou insuficiente para compreender e intervir sobre os quadros apresentados (LUZ, 2005), ora é a própria causadora desses quadros de saúde (ILLICH, 1979) e ora, se apresenta em condições estruturais insuficientes para atender suas exigências técnicas e metodológicas para diagnóstico, intervenção e recuperação da saúde (SERRANO, 1985). Em meio a limitações e inadequações, as críticas passam a reconhecer que “[...] ao focalizar apenas o lado biológico, propõe uma prática parcial e reducionista, uma perspectiva estreita que necessita ser ampliada para dar conta dos problemas engendrados pelos fenômenos da saúde e da doença” (QUEIROZ, 2000, p. 368). Os desafios do campo da saúde e as demandas emergentes manifestadas ao longo do século XX trouxeram fissuras internas ao campo da saúde que indicaram que a ciência médica, ao operar pelos mesmos princípios e sofrer das mesmas deficiências que paradigma científico da modernidade estaria a entrar em crise e daria abertura à superação por outro modelo (SANTOS, 1986).

Em 1986, a UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) organizou o colóquio "A Ciência diante das Fronteiras do Conhecimento", com objetivo de debater os desafios e transformações do conhecimento. Do reconhecimento da crise que as ciências enfrentavam, surgiu um vislumbre de um novo racionalismo, no qual o desenvolvimento científico e as tradições culturais poderiam se aproximar, resultando na maior preservação destas últimas e no aprofundamento do primeiro.

O conhecimento científico, devido a seu próprio movimento interno, chegou aos limites em que pode começar o diálogo com outras formas de conhecimento. Neste sentido, reconhecendo as diferenças fundamentais entre a ciência e a tradição, constatamos não sua oposição, mas sua complementaridade. O encontro inesperado e enriquecedor entre a ciência e as diferentes tradições do mundo permite pensar no aparecimento de uma nova visão da humanidade. (UNESCO, 1986).

Daquele contexto progressista abriu-se possibilidades de se reconhecer projetos paralelos ao desenvolvimento tecnológico exclusivo e excludente da medicina científica moderna. O avanço da crise enfrentada no campo da medicina e da saúde levou a um movimento no interior do próprio campo hegemônico de onde se viu coexistir projetos paralelos que foram identificadas como uma tendência a “desumanização /tecnicização da medicina e outra em direção à reumanização dos modelos médicos” (MARTINS, 2003, p.58).

A primeira tendência é a convencional, constituída a partir do modelo biomédico organizado entre os séculos XVIII e XIX que resultou “[...] uma medicina pragmática, valorizando um corpo sem sujeito e normalizada por um olhar objetivista e aparentemente neutro” (MARTINS, 2003, p.113). Segundo o autor esse modelo contribuiu para o maior esfriamento e distância da relação entre médico e paciente e favoreceu “[...] a autonomização da lógica mercantil e tecnicista” (IBIDEM, p.117) ao se afastar “de interesses coletivos mais gerais dos cidadãos e da sociedade” (IBIDEM, p.33). Entre os problemas reconhecidos está a medicalização social, fenômeno diretamente associado às formas oficiais instituídas, que ao transformar a cultura, diminui a autonomia das pessoas para lidar com parte dos problemas de saúde e produz excessiva demanda para os sistemas de saúde (TESSER; BARROS, 2008).

Por outro lado, um movimento com origens internas e externas ao campo médico, inspirado na ideia de cidadania plena foi reconhecido como tendência a reumanizar a medicina quando reivindica a diversidade disciplinar, conceitual e política da prática e organização nos modos de atuar sobre os fenômenos de saúde e doença (MARTINS, 2003).

Face ao crescente mal-estar gerado pelos rumos recentes da biomedicina moderna surgem, por conseguinte, reações espontâneas a favor de reformas culturais, políticas e sociais que apontem para a mudança do paradigma médico dominante. Tais reações também visam integrar princípios da pluralidade e da diversidade, que são condições essenciais para uma possível democratização e humanização das práticas médicas modernas. (MARTINS, 2003, p.199).

A reumanização dos modelos médicos tem sido estudada como parte de um processo de reorganização de paradigmas no campo da medicina moderna, com “[...] origens internas e externas ao campo médico oficial, sendo de naturezas diversas: técnica, mas também cultural, política, econômica e ética” (MARTINS, 2003, p.206). Observou-se a expressão desse movimento a partir de três planos: no interior da prática médica oficial; nas fronteiras que separam a medicina oficial das ditas não-científicas; e no exterior do campo oficial. No interior da prática médica, os desafios conceituais e éticos advindos de novos saberes somaram-se a mobilizações políticas de profissionais e da sociedade em geral contra as ações utilitaristas da medicina. Na fronteira entre as práticas oficiais e as não oficiais, observou uma

tendência à assimilação e reconhecimento de algumas práticas. No exterior da medicina oficial, fatores de ordem social e cultural acompanham o processo, a exemplo de “[...] movimentos a favor da pesquisa e do uso das drogas químicas e vegetais, da emancipação das mulheres, do retorno à natureza, das viagens e descobertas de outras culturas e a aproximação das tradições orientais e indo-americanas, dentre outras. (MARTINS, 2003, p.250).

Nessa direção, o estabelecimento das medicinas humanistas envolveria uma clara posição de resistência ao modelo biomédico e, dessa forma, estaria sinalizando para a possibilidade e a necessidade de uma nova organização nos serviços de saúde, inclusive nas relações interpessoais. As décadas que antecederam o início do século XXI foram importantes para o reconhecimento e valorização de diferentes formas de conceber e intervir sobre os fenômenos de saúde e doença, e entre elas, as MAC/MT reapareceram no campo oficial.

Segundo Luz (2005), a lógica integrativa das práticas alternativas e populares se apresentou e foi bem recebida no final do século XX, frente ao modelo construído hegemonicamente, sob as balizas do chamado conhecimento científico. Numa perspectiva sociocultural, a emergência dessas práticas envolveu uma busca de resgate de valores e concepções holísticas e de outras visões de mundo que valorizam a integração homem, natureza e sociedade, contrapondo aos valores de uma sociedade individualista e consumista (SOUSA; LUZ, 2009). E seu sucesso pode ser atribuído, em grande parte, à maneira com que reconhece a singularidade e totalidade biopsíquica do sujeito que adocece, e busca, para além de combater doenças, a manutenção de pessoas saudáveis. A partir do resgate da arte de curar, as MAC/MT recolocam o sujeito ao centro do paradigma e a relação médico-paciente torna-se elemento fundamental da terapêutica (LUZ, 2005). A lógica assentada sob valores holísticos e de uma concepção integral de homem-mundo, em um princípio organizativo mais amplo e integrado, reconhece a importância da razão, mas a coloca “[...] junto a outras dimensões como a emoção, a intuição e a sensibilidade” (QUEIROZ, 2000, p.367).

O ressurgimento das práticas alternativas de saúde, ou das medicinas humanistas tem sido reconhecido como parte da construção de um projeto alternativo para reumanizar a medicina moderna (MARTINS, 2003), de forma que reivindicam a diversidade disciplinar, conceitual e política, e visam, “[...] em última instância, a criação de um novo sistema médico capaz de reinstituir a saúde e a doença como fatos sociais totais” (IBIDEN, p. 206). É como se no campo do conhecimento existisse um projeto alternativo para caracterizar de maneira positiva a diversidade das formas de conhecimento existentes no mundo (SANTOS, 2010).

1.1 O RECONHECIMENTO INTERNACIONAL DAS MAC/MT

A Organização Mundial da Saúde¹⁰ (OMS), desde o fim da década de 1970, recomenda que os praticantes de cura populares ou tradicionais fossem integrados à rede oficial de assistência de saúde de seus países-membros. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata (1978), antiga URSS, reconheceu a integração dos “[...] 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). Nas décadas seguintes, o movimento político internacional por maior reconhecimento dos praticantes tradicionais avançou junto a um projeto social mais amplo, baseado na prevenção, no desenvolvimento social e nos cuidados primários em saúde.

Os cuidados primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A proposta apresentada em Alma-Ata acompanhou o “espírito da epistemologia alternativa” (BARROS, 2008, p. 235) e formou um desenho ideológico de valorização de cuidados médicos essenciais e do conhecimento alternativo informal e popular (HELMAN 1994). Desse movimento, o acesso à saúde a países desprovidos da atenção especializada é incentivado, mas também uma opção de saúde menos invasiva, mais segura, mais resolutiva e mais barata, foi reconhecida também por países com uma boa estrutura de serviços de saúde. Nesse caminho, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde indicou a necessária superação da dependência ao modelo assistencial e econômico, centralizado na doença e na intervenção médico-hospitalar.

A obra *A expropriação da Saúde*, de Ivan Illich (1975), é um excelente recorte analítico sobre as mudanças que a sociedade industrial provocou no modo de gerir a vida

¹⁰ OMS: formada após a 2ª GM pela ONU. Composto por especialistas tem feito sugestões e estudos para melhorar a saúde mundial. Quando se trata de pareceres teóricos ela é muito respeitada. Contribuiu para a visão ampliada de saúde e que sua elevação depende de fatores sociais e econômicos.

humana. Entre elas, observou a desqualificação do saber popular e a formação de comunidades desprovidas de recursos para enfrentar os problemas de saúde locais. Como consequência direta, observou a perda da capacidade do autocuidado e a redução das condições sociais da autonomia. Os dados apresentados por Illich (1975) dialogam com Queiroz (2000), para o qual os impactos do modo de produção na medicina moderna ocorreram “[...] em direção contrária à capacidade natural do ser humano de promover o equilíbrio necessário para a produção de sua própria vida” (QUEIROZ, 2000, p. 368).

Os medicamentos hoje são mais abundantes, mais eficazes, mais perigosos, e as pessoas que ganham um pouco mais de dinheiro aprenderam a ter vergonha de sua confiança nas ervas e regimes dietéticos. A informação desapareceu e foi substituída por uma única menção, na caixa, que se trata de insulina, de vitaminas, pílulas para dormir ou de pílulas contraceptivas, para uso somente sob prescrição médica (ILLICH, 1975, p. 53).

Ao reconhecer a esfera econômica que surge e move o campo médico, em Alma-Ata se indicou a participação popular no controle social das políticas de saúde, pois sem ela, as decisões sobre políticas se tornam mais vulneráveis aos interesses econômicos (SERRANO, 1985). Diante destes aspectos desconectados acerca das necessidades urgentes em melhorar a qualidade de vida dos povos, várias alternativas foram apontadas pela OMS ao longo das décadas seguintes; no entanto, tanto na esfera local, quanto na global, muitos “[...] médicos, políticos conservadores e empresários terminam boicotando os serviços de atendimento primário e de prevenção” (IBIDEM, p. 67-68).

Nesse sentido, a mensagem ecoada em Alma-Ata apresentou respostas para algumas consequências da sociedade capitalista moderna, fortemente industrializada e seus impactos, ou a falta deles, na vida cotidiana das pessoas. Entre estas respostas e ainda que de forma indireta, as MAC/MT passaram a compor a agenda da OMS, a partir do final da década de 1970. A primeira publicação ocorreu em 1979 sobre o programa de Medicina Tradicional.

A medicina tradicional tem uma longa história. É a soma total dos conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, quer sejam explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais. Os termos alternativa / complementar / não convencional são usados alternadamente com a medicina tradicional em alguns países (WHO, 2000, p.01).

As primeiras considerações oficiais da OMS sobre as MAC/MT trataram dos aspectos da diversidade cultural, histórica e subjetiva dessas práticas. A sua existência histórica na cultura humana e a transmissão geracional por meio da qual elas sobreviveram ao longo dos tempos foi considerada um demonstrativo da segurança e eficácia em sua utilização. Ao trazer esses elementos à tona, a OMS também reconheceu a negligência com que a maioria dos

países tratou as MAC/MT, resultando em reduzidos dados disponíveis sobre elas em áreas estratégicas como a educação, formação e pesquisa. Em consequência dessa negativa, a quantidade e qualidade de dados disponíveis tem limites para satisfazer os critérios e apoiar sua utilização em todo o mundo (OMS, 2002). Nota-se que no atual cenário, as pesquisas sobre o tema tem aumentado, o que virá fortalecer ainda mais sua expansão.

No ano 2000, a OMS apresentou uma série de orientações dirigidas a pesquisadores, profissionais de saúde, fabricantes de produtos, comerciantes e autoridades de saúde para o desenvolvimento de metodologias de investigação em MT/MAC. A mensagem dessa ação era a de que o conhecimento sobre essas práticas poderia ser aprimorado por meio da pesquisa científica e fornecer evidência adicional sobre sua segurança e eficácia, indicando as terapias mais seguras e eficientes. O material organizado forneceu métodos de avaliação e facilitou a regulação e registro de MAC/MT nos diferentes sistemas de saúde.

A proposta da OMS destacou que ao se avaliar eficácia das MAC/MT seria preciso definir critérios de validação condizendo com a concepção integrativa de cada prática, não devendo simplesmente submetê-las aos critérios da racionalidade científica moderna. “Por conseguinte, a avaliação da eficácia da medicina tradicional pode ser bastante diferente da medicina convencional. Como as MAC/MT se baseia em uma abordagem holística, medidas de avaliação de eficácia convencionais podem não ser adequadas”. (WHO, 2000, p. 02).

Segundo a OMS, naquele contexto a disputa se dava do “[...] entusiasmo acrítico contra o ceticismo desinformado” (OMS, 2002, p. 02). Tal registro, permite-nos inferir sobre a presença de apoiadores com pouca fundamentação científica em MAC/MT e críticos fervorosos contrários a qualquer espaço institucional para elas. Ademais, pode-se indicar que tal relação de oposição extrema se dava em um meio a um contexto com quantidade e qualidade limitada de informações sobre segurança e eficácia na utilização destas práticas.

Uma disputa no campo social e no interior do próprio campo da saúde sobre legitimidade ou não destas práticas influenciava a decisão de países de adotar ou não práticas não convencionais no sistema de saúde. E foi em meio a este cenário que a OMS lançou a primeira estratégia global¹¹ sobre MT, de forma a responder a questionamento sobre sua segurança, qualidade e eficácia. Em linhas gerais, o documento recomendou o desenvolvimento de políticas nacionais específicas, de modo a definir melhor o papel das MAC/MT no sistema sanitário e desenvolver mecanismos para garantir boas práticas “através de acessibilidade, segurança e eficácia; de recursos para investigação, educação e formação”

¹¹ Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002- 2005.

(OMS, 2002, p.03). Em 2013¹², reforçou-se o marco de atuação das últimas décadas.

Para além das posições antagônicas a respeito das MAC/MT, dados da OMS (2002), indicaram sua presença extensiva em países pobres e em vias de desenvolvimento e que seu uso tem aumentando nos países em desenvolvimento. Nos países pobres, o uso generalizado de MT é atribuído à sua acessibilidade e disponibilidade, enquanto que o enfoque alternativo nos países desenvolvidos foi relacionado a preocupação com efeitos adversos de drogas químicas e maior incidência de quadros de doenças crônicas. Os dados apresentados indicam para a complexidade envolvida na emergência e valorização das terapias alternativas na sociedade pós-industrial, aumentada ainda mais quando se reconhece, que em meio a um contexto internacional de livre comércio, a presença de indústrias e consumidores contrários a qualquer restrição e limite ao acesso a muitas dessas terapias, pois, mediante regulamentação pública, é possível explorar esse comércio. No caso da América Latina, conforme dados da OMS, regulamentação de práticas e normatização de programas e políticas de MAC seguiram a mesma tendência; normatizava-se o que se regulamentava (LOVERA ARELLANO, 2014).

Barros et al (2015) observaram ampliação mundial nas pesquisas sobre as MAC/MT. De forma geral classificaram as pesquisas em três blocos principais: a) Abordagem clínica biomédica analisando custo/efetividade das PICs no tratamento de uma determinada patologia (52%); b) Metodologia qualitativa ou mista com abordagem sobre o uso das PICs para o cuidado mesclado ao modelo biomédico (23%); c) Abordagens que discutem políticas públicas, promoção e gestão de PICs (25%).

Destarte, destaca-se que o movimento desencadeado pela OMS para promover as MAC/MT no cenário internacional e lhes injetar legitimidade social pode ser diferenciado em dois planos inter-relacionados: o plano social, a partir da evidência e reconhecimento da baixa qualidade e das desigualdades dos serviços de saúde ofertados a muitos povos; e o plano político, por meio do qual ocorreu a inserção das MAC/MT na agenda internacional e se tornou possível o desenvolvimento de estratégias para a melhoria daquela situação. Diferencia-se o plano social do plano político para indicar que quando as desigualdades existentes entre povos e países foram reconhecidas, pode-se passar ao plano político, no qual, por meio de uma agenda oficial, as MAC/MT aconteceram como políticas públicas.

Passados mais de trinta anos que as MAC/MT acompanham a agenda internacional de saúde, convém questionar se os objetivos inicialmente propostos no plano social, de assegurar condições de saúde mínimas na população mundial continua a fazer parte da pauta. A

¹² Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014- 2023.

regulamentação da política no Brasil ocorreu já há 10 anos e pouco se viu de propostas para a população mais carente de regiões e estados brasileiros. O movimento brasileiro seguiu suas particularidades e constituiu um campo próprio como será discutido ao longo deste trabalho.

1.2 O CAMPO DA SAÚDE E SUA DIMENSÃO ALTERNATIVA

Na perspectiva sociocultural adotada por este trabalho, as crenças, valores e práticas terapêuticas presentes nas diferentes sociedades são acompanhadas de significações culturais e representações que não se reduzem à especificidade biológica do conhecimento médico científico. As questões que vimos discutindo indicam para a existência de elementos mais compreensivos e ampliados em relação ao adoecimento humano do que o reducionismo biológico adotado pela ciência biomédica ao longo dos últimos séculos. A estratégia excludente e totalizadora da biomedicina, em meio à crise do paradigma da modernidade, tem dado mostras que foi, não apenas errônea, mas inclusive tem contribuído para uma maior fragilidade da própria racionalidade científica.

Os fenômenos sociais não surgem isoladamente, mas se formam historicamente diante de condições sociais, materiais e epistemológicas próprias. Ao se ampliar a percepção sobre as práticas em saúde e doença foi possível identificar uma maior complexidade na formação social do campo da saúde e reconhecer a coexistência de pluralidades de práticas terapêuticas, dotadas de diferentes racionalidades, outros sistemas menores, alternativos, com recursos próprios para explicar e intervir sobre o processo saúde e doença. (QUEIROZ; CANESQUI, 1986). Nos últimos séculos, a lógica instrumental da racionalidade médica científica tem negado essa pluralidade e contestado sua validade, promovendo uma homogeneização do campo da saúde (TESSER, 2012). Portanto, a inserção das MAC no campo oficial vem expressar as diferenças, conflitos e contradições presentes nas relações sociais em que estão vinculadas, uma vez que são parte da cultura de grupos humanos e variam no tempo e no espaço, de acordo com a forma e os recursos disponíveis para a sociedade se organizar e perceber a si mesma. (ALVES; MINAYO, 1994).

1.2.1 A noção de “campo”

De modo a ilustrar a distribuição dos grupos e sujeitos, na perspectiva da sociologia disposicional de Bourdieu (2013), tomamos o retrato apresentado por Loyola (1984) e conjunto de especialistas de cura, em uma região fluminense. Verificou-se que quanto mais

próximo o especialista de cura estivesse da prática médica oficial, maior era a diferenciação em termos da validade do seu conhecimento. A mesma diferenciação feita em relação às práticas de cura se apresentou e refletiu a hierarquia social e os padrões estabelecidos no contexto estudado, o grau de instrução do praticante e a aceitação de sua prática pelo Estado. Em síntese, os que atuavam na lógica instrumental da ciência, a partir da prática especializada e afastada de crenças e mecanismos simbólicos, mantinha maior influência sobre o campo. Por meio desse exemplo, nota-se o enfraquecimento ou exclusão de práticas do campo da saúde, a partir de critérios de validação estabelecidos no saber hegemônico. As práticas organizadas em bases diferentes do modelo científico ocupava uma posição marginal no campo da saúde e tal posição refletia na condição social do praticante e também do usuário.

A noção de campo foi elaborada por Bourdieu (1966) como uma ferramenta teórica e analítica da realidade social para superar a “[...] perpetuação da ciência como uma espécie de partenogênese, a ciência engendrando-se a si própria, fora de qualquer intervenção do mundo social” (BOURDIEU, 2004, p.17); e para superar as concepções subjetivista da realidade, construída de forma alheia à estrutura social, e a estruturalista clássica, a qual desconsidera a história dos sujeitos. Segundo relata, posicionou-se a meio passo de cada uma dessas visões e olhou o dinamismo da realidade. Afirmou então, que entre o objeto a ser analisado, em si mesmo, e o contexto social no qual ele está inserido, existe um universo intermediário: o campo – no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem e difundem uma determinada construção humana, como a arte, a educação, a ciência, e também, as práticas de saúde. Considerou que seja qual for o campo, ele sempre será objeto de disputa.

A abordagem deste autor aceita a existência de estruturas, independentes da vontade e da consciência dos agentes, no entanto, defende que essas estruturas são produto de uma gênese social, formada a partir de esquemas de percepção, pensamento e ação. Para Bourdieu, “[...] as estruturas, as representações e as práticas constituem e são constituídas continuamente” (THIERY-CHUERQUES, 2006, p.28). Isto significa dizer que as disposições e condições no campo estão em constante redefinição, a partir da relação concreta estabelecida entre os diferentes agentes dispostos no espaço, por meio de princípios de ação.

A noção de campo na obra de Bourdieu se apresenta entrelaçada ao conceito de habitus, de modo que uma noção é consequência direta da outra. Dessa forma, a disposição dos sujeitos no campo deve ser pensada a partir do habitus: “[...] princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida envolvendo um conjunto de escolhas de pessoas, de bens, de práticas” (BOURDIEU, 2013, p.22). Por meio do habitus, os indivíduos e grupos tem uma “marca”, um

signo distintivo dentro de um espaço social, e por meio dela as diferenças são reconhecidas. Como um universo dinâmico e interativo, os diferentes agentes dispostos no campo podem apresentar elementos comuns e distintos em dado momento, e em outro momento, podem apresentar outras configurações; a variação se dá conforme o valor dos diferentes tipos de capital dispostos no espaço social. A dinâmica do campo se dá por meio de relações de forças, nas quais os agentes (indivíduos e grupos) se inserem e buscam manter ou alterar posições. No campo, “É a estrutura das relações objetivas entre os agentes que determina o que eles podem e não podem fazer” (IBIDEN, p.23).

Para Bourdieu (2004), as estruturas do campo operam por uma lógica própria e constituem um mundo social relativamente autônomo, organizado de acordo com o capital disponível e distribuído entre os agentes ali dispostos e interligados por relações objetivas em dado momento. Assim, a compreensão da dinâmica no campo se dá pelo reconhecimento da diferenciação de agentes (*habitus*), da distribuição dos tipos de capital formados nesse campo e da constante tentativa de modificação de suas estruturas em razão das disposições presentes: de resistir, ou de opor-se a forças do campo. Segundo Bourdieu (2013), pode-se reconhecer os seguintes tipos de capital: econômico, cultural, social e simbólico. O capital simbólico é uma síntese dos demais tipos de capital. E dele também desenvolve o capital científico: “[...] espécie particular de capital simbólico, e que consiste no reconhecimento atribuído pelo conjunto de pares-concorrentes no interior do campo científico” (BOURDIEU, 2004, p.26).

O campo da saúde, assumido também como processo histórico, é dinâmico e envolve relações entre sujeitos e instituições: agentes detentores de diferentes tipos de capital que se interligam numa dada sociedade e num dado tempo para auferir sentidos e significados frente à realidade social e a diversidades de práticas que se apresentam.

Ao retornar para o exemplo que ilustrou a discussão sobre a noção de “campo”, pode-se reconhecer a conclusão de Loyola (1984), que o nível de diferenciação entre os agentes na região fluminense, a partir de representações sobre adoecimento do corpo e do espírito, ligava-se ao volume de capital acumulado distribuído entre os diferentes agentes dispostos no espaço social naquele contexto. Diferentes tipos de capital estavam envolvidos, entre eles, o capital científico, o capital político, simbólico, econômico, os quais estavam presentes de forma diferenciada entre os praticantes de cura.

A partir desses elementos e noções da sociologia disposicional, obteve-se maiores condições de análise sobre o fenômeno da inserção das MAC/MT no campo da saúde.

1.2.2 A dimensão alternativa do campo da saúde

Martins (2003) descreveu o campo da saúde como o conjunto heterogêneo formado pela medicina oficial regulamentada, as medicinas populares e alternativas e também, outros sistemas e manifestações reconhecidas como práticas em saúde por diferentes atores que se mobilizam para sua incorporação no campo. Esse autor trouxe uma visão ampla e plural do campo da saúde, a partir de práticas médicas oficiais, de um universo alternativo variado, situado na fronteira ou externas a elas, como no caso das práticas e terapias alternativas e populares. O trabalho apresentado por Kleiman apud Helman (1994) também reconheceu a existência de um complexo sistema terapêutico nas sociedades modernas, inseridos no sistema oficial, ou não. Este autor apresentou uma classificação a partir de três alternativas terapêuticas: a informal, a popular e a profissional.

A alternativa informal foi reconhecida no exercício terapêutico não-pago, geralmente entre indivíduos e grupos sociais de proximidade que interagem e promovem formas de orientação não profissional; neste grupo, a família é a principal responsável pela assistência, seguido de grupos de autoajuda, amigos e pessoas leigas em geral; nela a prática de automedicação é uma intervenção frequente. A alternativa popular foi descrita como aquela realizada por praticantes com formação exotérica ao campo oficial, incluem as chamadas terapias alternativas que são desenvolvidas em espaços e com o emprego de recursos terapêuticos próprios, específicos de cada praticante. A sua diferença com a informal é “[...] sobretudo porque seus agentes se diferenciam da comunidade geral e contam com um conjunto de conhecimentos e/ou treinamentos” (BARROS, 2008, p.171). E, finalmente, completando este universo está a alternativa profissional, que corresponde aos setores da rede de assistência de saúde formal de um sociedade, é prevista nas leis de um país e conta com a regulação e legitimidade do Estado para exercer sua prática. Os praticantes da alternativa profissional geralmente gozam de um status e prestígio social elevado na sociedade.

Na vanguarda da sociologia brasileira, o projeto Racionalidades Médicas (RM), nos anos de 1990, permitiu e facilitou estudos analíticos, descritivos e comparativos entre diferentes formas de conhecer, compreender os processos de saúde e doença (TESSER, 2012).

É racionalidade médica, segundo nosso projeto, todo constructo lógico e empiricamente estruturado das cinco dimensões mencionadas, tendendo a constituir-se ou pretendendo constituir-se em sistema de proposições potencialmente “verdadeiras”, isto é, verificáveis de acordo com os procedimentos da racionalidade científica, e de intervenções eficazes face ao adoecimento humano. Não há, na investigação, tomada de posição quanto ao valor ético ou epistemológico de qualquer dos sistemas definidos como ‘racionalidade médica’ (LUZ, 1996, p.02).

Segundo Luz (2012), a contribuição do conceito RM para o campo da Saúde Coletiva foi efetiva tanto no âmbito teórico, quanto no prático, pois permitiu superar obstáculos epistemológicos e enxergar outros sistemas médicos, além da biomedicina. Os primeiros estudos teórico comparativos envolveram quatro sistemas médicos complexos: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica (LUZ, 2000). Destes estudos seguiram outros (LUZ, 2003; LUZ, 2005; SOUZA & LUZ, 2009) que destacaram diferenças entre os sistemas médicos complexos e o universo variado de práticas terapêuticas pertencentes à contemporaneidade. Ao mesmo tempo, contribuiu na legitimidade institucional de outras RM, na medida que ofereceu sustentação acadêmica para conhecimentos e sistemas médicos não-hegemônicos e suas concepções integrativas do ser humano.

Segundo Queiroz (2000), a chamada medicina alternativa envolve uma “[...] proposta terapêutica que foge da racionalidade do modelo médico dominante, i.e., da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada, enquanto adota uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença” (QUEIROZ, 2000, p.364). Como práticas de saúde, estão apoiadas na escuta, no interesse e na construção de vínculos. Nesse sentido, as MAC podem ser classificadas como tecnologias leves, pois possibilitam “[...] captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico” (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 35).

As muitas práticas advindas do universo alternativo tem origem milenar; por vezes, fazem parte de sistemas terapêuticos complexos como é o caso da acupuntura, na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), ou a yoga e a meditação, na Medicina Ayurvédica; outras tem origem e perpetuação por meio do saber popular e do senso comum, como é o caso da utilização das plantas medicinais e da ampla gama de práticas advindas do universo mágico-religioso. No entanto, o processo de reconhecimento e inserção dessas práticas nos sistemas oficiais de saúde no ocidente é um acontecimento da modernidade e está submetido, muitas vezes, a critérios dessa própria racionalidade, como discutiremos ao longo do capítulo.

Em Barros (2008), a proposta analítica envolvendo as MAC/MT parte da existência de diferentes paradigmas no campo da saúde, e que nenhum deles é plenamente homogêneo. Os paradigmas identificados por esse autor foram: o biomédico; não biomédico e complementar; e a possibilidade de subsistência de modelos oficiais, alternativos e complementares. A esse último classificou como “[...] composto pela perspectiva das ciências do impreciso” (BARROS, 2008, p.24). Segundo este autor, o modelo alternativo está inserido no paradigma não biomédico e complementar. Nele, as práticas alternativas e complementares como a

iridologia, cromoterapia, medicina antroposófica e outras “[...] convivem com técnicas e racionalidades oficiais como a homeopatia, fitoterapia e acupuntura”. (IBIDEM, p.24).

Na análise de Martins (2003), a relação entre as medicinas alternativas e as práticas oficiais ainda envolvem sua disposição no campo da saúde e as relações de proximidade com as práticas oficiais. Por exemplo, a homeopatia, fitoterapia, acupuntura e a psicanálise estão dispostos na fronteira dos saberes oficiais, mantêm com estes algumas relações e conseguem atingir algum nível de reconhecimento. Contudo, outras posições mais distantes dos preceitos oficiais, tem maiores resistências que impedem sua livre circulação no campo “Um terceiro grupo é formado por disciplinas cujos princípios e objetivos são recusados (ainda!) pela medicina oficial por parecerem muito heterodoxos, podendo aqui ser lembrados a aromaterapia, os florais, o reiki, as meditações dinâmicas de Osho”. (MARTINS, 2003, p.302)

Em geral, os autores de referência consultados reconheceram em seus estudos, a diversidade de práticas alternativas em saúde e a tendência de assimilação e maior legitimidade como práticas oficiais na contemporaneidade. No aspecto dogmático e teórico, discute-se as MAC/MT como parte de um processo de transformação da sociedade e da cultura, influenciando as formas de conceber e intervir sobre os fenômenos saúde e doença (LUZ, 2000; 2005; 2005b; MARTINS, 2003; TESSER; BARROS, 2008). Nesse sentido, sinalizaram para uma dinâmica presente no campo da saúde em que práticas oficiais, sistemas terapêuticos complexos e alternativas populares se colocam em movimento e interação. Resta ainda, mesmo que de forma concisa, apontar para a presença de alguns sujeitos no campo.

1.2.3 A especialização da terapêutica alternativa no Brasil

Discute-se neste item que a trajetória internacional inaugurada na década de 1970 e que favoreceu o reconhecimento institucional das MAC/MT foi acompanhada no Brasil pelo processo social de ascensão e profissionalização de sujeitos alinhados aos valores e práticas reconhecidas como medicinas alternativas. Esse processo envolveu mais fortemente um amplo intercâmbio de conhecimentos terapêutico e teve importância por conta da ampliação de concepções envolvendo saúde e doença em diferentes segmentos da sociedade brasileira.

Segundo Tavares (1999), a dinâmica inicial da profissionalização da terapêutica alternativa no Brasil não ocorreu de forma organizada e nem tampouco linear, mas envolveu a busca de indivíduos e grupos por auto-conhecimento e compartilhamento de práticas, conhecimentos alternativos e esotéricos. As principais influências desse movimento teriam sido “[...] o taoísmo do Lao-Tsé, o zen budismo, a filosofia mística emanada da Índia, a

acupuntura, o Yoga, as técnicas de massagem orientais e a alimentação macrobiótica” (QUEIROZ, 2000, p.370). Nesse movimento, junto com a insatisfação com as práticas de saúde disponíveis naquele contexto, havia um componente cultural e ideológico que buscava, em outras formas de se viver na sociedade, um corpo social simbólico (SOUSA; LUZ, 2008).

Na ausência de uma rede de formação instituída, a aquisição de novos saberes era sempre tida como uma oportunidade de promover encontros para troca de conhecimentos e eventos eram organizados em torno de temas que acompanhavam tendências e estilos de vida alternativos para a época (TAVARES, 1999). Numa incipiente tentativa de realizar formação e constituir um estilo de vida alternativo, espaços comunitários serviam tanto de moradia fixa como “[...] para realização de atividades contínuas e esporádicas. Funcionavam ali diferentes grupos de estudos e de práticas religiosas e espirituais, ministravam yoga e atendimento em medicina natural, com massagens, orientação de alimentação e acupuntura” (IBIDEM, p. 83).

Segundo Tavares (1999), como desdobramento desses movimentos fragmentados e auto-gestionados, ao longo das décadas de 1980 e de 1990, começou a se formar uma espécie de movimento terapêutico alternativo, quando grupos de indivíduos passaram a se reconhecer e a serem reconhecidos como terapeutas não-médicos. A sua principal característica envolvia um caráter de especialização terapêutica, que o diferenciava no amplo universo alternativo da época, das práticas médicas oficiais, das medicinas populares e das práticas de cura geridas religiosamente.

A rede terapêutica alternativa é composta atualmente por um conjunto heterogêneo de terapeutas, oriundos de diferentes camadas sociais, com uma trajetória profissional diversificada – e que trabalham com um conjunto de técnicas e procedimentos terapêuticos muito amplo e diferenciado, quase sempre articulado segundo uma disposição particular, conferida pelo profissional que as ministra. Enfim, eles representam um segmento expressivo, embora nem sempre possam ser considerados como um grupo claramente delineado, partilhando uma mesma identidade profissional (IBIDEM, p. 77-78).

Segundo esta autora, no processo de organização do movimento alternativo e sua diferenciação com o universo esotérico mais amplo, a dimensão terapêutica alternativa foi sendo incorporada na estrutura social, pela mídia e por muitos atores individuais formadores de opinião. De forma também incipiente, começava a surgir um comércio alternativo, que causava fascínio e também desconfiança entre diferentes segmentos e grupos da sociedade.

O movimento terapêutico alternativo ganhou adeptos e projeção social de forma que, na virada da década de 1990 e 2000, sobretudo dos órgãos representativos de profissões de saúde, sentiram-se provocados a ter reações institucionais em relação ao avanço das práticas alternativas junto às profissões regulamentadas. Nessa direção, foram desenvolvidas ações para coibir sua presença e expansão, através de campanhas informando a população sobre

possíveis riscos de utilizar práticas alternativas e também, normativas que proibiam a práticas em profissões regulamentadas. Segundo Tavares (2002), as discussões sobre a confiabilidade e eficácia de muitas práticas não alcançou níveis para se construir conhecimento sobre elas.

Observa-se que apesar dos tensionamentos com as práticas oficiais, a dimensão terapêutica alternativa se mostrou suficientemente investida de capital social, de modo que as profissões e organismos institucionais, vendo fracassar suas estratégias de exclusão, passaram a regulamentar algumas práticas, como a acupuntura e a fitoterapia, e indicar a necessidade da ampliação de pesquisas para produzir conhecimento sobre elas (TAVARES, 2002). Ao final desse amplo processo, as possibilidades de inserção social foram ampliadas numa interação maior com outros saberes da cultura brasileira e dos saberes oficiais.

Trata-se de um movimento que propicia uma dinâmica de entrecruzamentos variados, com o transbordamento da dimensão terapêutica para além dos limites do universo de origem, possibilitando combinar, recombina, sintetizar e inventar rearranjos de técnicas que tocam e interpenetram segmentos diversos, mantendo variados graus de afinidade e concorrência entre si. (TAVARES, 1999, p. 95).

Por meio dos conhecimento construídos pela antropologia urbana brasileira, a partir da segunda metade do século XX, sobre as terapêuticas ditas alternativas, pode-se observar que na transição entre os séculos, elas seguiram um caminho próximo ao das práticas convencionais. O próprio termo alternativo, que acompanhou as práticas vindas de outras racionalidades que não a hegemônica, passou a ser discutido e transformado. Ao resgatar a construção da identidade de parte da especialidade terapêutica alternativa no Brasil, a qual participa e influencia as concepções sobre MAC/MT, pode-se identificar que em meio a esse processo, houve a compreensão que o alternativo poderia vir a ser considerado complementar, “[...] pode ser alternativo sem ser holístico, pode ser holístico sem ser alternativo; pode ser os dois; pode-se confrontar com a medicina convencional ou pode estabelecer uma relação de complementaridade.” (TAVARES, 1999, p. 93). Essa diversidade de concepções possibilita a inter-relação ou não se práticas, como por exemplo, a Fitoterapia (alternativo sem ser holístico), a homeopatia (holístico sem ser alternativo) e Florais de Bah (holístico/alternativo).

1.2.4 Deslocamentos no Campo: reconhecimento e legitimidade das MAC/MT

Para Tesser (2012), no campo da saúde existem espaços para o desenvolvimento de práticas e saberes de diferentes sistemas de conhecimento; no entanto a institucionalização ainda “[...] depende de sua incorporação pela biociência ou de uma situação específica que injeta legitimidade social e status oficial em alguma prática/saber, relativizando, assim, as

exigências dos paradigmas instituídos”. (TESSER, 2012, p. 252). No Brasil, as práticas de fitoterapia e acupuntura tiveram reconhecimento, respectivamente nos anos de 1992 e 1995, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). A Homeopatia, por sua vez foi oficializada como especialidade médica em 1980, através da Resolução CFM nº 1000/80.

Segundo Figueiredo et al (2013), a fitoterapia esteve presente em todas as civilizações e foi a principal terapêutica até a primeira metade do século XX, quando a indústria farmacêutica foi consolidada. Até recentemente seu uso era baseado no conhecimento popular e grande parte da corporação médica era contrária a sua utilização. O CFM, através do parecer 04/1992, reconheceu a fitoterapia como método terapêutico eficaz e seguro, sob a justificativa do desenvolvimento de pesquisas sobre os princípios ativos e eficácia comprovada em estudos científicos. Desde então, inúmeras regras baseadas na biociência vêm normatizando a produção dos produtos, o que resultou na multiplicação de medicamentos fitoterápicos, ou sintéticos a partir dos princípios ativos isolados. (FIGUEIREDO et al, 2013).

Conforme Nascimento (2013), a acupuntura é uma modalidade terapêutica milenar e compõe a Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Ela chegou no Brasil através de imigrantes japoneses no início do século XX e ao longo desse século foi disseminada através do ensino e da prática, transmitida e aplicada principalmente em ambientes exotéricos, destacados dos espaços oficiais. A inserção dessa prática nos serviços de saúde ocorreu desde os anos de 1980, mas sua oficialização como especialidade médica ocorreu somente em 1995, por meio da Resolução Nº1455/95 CFM. Segundo Tesser (2012), o reconhecimento da acupuntura foi facilitado pela proliferação, no início da década de 1990, de estudos científicos biomédicos sobre seus mecanismos de ação e de eficácia.

Observa-se que em ambos os casos esteve presente um movimento de captura do saber tradicional pela ciência erudita, através da definição de critérios de utilização, prescrição e tentativas de restrição a algumas áreas profissionais. No decorrer do século XX, a acupuntura foi severamente criticada e sofria resistência do conselho profissional, chegando a ser classificada como “crendice e charlatanismo” (NASCIMENTO, 2013, p. 352). No caso da fitoterapia, o reconhecimento pelo CFM também contrastou com posicionamento anterior da categoria que, no geral, era contrária ao reconhecimento dessa prática, “tendo em vista a estreita vinculação deste uso com o conhecimento popular e com a prática da medicina por leigos (FIGUEIREDO et al, 2013, p. 310).

A validação de práticas no campo oficial pode ocorrer ainda por outras vias de legitimação em que é possível relativizar as exigências dos paradigmas instituídos (TESSER, 2012). Um exemplo deste processo vem se dando com a homeopatia. A oficialização da

Homeopatia não se deu por meio de estudos científicos e biomédicos que lhe conferissem legitimação teórica dentro do paradigma vigente, mas pelo contrário, os estudos relacionados serviram mais para desqualificar a prática do que para reconhecê-la (Davenas et al, 1988 apud TESSER, 2012). Nesse caso, o processo de oficialização contou com grande mobilização social dos homeopatas através da introdução de sua práxis em enfermarias e ambulatorios, da criação de instituições e associação homeopáticas e da socialização junto de “[...] camadas populares e estratos de classe média, alta e parte da elite empresarial” (IBIDEM, p. 255).

O caso da fitoterapia, mas também de práticas como a acupuntura e a homeopatia indica que a emergência e a valorização de práticas populares no Brasil vem acontecendo em um processo histórico que vem sendo fortalecido por meio de diferentes formas de validação e legitimação de práticas em saúde (TESSER, 2012). Essas práticas, ao acumularem capital científico ou ganharem adeptos no interior do campo oficial da saúde, bem como pessoas interessadas com diferentes posições sociais políticas, como indicou Martins (2003), oportunamente, conquistaram as primeiras normativas institucionais. Na década de 1980 algumas práticas, em experiências isoladas, tiveram inserção de conteúdos em currículo de profissões da área de saúde (SERAVALLE; BOOG, 1994) e normativas para sua inserção em serviços de saúde foram elaboradas na perspectiva da assistência médica; a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) assumiu essa função institucional naquele contexto.

1.3 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

A perspectiva histórico-cultural apresentada por esse trabalho identificou que o campo da saúde recebeu diferentes influências que contribuíram para o reconhecimento das chamadas medicinas alternativas, integrativas ao longo do século XX. Ao contextualizar a realidade brasileira, o presente trabalho destaca, sem excluir outras possíveis abordagens, três influências: a inserção das MAC/MT na agenda política internacional, o surgimento de uma cultura terapêutica alternativa nos grandes centros urbanos, já discutidos neste capítulo; e por fim, resta discutir a constituição do SUS e a continuada busca pela integralidade do cuidado.

A mobilização popular por melhores condições de saúde se fez presente desde a década de 1970 e a partir do encontro com o movimento sanitário brasileiro, houve avanços através da proposta de reforma sanitária, “[...] quando se apostou no potencial das novas institucionalidade em mudar a cultura política do país, introduzindo valores democráticos e maior transparência na atuação do Estado” (ROCHA, 2008, p.136). Em meados da década de

1980, impulsionada pela redemocratização do país, a utopia sanitária se apresentou a partir do slogan “Saúde é Democracia”. A reforma sanitária teve como objetivo a mudança do modelo médico-assistencial privatista para um sistema de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2005). O avanço dessas pautas garantiu a inserção das diretrizes operativas do novo sistema nacional de saúde, no art.º 198 da Constituição Federal de 1988. Ao serem incorporados no texto constitucional, o sistema nacional de saúde passou a ter as atividades preventivas como prioridade e o atendimento integral passou a fazer parte da agenda política nacional. As constituições anteriores tratavam a saúde apenas como direito à assistência médica. (BRASIL, 1988).

“Apesar dos esforços em precisar e discutir o tema da integralidade, ele continua um princípio normativo, um chamamento ético e um slogan político” (TESSER; LUZ, 2008, p. 196). Segundo Mattos (2001), a noção da integralidade problematiza as concepções hegemônicas sobre práticas e modelos de atenção à saúde e contribuiu para o surgimento de movimentos pautados na crítica ao modelo de conhecimento e prática fragmentado, sustentado pela ciência biomédica. No Brasil, a Medicina Integral, diferente do que ocorreu nos Estados Unidos, “[...] não formou um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se num primeiro momento à medicina preventiva, *locus* privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de movimento sanitário” (MATTOS, 2001, p. 04). Dessa articulação teórica e prática surgiu a Saúde Coletiva, um campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e através do qual, tem promovido no campo da saúde “[...] um diálogo crítico e a identificação de contradições e acordos com a saúde pública institucionalizada, seja na esfera técnico-científico, seja no terreno das práticas” (PAIM; ALMEIDA FILHO, p. 308, 1998).

Vasconcelos (2004) observou que a aproximação de muitos profissionais de saúde com o movimento da Educação Popular em Saúde e da luta dos movimentos sociais pela transformação da atenção à saúde vem contribuindo para a desconstrução do autoritarismo médico e da desqualificação do saber dos doentes e familiares. Ao buscar alternativas sobre a tradição autoritária dominante, observou o surgimento de dispositivos institucionais participativos ao longo das últimas décadas que apontam para novas e inovadoras experiências em saúde no interior do SUS. Entre estes dispositivos, pode-se destacar as políticas de Atenção Básica; Promoção da Saúde; Educação Popular em Saúde e a própria PNPIC-SUS. Todas elas apresentam consonância ética e política na busca de sujeitos saudáveis. Na mesma direção, a atenção psicossocial guarda afinidades com as políticas citadas, “[...] convergências quanto aos efeitos terapêuticos e ético-políticos” (SOUSA;

TESSER, 2012, p. 336).

Em 2002, doze anos após a criação do SUS, o sanitarista Sérgio Arouca concedeu entrevista ao Jornal O Pasquim, onde afirmou que foi possível alcançar um arcabouço legal e democrático de reformar o Estado, mas que o modelo da forma que foi colocado em prática estava falido, voltado para a doença e a medicalização. O reconhecimento das limitações da estrutura do sistema de saúde vigente para superar o modelo de atenção centrado na doença fez surgir ao longo dos anos 2000, algumas propostas mais voltadas à promoção de saúde, e com elas, a “[...] defesa do reconhecimento e incorporação das racionalidade médicas alternativas, supostamente mais amistosas para com a integralidade” (MATTOS, 2001, p. 04).

Por que não vou buscar na globalização o melhor que é o encontro de culturas? Por que não vou pegar o que tem de melhor na medicina tradicional chinesa, medicina indiana, e começar a imaginar o que pode ser introduzido a partir daquilo? Há três anos, estou me dedicando a fazer tai-chi-chuan. Aplicado na hipertensão e no diabetes, na artrose, na prevenção de acidentes e fraturas em pessoas idosas, é melhor que qualquer remédio. Você começa a fazer tai-chi-chuan com pessoas idosas e o número de acidentes diminui radicalmente. (O PASQUIM 21, 2002)

Na avaliação do sanitarista sobre a primeira década de existência do SUS haveria a necessidade de se fazer a reforma da reforma e “[...] em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como é possível interferir para torná-la mais saudável” (O PASQUIM 21, 2002). Nesse sentido, as transformações no campo da saúde ocorridas ao longo das últimas décadas do século XX criaram condições institucionais para que práticas mais integradas à lógica de vida da população fossem inseridas na política de saúde. O movimento internacional pela inserção de novos saberes, práticas e recursos terapêuticos no campo da saúde encontrou maior espaço no Brasil, a partir da redemocratização do país e da operacionalização das diretrizes do novo sistema nacional de saúde. A descentralização da gestão político-administrativa e outras diretrizes do SUS foram fundamentais para as experiências pioneiras com MAC/MT nas diferentes regiões do país; base material ao desenvolvimento da política nacional (BRASIL, 2006).

Após quatro anos da entrevista de Arouca, ao jornal O Pasquim, a política brasileira de MAC/MT foi publicada sob justificativas de “[...] natureza política, técnica, econômica, social e cultural”. Entre seus objetivos estava a opção por “[...] conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública” (BRASIL, 2006, p. 07). A partir da construção da integralidade da atenção à saúde, o caminho para a inserção das MAC/MT no interior do SUS estava aberto, mas de que forma seria percorrido?

1.4 A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Conforme consta nos registros oficiais do Ministério da Saúde (MS), em junho de

2003, representantes de Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica se reuniram com o então Ministro da Saúde do primeiro governo Lula, o Sr. Humberto Costa e a partir disso, por solicitação deste, se constituiu um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC-SUS).

Em 2004, como estratégia desse GT, foi realizado um diagnóstico nacional pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do MS, no período de março a junho de 2004. Um questionário sobre a presença de práticas complementares foi enviado a 5.560 gestores municipais e estaduais de saúde. Os resultados demonstraram em vinte e seis estados havia estruturação de alguma prática, sendo 232 municípios e dentre esses, dezenove capitais. A amostra foi considerada satisfatória no cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional. Do total de respostas positivas 62,9% referia-se a Práticas Complementares, 50% a Fitoterapia, 35,8% a Homeopatia, 34,9% a Acupuntura e 1,7% a Medicina Antroposófica. A partir da identificação dessas práticas, constituíram-se Gts próprios para a definição de diretrizes específicas. Em 2005, após a consolidação do trabalho dos GTs, o documento elaborado foi submetido à avaliação de diversas instâncias colegiadas, entre elas, as câmaras técnicas do Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006).

Dessas instâncias, as discussões realizadas no plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram as que mais influenciaram o texto final. Elas ocorreram entre novembro de 2005 e fevereiro de 2006 e foram registradas em atas de três reuniões ordinárias, nº 160, nº 161 e nº 162. Os registros oficiais indicam a mudança do nome da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) para Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC); a inclusão do Termalismo/Crenoterapia; a substituição da palavra médicos por ‘profissionais de saúde’; e a exclusão, nos capítulos da Acupuntura e Homeopatia, do trecho ‘de acordo com a legislação vigente’, possibilitando assim, que outros profissionais de saúde, além de médicos atuassem com essas práticas.

As discussões que levaram a essas mudanças envolveram principalmente a preocupação de associações, entidades e conselheiros de saúde acerca da hegemonia médica no campo da saúde e a limitação, imposta por alguns termos do texto, como a limitação do exercício multiprofissional das PICs. Como objeto dessa discussão estava a diretriz, “Desenvolvimento da PNPIC em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.” (BRASIL, 2006, p.25). A

supressão do trecho ‘de acordo com a legislação vigente’ foi provocada “[...] porque a legislação vigente centrava-se apenas nos médicos, desconsiderando as demais profissões da saúde” (CNS, dez/2015, p. 20). Em meio à defesa da multidisciplinaridade também foram apresentados argumentos sobre a manutenção do trecho de acordo com a legislação vigente.

O conselheiro Francisco das Chagas Monteiro destacou que a supressão do trecho de acordo com a legislação vigente representava uma exclusão dos médicos da Política e do SUS. Nesse sentido, ponderou sobre a possibilidade de recuperar o trecho excluído do documento, que determinava o desenvolvimento da Medicina Natural em caráter multiprofissional, de acordo com a legislação vigente para as categorias profissionais presentes no SUS. (CNS, dez/2015, p.21)

Para contrapor a argumentação acima, a conselheira Geusa Dantas Lelis resgatou que a acupuntura não era uma especialidade médica e que a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1966, incluiu a acupuntura entre as profissões na classificação internacional uniforme de ocupações. Diante do dissenso provocado pelo tema, a proposta precisou ser votada, tendo sido aprovada a supressão da expressão ‘de acordo com a legislação vigente’, por sete votos, enquanto a proposta de manutenção, recebeu quatro votos. Em relação à mudança de nome da política, a discussão realizadas na 160ª reunião do CNS, buscou superar a dicotomia entre medicina natural e práticas complementares, contidas na primeira terminologia¹³. Após as várias contribuições feitas, o MS apresentou o termo final que viria a ser adotado pela política, na 161ª reunião do CNS, o qual foi acolhido por unanimidade do Plenário. Em relação a inclusão da prática do Termalismo-Crenoterapia, os posicionamentos das conselheiras Nildes de Oliveira Andrade e Zilda Arns Neumann foram importantes para que o MS acatasse sua inclusão, como proposta de observatório de práticas e experiências.

As águas se constituem como os meios terapêuticos mais antigos, usados em medicina. O tempo médio da duração da cura termal é de 21 dias, embora cada tipo de tratamento seja diferente, podendo variar para mais ou menos dias. O Brasil dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao desenvolvimento do termalismo/crenoterapia. (MINAS GERAIS, PEPIC, 2009, p.20)

Após as alterações no texto, em fevereiro de 2006, o CNS aprovou o documento final da política por unanimidade que seguiu para publicação na forma das Portarias Ministeriais Nº 971 em 03 de maio de 2006, e Nº 1.600, de 17 de julho de 2006. No mesmo ano, na forma

¹³ O conselheiro Francisco B Jr. solicitou inclusão do documento “Medicina Natural e Práticas Complementares” e sugeriu substituir o termo Política de Medicina Natural por Política de Medicina Integrativa, ao destacar que as práticas medicinais deveriam ser feitas por médicos enquanto que, as terapêuticas poderiam ser praticadas por outros profissionais da área da saúde (CNS, 2005 – ata da reunião nº161). O termo medicina natural foi registrado em conferências juntamente como Práticas não convencionais de terapêutica; Práticas de cuidado à saúde alternativas, holísticas, naturais e complementares, Práticas complementares e alternativas de saúde, Práticas Integrativas de Saúde, até que se chegassem nas PICs.

do Decreto Presidencial Nº. 5.813 foi publicada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, para garantir acesso e uso racional de plantas medicinais. (BRASIL, 2006a). Em 2008 haviam 512 fitoterápicos registrados no Brasil e 44% dos medicamentos tinham princípios ativos derivados de plantas. Atualmente existem cursos de pós-graduação e grande inserção de disciplinas sobre Fitoterapia em cursos de graduação (FIGUEIREDO et al, 2013).

A PNPIC contemplou sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, apresentou um conjunto de diretrizes gerais e de diretrizes para cada prática integrativa. Definiu como objetivos: Incorporar e implementar a política na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica e no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; Contribuir para aumentar a resolubilidade do Sistema e ampliar o acesso às PICs, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; Promover a racionalização das ações de saúde, estímulo a alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; Estimular ações referentes à participação social, promovendo o envolvimento continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Ao serem institucionalizadas no Brasil, as MAC/MT receberam a denominação Práticas Integrativas e Complementares (PICs), e passaram a constituir uma nova dimensão no campo da saúde, a partir de uma pluralidade de sistemas e práticas terapêuticas reunidas em categoria própria, a partir de características comuns, como a visão ampliada do processo saúde-doença e o conceito de promoção da saúde. As PICs foram reconhecidas no SUS como:

[...] sistemas e recursos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. (BRASIL, 2006, p.10).

No caminho da implementação da PNPIC, o MS, através da Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006, incluiu as PICs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS¹⁴; em 2007, o Plenário do CNS instituiu a Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – CIPIC-SUS, para subsidiar o conselho nacional sobre as PICs, essa comissão contava com a participação de entidades externas, vinculadas às PICs, mas depois foi transformada numa comissão formada apenas por conselheiros nacionais de saúde. Foi coordenada pela maior parte de sua existência pelo

¹⁴ Os procedimentos das PICs foram incorporados na perspectiva multiprofissional (cód. 68) e código específico para acupuntura, MTC, homeopatia, fitoterapia, práticas corporais, Termalismo, Medicina Antroposófica.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Em 2008, o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) considerou as PICs pela Portaria nº 154. Em maio de 2008, o MS, por meio da DAB e em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), organizou o I Seminário Internacional de PICs. O evento teve participação de 300 pessoas, entre convidados nacionais e internacionais, autoridades sanitárias, representantes de associações e sociedades científicas, docentes, pesquisadores, gestores de saúde, entidades profissional, conselheiros de saúde, técnicos do MS e profissionais de saúde (BRASIL, 2008).

O evento teve a presença da Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da OMS, Xiaouri Zhang e de relatos de experiência de China, Cuba, Bolívia, México, Itália na área das PICs, além do Brasil. Em meio a realização desse seminário, lançou-se uma edição especial da Revista Brasileira Saúde da Família, editada pelo MS, com o título PICs: Uma realidade no SUS. O evento causou impacto por reunir autoridades de diversas esferas políticas, porém distanciou-se do grande público militante, usuários, praticantes tradicionais de MAC/MT (BRASIL, 2008). Ao tomar conhecimento da organização desse grande evento das PICs, notou-se alguma semelhança com as antigas conferências de saúde, onde a participação popular era vedada.

Em 2011, a coordenação nacional de PICs, do MS, apresentou o Relatório de Gestão 2006/2010¹⁵, por meio do qual, realizou uma avaliação qualitativa sobre os primeiros anos da implementação da PNPIC. Registrou-se ali que a publicação da política possibilitou a Estados e Municípios incorporar legislação, garantir oferta e registrar os procedimentos de PICs para maior controle e conhecimento do MS. Naquele momento seis estados (Ceará, Pará, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro) haviam regulamentado a política estadual de práticas integrativas e complementares, e além desses, São Paulo e Florianópolis registraram regulamentação (BRASIL, 2011). O relatório não apresentou maiores dados sobre a oferta de PICs. Nesse mesmo ano, o CNS manifestou-se por meio da Recomendação nº 10, sobre a necessidade do MS garantir alocação de recursos financeiros para a PNPIC e que se instituisse no organograma institucional, a Coordenação da PNPIC. Recomendou a articulação interministerial para a efetiva regulamentação e maior investimento institucional na implementação de políticas locais de PICs.

Após dez anos da sua publicação, ainda havia grandes dificuldades na sua efetiva implementação, da ausência de uma política financeira indutora (SIMONI, 2013), passando pelo reduzido conhecimento de profissionais de saúde (THIAGO & TESSER, 2011), de

¹⁵ Documento que avaliou de forma qualitativa a implementação da PNPIC-SUS.

gestores públicos sobre a existência da política, suas diretrizes e a eficiência de seus resultados. (GALHARDI et al, 2013). Da mesma forma, é preciso registrar que os avanços realizados nos anos seguintes à publicação da política são bastante significativos. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2016 as PICs se expandiram em vários territórios e níveis de atenção. Para Simoni¹⁶ (2013), o fato da PNPIC ter surgido e continuado a existir sem a definição de um componente financeiro indutor no MS, não impediu a política de avançar. Ela afirmou ainda que apesar de sua condição periférica no sistema de saúde, a PNPIC-SUS, já havia saído definitivamente da marginalidade da política de saúde; e considerou a importância de gestores, profissionais militantes e aos debates progressistas ocorridos nas instâncias de gestão e controle social em todas as esferas de organização para que a política pudesse ter expandido ao longo daquele período.

Lovera Arellano (2014) analisou e comparou a implementação de políticas nacionais de MAC/MT em países latino-americanos. Ela identificou algumas diferenças no processo de inserção e desenvolvimento. Quanto ao desenvolvimento, afirmou que o Brasil é um dos países que mais evoluíram na política de MAC/MT, pois tem um programa de fitoterapia e regulamentou produtos homeopáticos e naturais, o que garante a qualidade, eficiência e segurança desses medicamentos. Quanto a inserção das práticas, esta autora afirmou que o Brasil, assim como México, Cuba e Colômbia, seguiu o modelo medicalizado, pois integrou “[...] los servicio de salud alternativos y complementarios en su sistema de salud, bajo el sistema medicalizado de la medicina convencional” (IBIDEN, 2014, p.54).

A conclusão apresentada por Lovera Arellano (2014) encontrou apoio nas problematizações de Nagai e Queiroz (2011), de que no âmbito das políticas de saúde, um planejamento financeiro e estrutural insuficiente favorecem “[...] uma visão simplificadora que converte as racionalidades alternativas em meras técnicas que seguem os mesmos princípios mecanicistas da medicina alopática e o mesmo entendimento reificado de doença” (IBIDEN, p. 1793). Ao encontro dessa análise, Tesser e Barros (2008) afirmaram que a cultura mercantilizada das práticas de saúde na contemporaneidade segue, de forma hegemônica, submetida à ordem e legitimidade da racionalidade médica, a qual restringe o acesso aos ricos e inviabiliza o atendimento às camadas populares.

Todas essas observações parecem importantes; no entanto é preciso reconhecer a fragilidade de uma análise definitiva sobre a política brasileira de MAC/MT, uma vez que o cenário envolvendo sua inserção é bastante diversificado. As disputas de posições no campo

¹⁶ Carmem de Simoni foi coordenadora nacional de PICs entre 2006 e 2011.

são constantes, a partir da participação e mobilização dos agentes investidos de capital. No aspecto corporativo, observou-se resistência de entidades ligadas à Medicina em aceitar o conteúdo da PNPIC. A nota de repúdio elaborada pela Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas Acupunturistas (SOBRAFISA) foi registrada no informe da 167ª Reunião Ordinário do CNS, e indicou que diversas entidades médicas haviam se manifestado por meio de uma nota oficial, recomendando o não cumprimento da Portaria nº. 971 GM/MS. (CNS, jul-2006, p.31).

É preciso estar atento e buscar identificar de que forma a tendência à cooptação da visão holística e integral das MAC/MT tem se apresentado da política brasileira. A visão hegemônica e totalizadora da corporação médica tem buscado legitimar sua dominação por meio de posição legislativas. Há muitos desafios para a PNPIC, como a necessidade de uma discussão político-epistemológica que contagie os coletivos e desafie “[...] o poder da biomedicina hegemônica travestida na autoridade máxima para arbitrar sobre a saúde humana” (PERUREMA, 2013, p.362).

O exemplo mais enfático desse movimento foi projeto de lei (PL) para regulamentar a prática médica no país. O PL 7703/2006 ficou mais conhecido como Ato Médico, e entre vários pontos polêmicos, o tema da autonomia das outras profissões de saúde gerou amplos debates, pois havia nesse projeto a previsão de que somente médicos poderiam formular diagnóstico nosológico e proceder a respectiva prescrição terapêutica. A lei que regulamentou o exercício da medicina foi aprovada em 2013, mas os pontos polêmicos como o citado acima e outros, como a redação que tornaria a prática de acupuntura, privativa do profissional médico foram vedados pela presidente Dilma Rousseff. Nesse sentido, para a manutenção da visão pluralista espera-se que:

[...] confrontos entre corporações e pressões políticas intensificar-se-ão no campo da saúde. Complexidades epistemológicas, dificuldades operacionais e disputas políticas existem e aumentarão, uma vez que as questões são muitas e de diferentes ordens, como: a proliferação de especialistas “complementares”; a negociação sobre a sua formação e capacitação; a incorporação das MAC na sua complexidade epistemológica (esotérica), nas suas dimensões intermediárias, nas formas simplificadas (exotéricas), ou em todas elas, que é o mais desejável; a democratização das MAC pelas profissões de nível médio e superior, ou a sua restrição a médicos ou a médicos especialistas; a oferta prioritária na atenção básica, o que se defende como o locus central do cuidado no SUS, e, também, em hospitais e pronto-socorros (TESSER & BARROS, 2008, p.920).

A publicação da PNPIC-SUS respondeu às demandas internacionais para a elaboração de diretrizes e normas para oferta de MAC/MT na política nacional de saúde. Ela também atendeu ao conjunto de deliberação apresentadas em conferências nacionais de saúde ao longo de vinte anos, desde a 8ª CNS, realizada em 1986. Ela foi construída em conjunto entre

governo e sociedade civil, tendo importante participação de entidades médicas ligadas às práticas. Ao final do processo de constituição da política, a multidisciplinaridade das PICs foi aprovada como uma diretriz, o que veio favorecer o pluralismo do cuidado. Esta direção adotada pela política foi bem recebida por vários segmentos da sociedade que defendem “[...] o princípio de que cidadãos socialmente iguais, em direitos e deveres, podem ser diferentes, em percepções e necessidades” (BARROS; SIEGEL, SIMONI, 2007, p. 3067).

O segundo capítulo da dissertação retorna ao tema da constituição da política brasileira, apresenta a arena das conferências e as discussões referentes às MAC/MT.

CAPITULO 2

AS MAC/MT EM CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: 1986-2011.

2.1 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO BRASIL

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram instituídas no Brasil ainda no governo Getúlio Vargas, pela Lei nº 378/1937, com objetivos de “[...] viabilizar ao Governo Federal o conhecimento das atividades realizadas no país, concernentes à educação e à saúde e a orientá-lo na execução dos serviços locais e auxiliar na concessão de auxílio e subvenção federais” (BRASIL, 1937). Da 1ª CNS, realizada em 1941, até a 7ª CNS, realizada em 1980, a participação se restringia a convidados, autoridades administrativas, políticos e especialistas da área. A partir de 1986, a presença e influência popular foram ampliadas e passaram a compor um espaço legítimo de participação no modelo de gestão da política de saúde, tal como se apresenta nos dias atuais: “[...] espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que guiam a estruturação e condução do SUS” (GUIZARDI et al, 2004, p. 15).

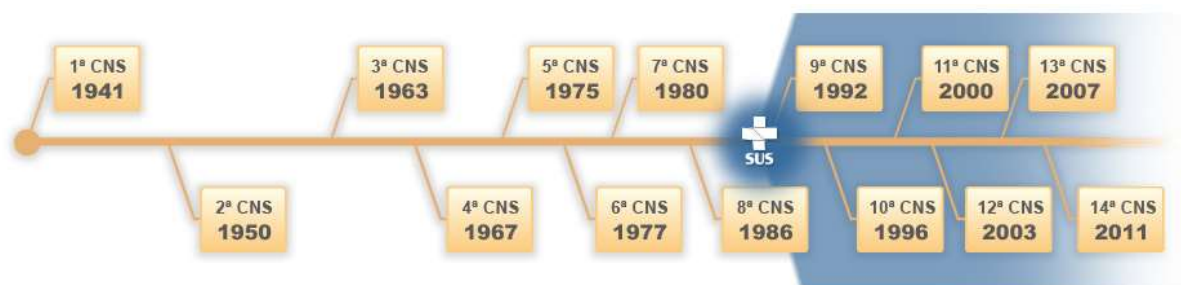


FIGURA 1 – Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde. Fonte: FIOCRUZ.

https://portal.fiocruz.br/pt-br/linhadotempo_conferenciasdesaude>. Acesso em 29/04/2017.

A segunda metade dos anos de 1970 foi um período de rearticulação das forças políticas, de discussão e mobilização popular pela democratização da saúde e do próprio regime político do país (TEIXEIRA, 1995). Como foi observado, nesse período houve o fortalecimento da chamada sociedade civil, que de forma marginal começava a agir coletivamente e politizar um conjunto de questões relacionadas ao cotidiano da vida nas grandes cidades, como moradia, serviços públicos, bens de consumo coletivo, entre outros. De forma gradual esses movimentos foram ocupando praças, igrejas, bares, escolas, e transformando-os em espaços públicos de reorganização política e de oposição ao regime militar (FIDELIS & FALLEIROS, 2010).

Nos anos que antecederam a realização da 8ª CNS despontaram novas expressões de lutas populares, com reivindicações para a criação de espaços oficiais onde a população “[...] pudesse canalizar suas demandas e influir nos processos decisórios de políticas públicas” (ROCHA, 2008, p.134-135). Nesse contexto, a mobilização em prol do direito à saúde foi tão viva e acesa pelo movimento popular em saúde, movimento médico e intelectuais engajados, que no transcurso da década de 1980 foi possível realizar uma conferência nacional de saúde formada por mais de quatro mil representantes de diferentes segmentos da sociedade brasileira. Em meio ao processo que levou à redemocratização do país ocorreu a ruptura do modelo administrativo das conferências para o modelo público e participativo. Ainda nos dias de hoje, a 8ª CNS é reafirmada como “[...] o instante mais significativo e democrático de debate sobre a questão social no país” (FALLEIROS et al, 2010, p.239).

A 8ª CNS inaugura, sem base, um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde, que será ampliado, aprimorado e regulamentado nas conferências posteriores. Embora tenha sido realizada antes da existência do SUS, o Relatório Final da 8ª CNS constituiu o pilar fundamental da proposta da Reforma Sanitária e do SUS, debatido e aperfeiçoado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que elaborou o texto que seria incorporado como o cap. da Saúde na Constituição Federal de 1988 (SCOREL; BLOCH, 2005, p 97).

A Constituição de 1988 ampliou a perspectiva da atenção à saúde no Brasil, ao afirmar “A saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1988). O texto constitucional afirmou o caráter democrático e descentralizado da Seguridade Social, estabelecendo assim os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, em todas as esferas de governo (ROCHA, 2008). A regulamentação do texto constitucional, no que se refere ao direito à saúde, ocorreu em 1990, através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, também conhecida como a lei da participação da comunidade na gestão do SUS.

A Lei 8.080 veio regulamentar as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, estabeleceu a saúde como direito fundamental do ser humano e como dever do Estado “[...] formular e executar políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A Lei 8142/90 veio regulamentar a diretriz da participação popular – vetada na Lei 8.080/1990 – no âmbito da política de saúde, através de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde:

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Os Conselhos e as Conferências de Saúde, como o passar do tempo, foram reconhecidas como fenômeno de organização e participação democrática do setor da saúde. Segundo Guizardi et al (2004), aos conselhos de saúde coube a atribuição de formular estratégias de fiscalização e controle da execução das políticas, enquanto que as conferências surgem como uma arena de participação social que se antecipa à formulação de políticas e apresenta os princípios, diretrizes e pressupostos para nortear o planejamento do gestor público no período seguinte à sua realização. Em ambas as instâncias, foi garantido a representação dos usuários de forma paritária aos demais segmentos; isto é, de todas as vagas em conselhos e conferências de saúde, 50% é reservado à participação dos usuários. Essa garantia visou lhes assegurar “[...] a condição de sujeitos no processo de formulação da política de saúde, permitindo-lhes expressar suas necessidades e escolher alternativas de solução, prescindindo de porta-vozes” (BRASIL, 1992, p.07). Aos profissionais de saúde foi assegurado 25% de participação das vagas, e aos representantes de governo e prestadores de serviço foram reservadas os 25% restantes do total de vagas.

No legítimo exercício da população dialogar com o poder público e apontar direções para a política de saúde, os relatórios finais das conferências vieram a ter dupla função estratégica: “[...] como mediadores entre a conferência e o cotidiano da formulação de políticas” (GUIZARDI et al, 2004, p.17) e servindo “[...] tanto para difundir para o conjunto da sociedade as deliberações da conferência, como para os que no cotidiano da formulação de política evocam as decisões e os debates nela ocorridos” (IBIDEN, p.18). Quer dizer, o processo de controle social é contínuo, iniciado por meio da aprovação de propostas em conferências e seguido do contínuo acompanhamento e fiscalização de sua implementação. Desde a 8ª CNS, os relatórios finais de conferências, como registro do evento, tornaram-se “[...] objeto de reflexão, visando, sobretudo, à continuidade do processo de reformulação setorial” (BRASIL, 1986, p.03). Dez anos mais tarde, na 10ª CNS, a importância dos relatórios finais se tornou ainda mais destacada, quando se afirmou que os resultados de

conferências “são decisivos e tem caráter máximo para avaliação da situação da saúde e de formulação de diretrizes para a política nacional de saúde”. (BRASIL, 1996, p.04).

[...] a sociedade organizada, os governantes e os gestores do SUS, diretamente ou através de suas representações nos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, saberão selecionar estrategicamente as recomendações, extremamente úteis no sentido de orientar e legitimar os esforços diários para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional (BRASIL, 1996, p.12).

O relatório é visto como fonte de riqueza e complexidade das principais ideias apresentadas ao longo das etapas das conferências, e a partir dele se espera propiciar a gestores, conselheiros de saúde e população em geral, o acesso e compreensão do resultado das discussões realizadas e projetar os objetivos a serem alcançados a curto, médio e longo prazos pelas políticas de saúde. Nesse sentido, os relatórios de conferência podem ser vistos como fontes históricas sobre a trajetória do SUS, suas inovações, embates e desafios.

À luz da noção de campo, as conferências podem ser consideradas como universos sociais próprios e os sujeitos que dela participam como partes indivisíveis desse espaço, sujeitos ativos e também divergentes, mesmo que no ideal simbólico sejam vistos como unidade.

Somos aqueles que defendem o Sistema Único de Saúde como patrimônio do povo brasileiro. Punhos cerrados e palmas! Cenhos franzidos e sorrisos. Nossos mais fortes sentimentos se expressam em defesa do Sistema Único de Saúde. Defendemos intransigentemente um SUS universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social. (BRASIL, 2011, p.84)

Nas conferências, as tomadas de posição se evidenciam e as escolhas dos agentes se apresentam numa dinâmica que cria distinções fundamentadas na ideia de espaço social. Pode-se considerar que nesses espaços de deliberação coletivo os agentes distribuem-se de acordo com o “[...] volume global do capital possuído; de acordo com o peso relativo dos capitais no conjunto de seu patrimônio; de acordo com a evolução, no tempo, no volume e da estrutura de seu capital.” (BOURDIEU, 2013, p.30). Nesse prisma, à luz da noção de campo, as conferências de saúde podem ser vistas como espaço de disputa, “[...] o que existe é um espaço de diferenças, no qual as classes existem de algum modo em estado virtual, pontilhadas, não como um dado, mas como algo que se trata de fazer.” (IBIDEM, p.27). Nessa perspectiva, as ações concretas em saúde a serem realizadas no mundo social são pensadas e discutidas pelos agentes sociais ali presentes de forma individual, mas sobretudo coletivamente, na cooperação e no conflito, momento em que a luta ideológica travada posiciona cada sujeito em um dado lugar, de acordo com a soma e tipo de capital acumulado, seja ele do tipo simbólico econômico ou cultural.

2.2 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (1986-2011)

Sob a ótica da noção de campo, as conferências tornam-se arenas de disputa onde a luta é propriamente simbólica na tentativa de se fazer preponderante uma visão de mundo, ou uma maneira de construí-la na percepção dos diferentes agentes sociais ali dispostos e mobilizados para incluir suas pautas e vê-las avançarem por meio da política de saúde. Nesta dissertação, o objeto de disputa se voltou para o tema das MAC/MT, e por meio da pesquisa documental buscou acompanhar e refletir sobre a trajetória que as discussões tiveram e de que forma elas se inseriram na constituição da PNPIC-SUS. De forma complementar, destacaram-se elementos conjunturais de cada etapa de conferência analisada para contextualizar a relação dos fatos investigados com o tempo-sócio-cultural-cronológico (RICHARDSON, 1999).

Segundo Rocha (2008), o ambiente das conferências foi se constituindo por elementos próprios de uma sociedade que ampliava sua organização estatal e política, guiada pelo exercício democrático e participativo, descrito como “[...] um cauteloso mar de ideias e experiências que as vezes se chocavam em correntes contrárias, mas também complementares ao exercício pleno do controle social” (BRASIL, 2008, p. 10). E mesmo que nem sempre o resultado de seus debates resultassem em ações efetivas por parte do Poder Executivo, é inegável sua influência nas principais decisões do sistema de saúde (ESCOREL; BLOCH, 2005).

A 8ª CNS, realizada em 1986, é considerada um marco político e ideológico do processo de reforma do modelo de atenção à saúde no Brasil, pois contribuiu fortemente na definição dos princípios e diretrizes que nortearam a organização do SUS. A bandeira de luta ‘Saúde é democracia’, presente naquela conferência, adquiriu sentido social e contribuiu como uma espécie de dispositivo para produzir culturas de saúde mais sensíveis à diversidade, ao coletivo e à própria ideia democrática (FERLA; MATOS, 2012). A partir da 8ª CNS:

[...] a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e do conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou-se o nome de Reforma Sanitária. (PAIM, 2007, p. 22).

A 8ª CNS foi pensada sob a máxima Saúde e Democracia, e organizada a partir de três eixos de discussão: “Saúde como Direito; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e “Financiamento do Setor”. Nela foram apresentados os princípios filosóficos e operacionais (diretrizes) que subsidiariam o novo Sistema de Saúde Nacional, o SUS: universalidade da atenção, equidade, integralidade, descentralização da gestão dos serviços, regionalização e

hierarquização das unidades prestadoras, participação da população no planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Ao discutir a política de saúde para além da reforma administrativa e financeira do Estado, a Oitava, indicou a necessidade de uma profunda reformulação nos moldes vigentes a respeito da prevenção, proteção e recuperação da saúde. Curiosamente, e de maneira radical, a proposta de introdução de práticas alternativas de assistência à saúde foi apresentada como embutida em princípios do novo sistema de saúde. No entanto, pode-se observar que a proposta não foi incluída no conjunto de princípios e diretrizes assimilados na Seção II- da Saúde, do texto constitucional.

As conferências que seguiram a institucionalização do SUS foram importantes para sua consolidação e aprimoramento, pois conferiram legitimidade ao texto constitucional, no mesmo tempo que influenciaram outras pautas sociais e refletiram posições políticas de segmentos da sociedade brasileira (ESCOREL, 2005).

A 9ª CNS foi organizada em 1992 e se materializou como a primeira conferência nacional de saúde após a promulgação da constituição cidadã e das leis que regulamentaram o SUS. Ela se desenvolveu na perspectiva da participação popular e teve como tema “Saúde: Municipalização é o Caminho”, e por meio dele, indicou a expectativa social pela efetivação da descentralização política-administrativa da gestão em saúde e o consequente aumento da autonomia operacional de estados e municípios na gestão e prestação de serviços em saúde. O texto do relatório dessa conferência evidenciou que as conquistas normativas não impedem a existência de dificuldades na operacionalização das diretrizes do SUS. Consta em seu relatório que não apenas a participação popular, mas como a própria realização da conferência foi ameaçada, de forma que “[...] inúmeras foram as tentativas visando sua desestabilização e cancelamento” (BRASIL, 1992, p.05). Segundo consta, ao observar incongruências entre suas propostas e as de conferências estaduais e municipais, o MS provocou uma espécie de ruptura no diálogo com a sociedade brasileira que só foi superada quando o CNS exigiu do governo a realização da conferência, o qual foi apoiado pela “[...] vontade coletiva de transformação, marcada pela solidariedade entre indivíduos, instituições entidades” (IBIDEM, p.05).

Em meio a conjuntura de sua realização, tornava-se evidente para os segmentos mais críticos na sociedade que estava em curso a expansão das propostas neoliberais e que elas eram apoiadas por organismos internacionais. Segundo Lima (2010), naquele contexto, a agenda neoliberal atuava na perspectiva de redução de custos e de interferência mínima do Estado e de ação máxima da dinâmica de mercado com fins lucrativos. Diante de tal impasse, “O relatório final dessa conferência pode ser resumido em algumas palavras de ordem: Fora Collor e Cumpra-se a Lei” (PAIM, 2007, p. 164). Dessa forma, a euforia com a constituinte e

com as primeiras eleições diretas presidenciais foi substituída por análises críticas sobre a realidade brasileira; e da mesma forma que ocorreu com a 8ª CNS, os grandes temas da realidade brasileira voltaram a ser discutidos em torno do direito à saúde.

Como indicou o tema da conferência, a municipalização da atenção à saúde estava na ‘crista da onda’ e permitiu o surgimento de experiências inovadoras na gestão e prestação de serviços em saúde. Freire Jr (1993) relatou que com a descentralização administrativa foi possível desenvolver a experiência de educação popular, através da prática de automassagem nos pontos de acupuntura, na rede pública de saúde do Distrito Federal (DF), desde 1991. A municipalização da gestão, segundo o autor, abriu oportunidade para propostas reais e inovadoras para a melhoria da prestação de serviços de saúde no país; no entanto, para efetivá-las haveria que ter um maior envolvimento e participação de trabalhadores, gestores e usuários do SUS.

As ações básicas de saúde, se adequadamente organizadas irão alterar a deturpação que se apresenta no Sistema Público de Saúde do país, onde a maioria dos recursos gastos são dirigidos à prestação de assistência médica curativa, que tem comprometido sua eficácia terapêutica justamente porque não conta com o apoio de um sistema eficiente de Atenção Primária à Saúde. (FREIRE JR, 1993, p. 08).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, foi precedida pela realização de três mil conferências municipais e estaduais de saúde, organizadas de forma paritária, isto é, com metade dos participantes representando usuários dos serviços de saúde, conforme previsão legal. Essa conferência não trouxe um tema como mote do encontro e o relatório final foi organizado a partir dos seguintes subtemas: Saúde, Cidadania e Políticas Públicas; Gestão e Organização dos Serviços de Saúde; Controle Social na Saúde; Financiamento da Saúde; Recursos Humanos para a Saúde; Atenção Integral à Saúde.

Conforme o relatório, no contexto da realização da 10ª CNS, o país enfrentava novas crises estruturais que desafiavam a jovem democracia e o novo governo eleito pelas urnas e a grande novidade da conferência foram as discussões sobre Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, dada a “[...] intensificação dos esforços para fazer o SUS acontecer ao nível da gestão municipal e microrregional, principalmente a partir da Norma Operacional Básica (NOB-93)” (BRASIL, 1996, p.11).

Segundo Lima (2010), na década de 1990 várias estratégias de desmonte do sistema público foram organizadas por meio do modelo econômico utilizado, tais como o enxugamento do Estado, o ajuste fiscal, a reconcentração do capital pela privatização do patrimônio público, barateamento da força de trabalho e o subfinanciamento do SUS, presentes até os dias atuais. Como tradição inaugurada na 8ª CNS e confirmada em 1992, as

conferências de saúde discutem as conjunturas política, social e econômica da realidade brasileira, na perspectiva do direito à saúde, e se posicionam sobre elas. Em 1996 o tom foi dado pela Carta da 10ª CNS:

A despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuam em grave crise no Brasil. No centro deste processo do setor da saúde, encontramos uma política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo Federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da modernização estabelece-se, de fato, o Estado Mínimo para as políticas sociais e o Estado Máximo para o grande capital financeiro nacional e internacional. (BRASIL, 1996, p.12-13)

Estas questões, no ponto de vista dos sujeitos reunidos na conferência, demandavam soluções urgentes a favor da redistribuição de renda, de amplas políticas urbanas, geração de emprego e a já evocada reforma agrária. No mesmo sentido, para a efetiva garantia do direito à saúde, deveria ser implementado a construção de um novo modelo de atenção à saúde, radicalmente pautado nos princípios e diretrizes do SUS. Vale ainda destacar, do texto de seu relatório, os conteúdos afirmativos sobre a política de saúde: o SUS que dá certo; inspirado na frase Onde dá SUS, dá certo. Consta na carta da 10ª que “[...] o SUS vem permitindo, nas cidades que avançaram na aplicação de seus princípios e diretrizes, a reversão de indicadores, a resolução de problemas de saúde e a satisfação da população, provando sua viabilidade” (BRASIL, 1996, p.13). Na sequência do texto faz-se referência à luta contra o subfinanciamento da saúde, materIALIZADA anos mais tarde na campanha Saúde+10, pela garantia de aplicação de 10% dos recursos do orçamentos da União na saúde pública.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no ano 2000, e teve como tema geral Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. O relatório final trouxe análise dos cenários e aspectos da política de saúde, sínteses das discussões dos grupos e levantou vários problemas, entre eles: o modelo assistencial e a integralidade da atenção, os quais dialogaram de forma continuada com as MAC/MT, desde 1986. Das discussões, exigiu-se do sistema de saúde, a capacidade “[...] de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da saúde e não apenas do tratamento de doenças e acometimentos graves com risco à vida” (BRASIL, 2000, p.31). Nesse sentido, a 11ª CNS, apresentou duras críticas ao valores hegemônicos da modernidade e ao modelo de saúde vigente no país:

Os modelos vigentes mantêm caráter assistencialista, sendo incapazes de responder às necessidades da população. São modelos obsoletos, curativistas, assistencialistas, operados por profissionais despreparados para atuarem com o respeito devido aos

direitos do paciente e suas necessidades, e com a qualidade necessária. São centrados na figura do médico, mais voltados para a doença, gerando expectativa de que a única forma de resolver os problemas de saúde seja tratar a doença medicamente. (BRASIL, 2000, p. 31-32)

Na mesma direção de se pensar um modelo assistencial adequado à realidade brasileira e sensível à diversidade regional e cultural, a 11ª CNS deliberou pela adoção de soluções de acordo com a diversidade do território nacional, respeitando as realidades locais, regionais e estaduais. Em seu conjunto, pode-se afirmar que a 11ª CNS contribuiu para abertura de modelos alternativos de possibilidades ao “[...] promover uma transformação cultural no sentido da inclusão da diferença como constitutivo da sociedade, e da incorporação da concepção da pessoa como um todo complexo e integrado.” (IBIDEM, p.111).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde ficou conhecida como a Conferência Sérgio Arouca e teve por tema geral Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado: a Saúde que temos, o SUS que queremos. Ela era prevista para ocorrer somente em 2004, mas foi antecipada e aconteceu entre os dias 7 e 11 de dezembro de 2003. A mudança se deu através de uma articulação entre o MS e CNS para que a conferência fosse realizada no primeiro ano de governo e que seus resultados fossem assimilados pelos instrumentos de gestão, que elaborados no primeiro ano do mandato, norteiam o planejamento de quatro anos de governo.

Se na 11ª CNS os delegados e delegadas presentes faziam duras críticas ao modelo econômico e social vigente, que privilegiava o grande capital financeiro e internacional, em detrimento das políticas sociais, o relatório da 12ª CNS indicou grande entusiasmo e otimismo com os rumos a serem dados pela política de saúde. Entre os motivos, destacamos o fato de que as esquerdas, que tanto militaram pelo aperfeiçoamento do SUS, viam um candidato que os representavam chegar ao poder. Além do mais, a coordenação geral da conferência ficaria à cargo do sanitarista Sérgio Arouca, figura simbólica da 8ª CNS e da reforma sanitária brasileira que faleceu alguns meses antes da realização da etapa nacional. Por esses motivos, a 12ª CNS surgia com o propósito de se constituir em um novo marco histórico para o SUS. Tamanha era a intenção que o título escolhido para o texto do ministro Humberto Costa, que integrou o relatório final da conferência foi “Aqui é permitido sonhar”.

Foi o nosso sonho de criar um sistema de saúde que atendesse a todos os brasileiros, sem discriminação, que tornou o SUS uma realidade. E o sonho permanece vivo para todos aqueles que acreditam e que lutam por um país onde impere a justiça social, a democracia e a participação popular na definição das políticas públicas (BRASIL, 2003, p.14).

Nesse documento, além de saudar a posse de Luiz Inácio Lula da Silva e a participação popular como ação política concreta, o ministro ainda reconheceu o SUS como a

maior política de inclusão social do país e destacou alguns de seus paradoxos, os quais precisariam ser enfrentados nos anos vindouros.

[...] de um lado, temos serviços de excelência disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para AIDS; por outro lado, há uma enorme dificuldade de acesso aos serviços básicos, de urgência, às consultas. Não é possível esconder essa realidade, pois somente enfrentando esses problemas iremos garantir a qualidade dos serviços. (IBIDEM, p.14).

Em meio a um ambiente de esperança, confiança e grande expectativa com o novo governo, retomou-se a constituição cidadã, no dizer que saúde é direito de todos e um dever do Estado. O caminho para que as pautas populares chegassem ao Estado se tornou mais acessível com a mudança na conjuntura política na esfera federal. O clima político favorável, que já se estabelecia ao longo do ano e do processo de organização das conferências de saúde foi acompanhada pela mobilização de diferentes grupos para o avanço de suas pautas nas políticas de Estado. Nesse contexto, muitos diálogos entre Governo e Sociedade Civil foram iniciados e entre eles, a pauta das MAC/MT foi inserida. O que os anos de 1980 e 1990 produziram de pautas sociais, os anos 2000, em um cenário econômico e social prósperos, poderiam efetivá-las.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em novembro de 2007, no primeiro ano de governo reeleito de Luiz Inácio Lula da Silva, e apresentou para discussão principal o tema Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento. Na conjuntura de sua realização, o SUS já era uma realidade bem sucedida, reconhecida internacionalmente inclusive, de forma que seu relatório final afirmou que todo cidadão brasileiro é usuário do SUS, “[...] mesmo que não se saiba disso, mesmo que não se queira, ele está na vida de todas as pessoas que vivem no Brasil, brasileiros ou não brasileiros, universal, agregador e 100% gratuito” (BRASIL, 2008, p. 07-08). Sobre os aspectos gerais da realização da 13ª CNS, José Gomes Temporão, ministro da saúde em exercício nessa conferência, afirmou que ela simbolizou o ápice do amadurecimento das discussões e deliberações sobre políticas públicas de saúde no Brasil, pois conseguiu polarizar grupos antagônicos em suas demandas, credos, cores e orientações em torno do SUS.

Com destaque, a 13ª CNS ocorreu em meio a “[...] um panorama de políticas mais abrangentes, sem grandes vácuos normativos ou necessidades imediatas de normatizações” (BRASIL, 2011, p.12). O seu relatório final foi inovador quando apresentou em separado propostas já aprovadas em anos anteriores e as propostas inéditas. Ao total foram oitocentos e cinquenta e sete deliberações, organizadas a partir de três eixos principais: (a) os desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI; (b) políticas públicas para a saúde e

qualidade de vida; (c) participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Em geral, o conjunto de deliberações teve como orientação o aperfeiçoamento da norma vigente e a garantia de financiamento para o setor. (BRASIL, 2011).

Da realização da 13ª CNS para a seguinte, o governo eleito teria três anos para implementar as medidas aprovadas, as novas ou aquelas já confirmadas em conferências anteriores e ainda não implementadas. Em que pese a conjuntura política brasileira, o clima organizacional voltaria a se aquecer nos anos seguintes, com a iminência das eleições nos Estados e governo federal, bem como, devido ao surgimento de denúncias de corrupção atingindo importantes agentes políticos e componentes do governo federal.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011 e teve como tema “Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”. A realidade dessa conferência chegou com a recondução do projeto político do partido dos trabalhadores (PT), eleito na pessoa da Sra. Dilma Vanda Rousseff e junto do novo governo, observou-se que algumas pautas passaram a emergir de forma mais marcante naquele cenário político.

Queremos implantar e ampliar as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, as crianças, os idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo, da floresta e ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais (BRASIL, 2011, p. 86).

De natureza bastante técnica, a tradicional Carta da Conferência englobou vários aspectos da política de saúde, desde os princípios e diretrizes constitucionais, valorização do trabalho, redistribuição da renda e a consolidação da democracia; até políticas específicas como: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Políticas de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e da Floresta e da População LGBT e a Política Nacional de Saúde Mental e Álcool e outras Drogas. O tom ali predominante era de ampliar o acesso à atenção à saúde, ampliar direitos trabalhistas e garantir um financiamento público de 10% do orçamento, proposta da já conhecida campanha Saúde+10. Mesmo que o conteúdo tratasse a política de saúde de forma abrangente, a Carta da 14ª não analisou a conjuntura política do país, como já era tradicional em conferências. De forma original, o relatório apresentou o item Considerações para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, no sentido de melhorar e aperfeiçoar sua organização.

2.3 DISCUSSÕES SOBRE MAC/MT EM CONFERÊNCIAS DE SAÚDE (1986-2015)¹⁷

As MAC/MT estiveram entre os conteúdos temáticos registrados desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e foram discutidas em todas as conferências seguintes. Elas assumiram diferentes terminologias e perspectivas, conforme testemunham os documentos de cada etapa. Em 2006, a PNPIC foi instituídas no SUS e o tema continuou sendo pauta, já havendo um espaço institucional para se referir. Ao longo do período estudado foi possível reconhecer uma militância permanente de atores sociais pela sua inserção na política de saúde. Pelo menos isso fica perceptível na aprovação e registro de propostas em todos os relatórios pesquisados. Quanto as características desse grupo, bem como dos posicionamentos contrários à aprovação das propostas, não foi possível identificá-los, uma vez que os relatórios são apenas propositivos do ponto de vista textual. Isto é, eles registram o resultado alcançado, mas não explicita as disputas que o antecederam. A tabela abaixo apresenta o quantitativo de propostas e moções aprovadas nas conferências estudadas.

CONFERÊNCIA	ANO	Nº DELIBERAÇÕES MAC	Nº MOÇÕES
8ª CNS	1986	4	-
9ª CNS	1992	2	-
10ª CNS	1996	1	-
11ª CNS	2000	6	-
12ª CNS	2003	15	02
13ª CNS	2007	9	01
14ª CNS	2011	7	02
15ª CNS	2015	25	01
TOTAL	1986-2015	69	06

TABELA 1 – Quantitativo de deliberações sobre MAC/MT em Conferências Nacionais de Saúde (1986-2015).
[Organizado pelo pesquisador]

O período analisado por esse capítulo foi de 1986 e 2011. Nele, foram realizadas sete etapas e aprovadas quarenta e quatro das propostas, e cinco moções de apoio. No ano de 2015, foi realizada a 15ª CNS, onde foram aprovadas vinte e cinco propostas e uma moção de apoio relacionada ao tema. No período compreendido entre 1986 e 2015 registrou-se sessenta e

¹⁷ O conteúdo das propostas aprovadas pela 15ª CNS não foi objeto de análise desse trabalho porque seu relatório final não havia sido publicado até sua conclusão. As proposta aprovadas estão registradas no APÊNDICE C e foram organizadas a partir da publicação da resolução nº507 CNS, de 16/06/16.

nove deliberações e seis moções aprovadas. A seguir será apresentado o conteúdo textual referente as discussões sobre o tema nas conferências realizadas entre 1986 e 2011.

2.3.1 1986: A 8ª Conferência Nacional de Saúde



FIGURA 2 – 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A 8ª CNS foi o marco inicial de discussões propositivas a respeito da inserção das MAC/MT no sistema público de saúde. Em seu relatório final, foram registradas quatro propostas relacionadas ao tema, todas elas relacionadas à reformulação do sistema nacional de saúde, distribuídas nos seguintes temas: organização dos serviços; política de recursos humanos; e política de desenvolvimento científico e tecnológico.

Quanto à organização dos serviços, a proposta de “[...] introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde”, foi apresentada como embutida em princípios do novo sistema de saúde e foi apresentada na perspectiva de garantir “[...] ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 1986, p.385). Quanto à política de recursos humanos, indicou pela “[...] inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas” e pela “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (IBIDEM, p.385). Quanto ao desenvolvimento científico e tecnológico, a 8ª CNS deliberou por “[...] aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde.” (IBIDEM, p.387).

2.3.2 1992: A 9ª Conferência Nacional de Saúde

O tema das MAC/MT voltou a ser discutido pela 9ª CNS, a qual registro em seu relatório final duas propostas relacionadas ao tema, inseridas no eixo Implementação do SUS.

As propostas apresentadas versaram sobre o modelo assistencial e sobre a política de recursos humanos. A primeira veio inserida na reflexão sobre a necessidade de uma profunda mudança do modelo assistencial operado no Brasil, para atingir os objetivos do novo sistema de saúde. Nessa passagem, o relatório fez menção às práticas alternativas, tecnologias populares e ações de promoção de saúde.

O modelo assistencial de saúde deve ser construído sobre base epidemiológica, garantindo à população acesso universal em todos os níveis, equidade, resolutividade e integralidade da atenção, num sistema de complexidade crescente. Esse modelo deve desenvolver práticas diferenciadas segundo a realidade local, não configurando um sistema simplificado. Devem ser incorporadas as práticas alternativas aos serviços de saúde, as tecnologias populares e as ações de promoção de saúde (BRASIL, 1992, p. 27).

Quanto a política de Recursos Humanos, a 9ª CNS deliberou por “[...] promover a inclusão da fitoterapia e outras práticas alternativas nos currículos da área da saúde” (IBIDEM, p. 32). Tal proposta reproduziu o conteúdo aprovado pela 8ª conferência, inovando quanto a ela, ao apresentar pela primeira vez, de forma textual, uma prática de MAC/MT – no caso, a Fitoterapia. Ao encontro dessa discussão, experiências pioneiras em ensino de práticas terapêuticas alternativas eram justificadas a partir de recomendações de conferências de saúde (SERAVALLE & BOOG, 1996). E como pioneiras, na divulgação e ensino de MAC/MT aos profissionais de saúde e da população em geral, elas vieram apontar para uma dupla exclusão do campo, “[...] práticas parecem não ser científicas, e por isso não entram na Universidade e, como não entram, não são consideradas científicas.” (IBIDEM, p. 84). Nesse sentido, “[...] Cabe-lhes certamente um papel de desbravadores de um caminho que deve ser aberto através de um trabalho acadêmico sério e politicamente comprometido com as necessidades da população” (IBIDEM, p. 86). Assim, as recomendações das conferências são reafirmadas, na perspectiva da necessária democratização do acesso às informações sobre MAC/MT.

Diante de um cenário ainda bastante adverso do ponto de vista institucional para a abertura do campo oficial para as MAC/MT, destaca-se a presença de profissionais, atuando desde a formação profissional até a gestão pública, comprometidos com o desenvolvimento de uma visão mais integral de saúde e engajados no novo sistema de saúde. Nesse sentido, as propostas de revisão dos currículos e inserção de conteúdos relacionados às MAC/MT é bastante estratégico, pois o aumento desses profissionais deve somar esforços no sentido de institucionalizar sua atuação. A partir dessa indicação, pode-se inferir que quanto maior o número de sujeitos sensibilizados, com conhecimentos e formação em MAC/MT no início da década de 1990, maiores seriam as possibilidades de inserção e reconhecimento dessas práticas nos serviços que viriam a ser organizadas à luz dos princípios e diretrizes do SUS. No

entanto, sabe-se que naquele contexto ainda havia reduzida presença de praticantes profissionais de MAC/MT na área, bem como resistências de entidades de classe quanto a sua assimilação pelos profissionais da área da saúde (TAVARES, 2002).

2.3.3 1996: A 10ª Conferência Nacional de Saúde

Em nossa revisão de literatura, o termo terapias alternativas se aproximou da definição de MAC/MT, apresentada pela OMS (2000, 2003, 2013), como práticas de atenção de saúde sem tradição na medicina convencional de um país, não incorporadas pelas instituições de ensino e de assistência à saúde (SERAVALLE e BOOG, 1996). Enquanto que o grupo das práticas populares em saúde foi apresentado como parte de representações sociais de classe e de um modo próprio de sentir e pensar suas necessidades. Estas se constituem como práticas realizadas por pessoas humildes do povo e apresentam “concepções de vida e de valores que possuem um sentido e um significado forte e verdadeiro para aqueles que a utilizam” (OLIVEIRA, 1985, p. 14).

Apesar de não se encontrar grandes discussões relacionadas às MAC/MT nesse documento, o relatório final dessa Conferência colocou elas na ribalta ao evidenciar três práticas e deliberar pela sua incorporação em todo o país. Ao discutir o tema da atenção integral à saúde, a 10ª CNS deliberou por “Incorporar no SUS, em todo o país, práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (BRASIL, 1996, p.73). Em síntese, a 10ª CNS registrou pela terceira vez consecutiva a proposta de incorporar as MAC/MT no sistema de saúde oficial; como na 9ª CNS, a fitoterapia foi citada expressamente no texto; e pela primeira vez os sistemas terapêuticos complexos da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura, foram citados. Nota-se que apesar de ser a etapa com o menor número de propostas sobre o tema, a 10ª CNS teve papel decisivo ao garantir a continuidade propositiva das MAC/MT nas conferências, bem como, pela inovações e ampliação de seus conteúdos.

2.3.4 2000: A 11ª Conferência Nacional de Saúde

O relatório da 11ª CNS destacou as MAC/MT em seis propostas. No primeiro momento, foi apresentada como parte das discussões relacionadas à organização dos serviços e ao modelo assistencial. A conferência afirmou que o Brasil ainda não tem um modelo de Atenção à Saúde adequado e não são estimuladas “[...] alternativas assistenciais menos caras e

complexas, de reconhecida eficácia, como os tratamentos e internações domiciliares ou práticas terapêuticas não hegemônicas, como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia” (BRASIL, 2000, p.32). Depois, foram aprovadas propostas em seis eixos organizativos: gestão de recursos em saúde; financiamento da atenção à saúde; organização da atenção à saúde; assistência farmacêutica; e formação de pessoal para a saúde.

Pela primeira vez, surgiu a preocupação orçamentária com as MAC/MT. Em relação à “Gestão de Recursos em Saúde”, na perspectiva de atender as necessidades sociais, a conferência deliberou por “Priorizar a implantação de farmácias populares públicas e a utilização de medicamentos genéricos, para racionalizar o gasto com esses insumos, além de investir em práticas terapêuticas alternativas e medicamentos naturais e alternativos” (IBIDEM, p.96). Na mesma direção, aprovou-se a proposta no eixo “Financiamento da Atenção à Saúde” para que na elaboração dos Planos de Saúde e Planos de Investimentos, em todos os níveis da administração, “Devem ser garantidos financiamentos suficientes para núcleos regionais específicos, incentivos à fitoterapia [...]” (IBIDEM, p.83).

Em relação à “Organização da Atenção à Saúde”, sob a ótica da atenção básica à saúde, deliberou-se pela “[...] ampliação do acesso aos serviços de saúde a toda a população, incluindo aqueles residentes em localidades onde não haja suficiência de recursos assistenciais”, e por “incorporar práticas não convencionais de terapêutica, como acupuntura e a homeopatia, já reconhecidas formalmente como especialidades médicas pelo CFM.” (IBIDEM, p.128). A perspectiva tecnicista apareceu pela primeira vez nos relatórios analisados, e condicionou a incorporação das MAC/MT ao reconhecimento do CFM.

Em relação a “Medicamentos e Assistência Farmacêutica”:

Os participantes da 11ª CNS recomendam, com ênfase, a implementação de Programa de Fitoterapia na rede pública com regularização do uso de plantas medicinais, garantindo parcerias com universidades para pesquisas e controle de qualidade, e sob fiscalização da Vigilância Sanitária. Recomendam criar legislação que facilite a produção e comercialização de produtos fitoterápicos e plantas medicinais, e implementar programas de incentivo ao desenvolvimento de projetos de fitoterapia e outros tratamentos alternativos, assim como o fomento à implantação de laboratórios fitoterápicos inseridos dentro da Política de Assistência Farmacêutica do Estado. Consideram fundamental o incentivo às terapias naturais, em ações de Promoção da Saúde, integrando saberes populares e científicos, no sentido de desenvolver o acesso dos usuários dos serviços a essas práticas. Propõem a implantação de Programas de Fitoterapia descentralizada para unidades de saúde, escolas e demais instituições nos municípios, por meio de mecanismos (consórcios), sob fiscalização da Vigilância Sanitária Estadual e em conjunto com Assistência Farmacêutica; e o apoio dos gestores do SUS à formação de hortas medicinais nos municípios. Propõem, também, que seja viabilizada a distribuição e garantido o acesso a medicamentos homeopáticos na rede de saúde. (IBIDEM, p.144).

As conferências anteriores já deram sinais que os caminhos da Fitoterapia seguiriam diferenciados das demais práticas alternativas e populares. Essa indicação foi reforçada na 11ª CNS, por meio de uma ampla proposta visando a implementação de um Programa de Fitoterapia, e de outra proposta no eixo “Formação de Pessoal para a Saúde”, que deliberou por “Formar profissionais para o uso de fitoterápicos na rede pública” (IBIDEM, p.170).

Se a 10ª CNS garantiu a continuidade das discussões relacionadas às MAC/MT, a 11ª CNS foi bastante inovadora no que tange ao conteúdo, a determinação de suas propostas e a distinção da fitoterapia do universo das MAC/MT. Nas propostas da 11ª CNS foram registrado dois termos originais para caracterizar as MAC/MT: práticas terapêuticas não hegemônicas; e práticas não convencionais de terapêutica, que se juntaram ao termo mais comum utilizado: práticas terapêuticas alternativas. Ao apresentar a terminologia ‘medicamentos naturais e alternativos’, a conferência ampliou os recursos terapêuticos a serem oferecidos à população. A diferenciação entre medicamentos à base de plantas medicinais e terapias tradicionais baseadas em procedimentos foi feita pela própria OMS (2000) e revela a noção de que a presença de práticas no campo da saúde se diferencia de acordo com a sua disposição e acúmulo de capital (BOURDIEU, 2013); algumas estão dispostas mais na fronteira com os saberes oficiais e tem maior facilidade de assimilação, enquanto outras conservam-se mais distantes. (MARTINS, 2003).

Para além dos destaques conferidos à Fitoterapia, por questões específicas ao seu universo, nota-se que a presença continuada das MAC/MT nas discussões e deliberações de conferências ao longo de todas as conferências desde 1986 seguiu associada a grandes temas na política de saúde. As discussões sobre o modelo de atenção à saúde e a integralidade da atenção parecem contribuir para seu fortalecimento enquanto dispositivo de promoção e valorização da saúde, em contraste ao modelo assistencial tão criticado em todas as conferências aqui analisadas.

2.3.5 2003: A 12ª Conferência Nacional de Saúde

Em junho de 2003, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica estiveram reunidos com o ministro da saúde para discutir um política voltada à inserção das MAC/MT no SUS. Em meio a essa reunião foi encaminhado a formação de um grupo de trabalho (GT) para formular a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC). A formação desse GT

em meados de 2003 certamente fortaleceu a pauta das MAC/MT, de modo que seria esperado que na conferência nacional seguinte, o tema tivesse maior destaque que nos anos anteriores.

A 12ª CNS confirmou a tendência ao apresentar as MAC/MT de forma mais robusta para a política nacional de saúde por meio da aprovação de quinze propostas relativas ao tema. Este número foi superior à soma de todas as propostas apresentadas nas quatro conferências anteriores a ela. As propostas abrangeram uma variedade de práticas e estiveram presentes em quase todos os eixos da conferência, inclusive, pela primeira vez foram aprovadas moções¹⁸ relacionadas ao tema. As propostas aprovadas sobre MAC/MT encontram-se dispostas em seis eixos temáticos: Intersetorialidade das Ações de Saúde (01); Organização da Atenção à Saúde (04); Trabalho na Saúde (03); Ciência, Tecnologia e a Saúde (03), Financiamento da Saúde (01), Comunicação e Informação em Saúde (03).

Na perspectiva da “Intersetorialidade das Ações de Saúde”, a conferência propôs “Desenvolver programas conjuntos entre os setores de saúde, educação, agricultura e comunidades, implantando as resoluções do Seminário Nacional sobre Política de Fitoterápicos e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica¹⁹”. Dessa proposta pode-se inferir sobre o amadurecimento e fortalecimento dos espaços de controle social, que passaram a se multiplicar em encontros temáticos para construir diretrizes em diversas áreas, retornando à conferência nacional para o referendo e encaminhamentos.

No eixo da “Organização da atenção à saúde”, deliberou-se por:

Garantir a efetiva implementação de práticas alternativas de saúde reconhecidas oficialmente e que respeitem a legislação nos serviços do SUS (fitoterapia, reflexologia, homeopatia, acupuntura e massoterapia), por ser um direito do cidadão ter opções terapêuticas, assegurando-se os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, bem como o acesso a informações sobre a sua eficácia e efetividade, comprovadas por meio de métodos de investigação científica adequados a essas racionalidades terapêuticas. (BRASIL, 2003, p.78)

Essa proposta relacionada às MAC/MT compôs uma diretriz abrangente, contemplando algumas dimensões de uma política pública, como implementação, assistência, garantia de informação sobre eficácia e efetividade, a partir de investigação científica adequada. Dessa proposta destacaram-se, lado a lado, práticas que não haviam sido apresentadas em conferências anteriores, como a reflexologia e a massoterapia, junto com a

¹⁸ É um tipo específico de proposta apresentada e submetida ao referendo de uma assembleia; em conferências de saúde são textos propositivos que devem ter a aceitação por meio de assinatura, por no mínimo, 20% dos delegados credenciados na conferência e sua aprovação é feita por referendo de mais de 50% dos delegados presentes na Plenária Final.

¹⁹ Entre outros temas, os fóruns mencionados deliberaram por integrar o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS, investir em pesquisa e desenvolvimento tecnológico, buscar qualidade na assistência, formação e capacitação de recursos humanos para área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

fitoterapia, homeopatia e acupuntura, presentes conjuntamente nos relatórios da 10ª e 11ª CNS. Destaca-se que, diferentemente do conteúdo apresentado na 11ª CNS, em que a incorporação de práticas dependia do crivo do CFM, a proposta da 12ª CNS, reconheceu que os critérios para avaliar eficácia devem ser adequados a cada racionalidade terapêutica.

Neste eixo, a fitoterapia foi contemplada em mais duas deliberações: “Aumentar a oferta de insumos e medicamentos da farmácia básica nas unidades de saúde, incluindo, [...] os medicamentos fitoterápicos” (BRASIL, 2003, p.82); “Garantir a inserção dos fitoterápicos validados pelo Ministério da Saúde na política nacional de assistência farmacêutica e de medicamentos [...]” (IBIDEM, p. 82). A homeopatia também foi objeto de deliberação:

Apoiar e determinar a implantação da homeopatia no SUS, inclusive nas unidades de Saúde da Família, tendo em vista a convergência de princípios entre a homeopatia e a visão integradora e holística necessária à saúde pública, seu alto índice de resolução e a redução de custos. Destinar recursos específicos para sua efetiva implantação e para a realização de pesquisas na área. [...]” (IBIDEM, p. 82).

No eixo “Trabalho em Saúde”, o tema que mais envolveu as MAC/MT foi a regulação das profissões. Nesse sentido, duas propostas se destacaram: “Normatizar e reconhecer a atividade dos facilitadores das Práticas Integrativas de Saúde (PIS²⁰)” (IBIDEM, p.124); e “Encaminhar a discussão do reconhecimento profissional das parteiras atuantes na Região Amazônica e em outras áreas onde constituem alternativas adequadas à atenção ao parto [...]” (IBIDEM, p.124). No subitem Educação Permanente e Educação em Serviço, a conferência deliberou por inserir os conteúdos de “fitoterapia, plantas medicinais” e de “homeopatia, acupuntura e práticas integrativas de saúde” no processo de “[...] educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde” (IBIDEM, p.129).

Em relação ao eixo “Ciência, Tecnologia e a Saúde”, as MAC/MT foram debatidas na perspectiva de se viabilizar, investir e desenvolver tecnologias. Antes dessa conferência o tema já havia sido apresentado na 8ª CNS e na 11ª CNS, respectivamente, visando “aprofundar o conhecimento e a utilização de formas alternativas de atenção à saúde” e no “incentivo ao desenvolvimento de projetos de fitoterapia e outros tratamentos alternativos, integração saberes populares e científicos”. A 12ª CNS veio reforçar as propostas anteriores, deliberando por “Viabilizar estudos sobre práticas de cuidado à saúde consideradas alternativas, holísticas, naturais e complementares, bem como a homeopatia” (IBIDEM,

²⁰ Esta terminologia é utilizada oficialmente no Distrito Federal, desde 2001, para se referir à hatha yoga, acupuntura, arteterapia, automassagem, fitoterapia, homeopatia, lian gong, meditação, musicoterapia, reiki, shantala, medicina e terapias antroposófica, tai chi chuan e terapia comunitária (DISTRITO FEDERAL, 2014).

p.140); “Investir na pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia para a produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira [...]” (IBIDEM, p.144); e por “Financiar, por meio dos Ministérios da Saúde, Agricultura, Meio Ambiente e Ciência e Tecnologia, pesquisas realizadas por instituições nacionais sobre plantas medicinais, alimentos alternativos e biodiversidade nacional” (IBIDEM, p.144).

No eixo específico de “Financiamento da Saúde”, a proposta relacionada às MAC/MT, da mesma forma que ocorreu na 11ª CNS, foi relacionada a Assistência Farmacêutica: “Ampliar e garantir recursos destinados à assistência farmacêutica, nas três esferas de governo, para custeio de medicamentos da farmácia básica, incluindo homeopáticos, manipulados e fitoterápicos [...]” (IBIDEM, p.156).

Finalmente, no eixo “Comunicação e Informação em Saúde” foram registradas três propostas em que as MAC/MT foram incluídas. Relativa a publicização das políticas de saúde, consta a proposta visando possibilitar “[...] aos usuários o acesso à informação sobre novas modalidades de promoção, manutenção e recuperação da saúde desenvolvidas no SUS, como medicina natural, fitoterapia, práticas tradicionais indígenas e práticas complementares e alternativas de saúde” (IBIDEM, p.166); e, de forma mais específica, a elaborar folhetos de orientação “[...] sobre o uso correto de medicamentos, incluindo fitoterápicos e legislação pertinente” (IBIDEM, p.172); e ampliar “[...] campanhas de estímulo à utilização de medicamentos genéricos, manipulados e fitoterápicos” (IBIDEM, p.176).

Nessa conferências ainda foram aprovadas duas moções relacionadas às MAC/MT, mas especificamente, que versaram sobre homeopatia e a fitoterapia:

Moção nº 21: O plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde aprova o apoio à implantação oficial da homeopatia no Sistema Único de Saúde e no Programa Saúde da Família, tendo em vista a convergência de princípios entre essa ciência e a visão integradora e holística necessária à saúde pública e individual, seu alto índice de resolubilidade e a redução de custos que sua implantação representa para o Sistema. Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem garantir recursos humanos, materiais e financeiros específicos para sua efetiva implantação e para a realização de pesquisas na área e estabelecer uma política de fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos para os usuários que optarem por essa terapêutica. Apoiamos a redefinição do paradigma de saúde adotado nas instâncias oficiais do País, de um modelo centrado na saúde e nas capacidades da natureza, e não na doença, e nas conveniências do mercado farmacológico e tecnológico (BRASIL, 2003, p.187).

Moção nº 35: O plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde aprova o apoio à inclusão do uso de medicamentos fitoterápicos na rede básica do Sistema Único de Saúde” (IBIDEM, p.191).

Nota-se que tamanha robustez das discussões da 12ª conferência envolvendo as MAC/MT confirmou a tendência de seu fortalecimento enquanto capital político no âmbito do SUS. Esse dado, nos termos da sociologia disposicional de Bourdieu (2004), significa dizer que as MAC/MT, como consequência de um acúmulo capital, tiveram um resultante de forças maior nessa estrutura chamada de campo. Entre os elementos possíveis para tal condição pode ser atribuído o reconhecimento do conjunto de pares-concorrentes, que lhe permitiria transitar melhor, a partir da redução de resistências, em direção a perspectiva transdisciplinar. Nas palavras de Berni (2016), pode-se reconhecer uma dinâmica de disputa no interior do campo:

Ao procurardes inovar, lembra-te que podes estar na fronteira e isso te fará rejeitado. Não esquece, porém, quando, e se, fordes aceito por teus pares de que, ao sê-lo, tu mudaras de posição, estando provavelmente mais ao centro. Assim, quando chegar tua vez de julgar, acautela-te contra a rigidez, a intolerância e abertura permitindo que o novo te rejuvenesça e ao fazê-lo revigore o conhecimento. (BERNI, 2016, p.119).

A 12ª CNS deve ser registrada como um marco para a área das MAC/MT, pois nunca antes a política de saúde teve, em um encontro nacional, a aprovação de propostas com conteúdo tão expressivo sobre o tema. Diante da quantidade e diversidade de propostas aprovadas sobre MAC/MT na conferência de 2003, pode-se afirmar que o campo estava, do ponto de vista do discurso, fortalecido para sua institucionalização, enquanto política e normativa do SUS. A confirmação de todas as pautas das MAC/MT pela 12ª CNS reforçou o caminho institucional no CNS e MS, e contribui para seu fortalecimento no campo oficial.

2.3.6 2007: A 13ª Conferência Nacional de Saúde

Observa-se que no período entre 2000 a 2006, diferentes dimensões presentes em MAC/MT foram se aglutinando e vieram a formar no campo da saúde, uma espécie de unidade terapêutica reconhecida no encontro das dimensões integrativa e complementar. Esse fato resultou na construção da PNPIC-SUS, a política das MAC/MT no campo da saúde pública brasileira. Dessa forma, no contexto da 13ª CNS, os delegados participantes desse fórum já dispunham da publicação da PNPIC-SUS, e sua existência, ao menos textual, garantia às propostas relativas às PICs um espaço mais formal na política de saúde brasileira. Na análise histórica apresentada pelo texto da política de PICs, consta que suas discussões e encaminhamentos transitaram muito mais pelo MS e CNS, do que pelos setores mais amplos da sociedade. Nesse sentido, no espaço plural da conferência nacional trataria da

institucionalização das MAC/MT no SUS pela primeira vez, indicando a aprovação ou não, dos termos da sua política.

Na 13ª CNS foram aprovadas nove propostas e uma moção de apoio a implementação da homeopatia no SUS e pela análise do seu conteúdo, pode-se afirmar que conjunto ampliado de delegados brasileiros ratificaram a política nacional em suas práticas originárias (Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e o Termalismo / Crenologia) O relatório dessa conferência organizou o conjunto de deliberações em três amplos eixos²¹, modificando, em relação aos relatórios anteriores, a estrutura do documento. As proposições relacionadas às MAC/PICs foram distribuídas entre os eixos I e II e nelas e nota-se um tom mais propositivo, com a utilização dos termos: garantir, fortalecer, realizar, estabelecer parceria, entre outros. As propostas acolherem temas relacionados à organização da atenção à saúde; à política de recursos humanos nos aspectos de formação de profissionais em PICs e reconhecimento de praticantes de MT, abordando ainda a o tema da Assistência Farmacêutica, a inserção de novas práticas e aspectos deficientes, como a intersetorialidade e orçamento:

Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC) no SUS, incluindo homeopatia, acupuntura, fitoterapia, antroposofia e crenologia, bem como o acesso a alimentos naturais, por meio de ações intersetoriais e que os gestores, nos três níveis de governo, garantam em suas pactuações orçamentárias os recursos financeiros para a sua execução (BRASIL, 2008, p. 41).

De forma complementar a essa proposta, os delegados aprovaram outra, no sentido de incentivar a utilização das PICs na atenção básica e incluir “[...] as práticas terapêuticas da matriz afro-indígena, de medicina preventiva natural e alimentação integral, a equoterapia, a cinoterapia e outras com comprovado embasamento científico e, de acordo com a realidade de cada região” (IBIDEM, p. 112). Nessa proposta, apresentou ainda, de forma incisiva, considerações sobre a necessidade de pactuação nos três níveis de governo para implementar a PNPIC, na perspectiva do pluralismo terapêutico e das especificidades regionais.

Para o aprimoramento da política de PICs, a 13ª CNS aprovou a proposta de “[...] implantar núcleo do programa de saúde integrativa com serviço médico em homeopatia, acupuntura, fitoterapia e serviço de farmácia homeopática e fitoterápica” (IBIDEM, p.117). Em relação à Assistência farmacêutica, a 13ª CNS veio referendar as deliberações da 11ª e 12ª CNS, primeiramente indicando o fortalecimento da Política Nacional de Assistência

²¹ I - Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; II - Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; III - A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

Farmacêutica nas esferas de gestão, “[...] incluindo as práticas integrativas e complementares e a promoção do uso racional de medicamentos” (IBIDEM, p.114). E no segundo momento:

Garantir a aquisição contínua dos medicamentos padronizados, dos fitoterápicos e dos medicamentos homeopáticos, revisando-os sistematicamente e incentivando a implantação de farmácias vivas, a utilização de plantas medicinais, a orientação de fitoterapeutas na rede básica e a oferta de cursos com linguagem acessível para a comunidade interessada, além de fomentar a inclusão do tema referente aos fitoterápicos e plantas medicinais nos cursos de graduação da área da Saúde. (IBIDEM, p.112-113)

De forma original, sob a ótica intersetorial, duas propostas complementares aprovadas na 13ª CNS indicaram possível diálogo entre as MAC/PICs e a saúde da população do campo. A primeira, na perspectiva de apoiar a agricultura familiar através da “[...] valorização de fitoterápicos e das práticas terapêuticas alternativas” e “[...] realização de cursos sobre alimentação saudável e apoio ao desenvolvimento de hortas comunitárias”. (BRASIL, 2008, p.18). E outra proposta articulada à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: “Fazer parceria com a Secretaria da Agricultura para a realização de cursos sobre alimentação saudável, monitoramento de horta comunitária, orientação fitoterápica e medicina alternativa para a população” (IBIDEM, p.31). Não é objetivo deste trabalho discutir a saúde da população rural, no entanto, convém indicar o potencial envolvido na relação entre ela e as MAC/MT, sob a ótica de garantir acesso a serviços de saúde e da valorização da realidade local, ainda mais quando a estratégia vier articulada com outras de avaliação e monitoramento das condições de saúde dessa população

A 13ª CNS aprovou duas propostas com o tema da saúde da população indígena. Sob a ótica da validação de praticantes tradicionais de saúde “O MS deve garantir que o SUS reconheça como promotores de saúde alternativa pajés, xamãs, parteiras e pastorais da criança” (BRASIL, 2008, p.37); e, por meio do Programa da Saúde da Família, deve expandir “[...] a cobertura para o atendimento da zona rural, área indígena e das populações tradicionais dos municípios salientando-se a inclusão dos indígenas urbanos, respeitando a cultura local e a valorização do uso de fitoterápicos” (IBIDEM, p.99). Nessas propostas, pode-se observar uma direção voltada para a regulação de profissões, como fez a 12ª CNS, em relação às parteiras e os facilitadores de PIS (BRASIL, 2003) e outra, associando a fitoterapia como práticas tradicionais dos povos indígenas.

Finalmente, a 13ª CNS aprovou a moção nº 92, sobre a implementação da homeopatia no SUS: “Nós, homeopatas presentes na 13ª CNS, participantes do movimento homeopático nacional, apoiamos a formulação de normas operacionais para execução do atendimento médico, odontológico e farmacêutico.” (BRASIL, 2007, p.216). A aprovação dessa moção,

mesmo que com conteúdo pouco propositivo, indicou a presença e o apoio aos homeopatas no espaço das conferências nacionais de saúde. Esse coletivo de profissionais no ano anterior havia publicado, através da Associação Médica Homeopática do Brasil (AMHB), posicionamento favorável em relação aos termos da Homeopatia na PNPIC-SUS, uma vez que ela “[...] resguarda a qualificação e a habilitação necessárias aos profissionais de nível superior envolvidos nesta área, quais sejam os profissionais médicos e farmacêuticos, dentre outros que poderão vir a compor a equipe, cada um em sua devida atuação” (AMHB, 2006).

No geral dos resultados das MAC/PICs na 13ª CNS, destaca-se a confirmação dos termos da PNPIC-SUS e da proposição quando a necessidade de pactuações orçamentárias nas três esferas de governo para sua efetiva implementação. Nota-se que a proposta de implantar núcleos do programa de saúde integrativa, traz um elemento corporativo, tal como a proposta aprovadas pela 11ª CNS, de incorporar práticas não convencionais de terapêutica, já reconhecidas como especialidade médica (BRASIL, 2000). Sobre o tema, em meio às discussões para a aprovação das PNPIC-SUS, o CNS indicou pelo favorecimento da visão plural e multidisciplinar sobre a política (CNS, dez/2015).

Ademais, houve animação nessa conferência para reconhecer outras práticas e ampliar sua oferta, de acordo com as especificidades regionais. Novamente a Fitoterapia figurou com protagonismo, fortalecida no âmbito da política de assistência farmacêutica, trouxe um conjunto de ações para sua efetiva assimilação no cotidiano dos serviços de saúde. E por fim, novos temas foram tratados para expandir as MAC/PICs, como os dirigidos à população rural e ao complexo arranjo institucional envolvendo as políticas de atenção à saúde indígena.

2.3.7 2011: A 14ª Conferência Nacional de Saúde

A 14ª CNS aprovou sete propostas relacionadas às MAC/PICs e duas moções relacionadas à medicina tradicional. As propostas foram relacionadas às seguintes diretrizes: “Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica”, “Assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços”; “Por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde”. Em relação à PNPIC-SUS, a conferência reconheceu a necessidade de ampliar recursos financeiros para a “[...] implementação de práticas integrativas e complementares” (BRASIL, 2011, p.56), ao mesmo passo, ela observou que a PNPIC, como política pública, necessitava ser implementada efetivamente. Nesse sentido, deliberou por:

Implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, ofertando novas práticas integrativas e complementares nos serviços de atenção básica, considerando as práticas já existentes e as articulações com os equipamentos e movimentos sociais do território (IBIDEM, p.55).

A novidade foi a inclusão da terapia comunitária como prática integrativa em saúde. Na direção de reconhecer novas práticas integrativas, deliberou-se por “Reconhecer a Terapia Comunitária Integrativa como política pública prioritária nacional, em consonância com o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.” (IBIDEM, p.55). E com vistas ao acesso e atenção integral, deliberou-se por “Criar núcleos municipais de práticas integrativas e complementares em saúde com o reconhecimento da Terapia Comunitária como política pública.” (IBIDEM, p.46). Deliberou-se ainda por “Ampliar os recursos para assistência farmacêutica incluindo os fitoterápicos [...]” (IBIDEN, p.46).

A 14ª CNS trouxe ainda, em seu relatório final, discussões relacionadas aos praticantes de MT, quando deliberou por: “Identificar e regulamentar as profissões de saúde ainda não reconhecidas no âmbito do SUS, incluindo as parteiras tradicionais, microscopistas, graduados em Saúde Coletiva, entre outras.” (IBIDEN, p.41); “Reconhecer a parteira tradicional como categoria de trabalho” (IBIDEN, p.45); e na perspectiva do respeito às diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis, deliberou por “Reconhecer os pajés que trabalham na medicina tradicional” (IBIDEN, p. 68).

Por fim, aprovou duas moções sobre o reconhecimento e respeito aos praticantes tradicionais de saúde. A moção 04 “Conscientizar os profissionais de saúde quanto ao respeito às diversidades culturais e étnico-raciais, em especial aos afrodescendentes e indígenas, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura, garantindo o acesso a todos de forma digna e respeitosa” (IBIDEN, p.95) e a Moção 14, para fortalecer a Política de Saúde Indígena: “[...] Reconhecer as práticas tradicionais indígenas, os curandeiros, as parteiras, os pajés, os rezadores, os raizeiros e outros, integrando-os nas equipes multidisciplinares de saúde indígena” (BRASIL, 2011, p. 227).

2.4 CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA PESQUISA DOCUMENTAL

A 8ª CNS foi a primeira etapa de análise e ela aprovou quatro propostas sobre o tema. Na conferência seguinte foram aprovadas duas propostas, que reforçavam o conteúdo das propostas anteriores. A 10ª CNS aprovou apenas uma proposta; no entanto, teve papel decisivo na trajetória pois garantiu a continuidade discursiva do tema nos relatórios de

conferências, ao propor uma política nacional de MAC/MT no SUS, a partir da Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura. Nas conferências seguintes, o número de propostas aumentou, foram seis propostas aprovadas na 11ª CNS e quinze propostas e duas moções de apoio na 12ª CNS. A partir da 13ª CNS houve uma redução, com nove propostas e uma moção aprovadas, seguido de sete propostas e uma moção na 14ª CNS. Distinguiu-se três momentos em que as MAC/MT se apresentaram em conferências: 1986-1996, 2000-2003 e 2007-2011. No primeiro intervalo, as discussões surgiram e se firmaram como tema em conferências; no segundo período, as pautas anteriormente aprovadas foram retomadas, houve ampliação e amadurecimento das discussões em torno de novos temas. Por fim, no intervalo entre 2007 e 2011, as conferências vieram a confirmar os termos apresentados pela PNPIC, de modo a sugerir a ampliação de práticas e uma maior articulação intersetorial. Sinalizou-se, neste último período, que para sua efetiva implementação havia necessidade de se garantir financiamento próprio.

Conforme vimos na Tabela 1, a 15ª CNS aprovou 25 propostas e uma moção de apoio relacionada às MAC/PICs, ela indicou um salto quantitativo e qualitativo em relação às etapas anteriores e será tratada em seus aspectos qualitativos no próximo capítulo dessa dissertação.

2.4.1 - De práticas alternativas de assistência à saúde às PICs

No período estudado, além das diferentes formas utilizadas para se referir às MAC/MT, registrou-se deliberações versando sobre uma ampla variedade de práticas. As práticas de fitoterapia, homeopatia e acupuntura, contempladas no texto da PNPIC-SUS, estão presentes desde o relatório de 1996; no entanto a Medicina Antroposófica e o Termalismo-Crenoterapia surgiram somente em 2007, após a publicação dessa política. Destaca-se também as plantas medicinais, presentes desde o ano 2000. Além dessas práticas foram aprovadas propostas de inserção de massoterapia, reflexologia, equoterapia, cinoterapia, terapia comunitária, osteopatia, musicoterapia, arte-terapia, práticas tradicionais indígenas e práticas terapêutica de matriz afro-indígena.

Da utilização do termo ‘práticas alternativas de assistência à saúde’ até o surgimento do termo ‘Práticas Integrativas e Complementares’, denominação assumida oficialmente pela política nacional de MAC/MT, em 2006, a variação de termos de referência foi ampla e abrangente. Em 1986, utilizou-se práticas alternativas de assistência à saúde. Em 1992, a expressão utilizada foi práticas alternativas, que identificava tanto as tecnologias populares quanto as práticas de promoção de saúde. Em 1996, terapias alternativas e práticas populares.

A tabela 02 indica a presença de diferentes expressões para referir-se às MAC/MT, identifica as práticas inseridas pela PNPIC e ainda, registra outras práticas sugeridas para a política.

1986	1992	1996	2000	2003	2007	2011	2015
Práticas alternativas de assistência à saúde	Práticas Alternativas	Terapias alternativas	Práticas terapêuticas alternativas	Práticas complementares e alternativas de saúde	Terapias alternativas Práticas alternativas		Práticas alternativas
		Práticas populares	Práticas terapêuticas não hegemônicas	Práticas de cuidado à saúde alternativas holísticas, naturais e complementares	Medicina alternativa		Medicinas alternativas
			Práticas não convencionais de terapêutica	Núcleo do programa de saúde integrativa com serviço médico	Programa de Saúde Integrativa		
			Terapias Naturais	Medicina natural	Medicina preventiva natural		
				Práticas Integrativas de Saúde			Práticas Integrativas em Saúde
					Práticas Integrativas e Complementares	Práticas Integrativas e Complementares	Práticas Integrativas e Complementares
	Fitoterapia	Fitoterapia	Fitoterapia	Fitoterapia	Fitoterapia		Fitoterapia
		Homeopatia	Homeopatia	Homeopatia	Homeopatia		Homeopatia
		Acupuntura	Acupuntura	Acupuntura	MTC – Acupuntura		Acupuntura
			Plantas Medicinais	Plantas Medicinais	Plantas Medicinais		Plantas Medicinais
					Medicina Antroposófica		Medicina Antroposófica
					Termalismo – Crenoterapia		
				Reflexologia			
				Massoterapia			Massagem
				Práticas tradicionais indígenas	Práticas terapêutica de matriz afro-indígena		
					Equoterapia		Equoterapia
						Terapia Comunitária	
							Osteopatia
							Arte-terapia
							Musicoterapia

TABELA 2 – Termos de MAC/PICs em Conferências Nacionais de Saúde (1986-2015).
[Organizado pelo pesquisador]

A partir do ano 2000, uma diversidade de nomenclaturas passou a compor as propostas relativas às MAC/MT, vindo desafiar o imaginário social sobre as diversas representações sociais a respeito dessas práticas. Registrou-se as seguintes expressões: Práticas terapêuticas alternativas; Práticas terapêuticas não hegemônicas; Terapias Naturais; em 2003: Práticas Integrativas de Saúde, Práticas Complementares e Alternativas de saúde; Práticas de Cuidado à Saúde Alternativas, Holísticas, Naturais e Complementares; Medicina Natural. A nomenclatura oficial utilizada pela PNPIC surgiu na conferência de 2007, no entanto as palavras ‘complementar’ e ‘integrativa’ já apareceram em 2003, ainda que em propostas diferentes. Em 2007, cinco das nove propostas referiam-se às PICs, enquanto as demais utilizaram-se de expressões como terapias, práticas ou medicinas alternativas. Em 2011, as propostas já fizeram referência exclusiva à terminologia das PICs. Nesse sentido, os termos e práticas reconhecidas pela PNPIC foram confirmadas pela conferências que a seguiram.

Conforme exposto na Tabela 02, com o passar das etapas houve o aumento gradativo nas terminologias utilizadas para se referir às MAC/MT. Desse dado, consideramos que

também houve aumento no número de propostas sobre o tema. Da relação entre a variação de terminologias e aumento de propostas, houve naquele momento a necessidade de se buscar uma terminologia que abrangesse a diversidade das práticas. Nesse sentido, defende-se que a variedade de termos traz com ela a ampliação e diversificação de sentidos para as práticas. Por exemplo, os termos ‘práticas populares’ e ‘terapias alternativas’ foram utilizados juntos em 1996, para se referir à fitoterapia, acupuntura e homeopatia. Na conferência seguinte, essas mesmas práticas foram reconhecidas como ‘Práticas terapêuticas não hegemônicas’. O que diferenciaria esses dois termos? Na perspectiva dos documentos e dos contextos em que as discussões aconteceram, a diferença estava na posição que a proposta situava as MAC/MT no “campo”. Em 1996, a proposta se deu na perspectiva de garantir acesso a serviços essenciais de saúde, nela há uma preocupação com os pequenos municípios, os recém-emancipados, com os bairros, com os povoados e com a zona rural. Já no ano 2000, a discussão foi feita sobre a insuficiência do modelo de atenção à saúde para garantir atendimento integral e com equidade. Na primeira proposta, a intenção é garantir acesso à saúde, mesmo que através de práticas populares, das terapias alternativas, enquanto que na segunda há uma visão mais ampliada sobre o sistema e uma busca pela qualificação do atendimento como um todo. Desse modo, inferimos que os termos utilizados trazem significados específicos e posicionam de forma diferente as MAC/MT no campo da saúde.

2.4.2 – Tendências das MAC/MT em conferências

A pesquisa documental se desenvolveu em três etapas, conforme descrito no item Percurso Metodológico. Na primeira etapa, os seguintes temas foram destacados: Modelo Assistencial; Organização da atenção à saúde; Ação integral à saúde; Política de recursos humanos; Política de desenvolvimento científico e tecnológico; Medicamentos e assistência farmacêutica; Gestão de recursos em saúde; Financiamento da saúde; Intersetorialidade das ações de saúde; Comunicação e informação em saúde. Após seguidas leituras do material, destacou-se os seguintes temas aglutinadores: Modelo Assistencial; Organização da atenção à saúde; Política de recursos humanos; Inserção de praticantes tradicionais; Política de desenvolvimento científico e tecnológico; Medicamentos e assistência farmacêutica; Financiamento da saúde. Por fim, após conceituar cada tema aglutinador, chegou-se a duas categorias de análise: Mudança no Modelo Assistencial e Organização da Atenção à Saúde.

Mudança no Modelo Assistencial constituiu uma categoria em que a incorporação das MAC/MT ao sistema de saúde viria possibilitar a escolha democrático do usuário sobre

diferentes opções terapêuticas inseridas no SUS, ela também aproxima a ação dos sujeitos por subverter a lógica do sistema organizado verticalmente a partir de uma profissão hegemônica, busca ampla acesso do usuário e romper com um modelo exclusivo e excludente, baseado no saber e prática médica hegemônica. Essa categoria reconhece ainda que inserção das MAC/MT no sistema de saúde, com sua visão integradora e holística, permite ampliar e redirecionar o modelo de atenção no País, contribuindo na redefinição do paradigma adotado.

Organização da Atenção à Saúde foi a outra categoria resultante da análise, e por meio dela, reconhece-se uma tendência de apresentar as MAC/MT para a política de saúde seguindo a lógica assistencial do modelo vigente, isto é, submetida a uma ordem hierarquizada, fragmentada, e desprovida de posicionamento crítico e popular. As propostas desse núcleo não questionaram a fundo o modelo de atenção, em geral, elas se restringiram a adentrar no campo da saúde, adaptar-se a ele, seguindo suas regras, inclusive reforçando a manutenção da hierarquia médica sobre as demais profissões de saúde.

Nos aspectos quantitativos, o trabalho analítico indicou que a categoria Mudança no Modelo Assistencial associou propostas da ‘Política de Recursos Humanos’, Inserção de praticantes tradicionais²² e ‘Desenvolvimento Científico e Tecnológico’ e aquelas que avançaram pela intersetorialidade a partir da articulação com políticas de Meio Ambiente, Segurança Alimentar e Nutricional. Ao final, essa categoria assimilou trinta e duas propostas e quatro moções de apoio aprovadas. Ela representou a tendência predominante de MAC/PIC nos relatórios de conferências analisados. Em relação à categoria Organização da Atenção à Saúde foram identificadas treze deliberações e duas moções no período entre a 11ª CNS e a 14ª CNS. Esta categoria absorveu a ampla maioria de propostas de “Medicamentos e Assistência Farmacêutica”,

A origem da categoria Mudança no Modelo Assistencial foi identificado na 8ª CNS quando se propôs introduzir as prática alternativas de assistência à saúde, como direito de escolha do usuário sobre a assistência à saúde, assim como incorporar agentes populares de saúde como pessoal para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários. Em conferências seguintes, a necessidade de uma profunda mudança do modelo assistencial de saúde praticado no país foi apresentada. Dessas discussões, o modelo de saúde deveria superar o caráter assistencialista, centrado na figura do médico e da medicalização, tensionando-se

²² Em relação ao reconhecimento e valorização de praticantes tradicionais, foram apresentadas propostas de sensibilizar profissionais de saúde quanto a diversidade cultural representada pelos afrodescendentes e pelos indígenas, reconhecer suas crenças, saberes, tradições e recursos terapêuticos. Incluíram praticantes de curas religiosas de diferentes matrizes religiosas. Quanto a recursos humanos, defenderam o reconhecimento profissional de parteiras, pajés, xamãs e pastorais da criança; a integração das práticas tradicionais indígenas, de curandeiros, parteiras e pajés nas equipes multidisciplinares de saúde indígena.

das conveniências do mercado farmacológico e tecnológico. O novo modelo deveria estar centrado em saúde, organizado de forma efetiva pelos princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade da atenção. Já a categoria Organização da Atenção à Saúde pode ser identificada em propostas que defendiam como critério para incorporar MAC/MT no SUS, o seu reconhecimento pela profissão médica. De forma geral, as propostas relacionadas a essa categoria não trouxeram questionamentos sobre o modelo de atenção vigente e outras vezes, até o reforçaram em seus aspectos corporativos.

A publicação da PNPIC-SUS indicou uma opção política do Estado brasileiro pela abertura e reconhecimento de práticas e modelos terapêuticos, no entanto, passados quinze anos de sua publicação, quais seriam efetivamente os interesses do Estado e as possibilidades da política? Que impactos a política de saúde quer produzir? E quanto aos atores que militam em prol do avanço dessa política, que caminho vislumbram para ela?

E, ademais, qual seria o espaço no interior dessa política para os praticantes tradicionais de saúde? No texto da política brasileira, a afinidade entre os temas se apresentou na descrição de uma diretriz que propôs articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena. Observa-se que de fato essa diretriz não ocorreu de forma espontânea, a PNPIC-SUS reconheceu os sistemas médicos complexos, como a Homeopatia, a Medicina Antroposófica, MTC-Acupuntura, além de recursos terapêuticos, como o Termalismo e a Fitoterapia. No entanto, o espaço para a inserção e contribuição dos agentes populares de cura não foi especificada ou mesmo garantida. A presença indígena nas políticas sociais no Brasil vem se caracterizando mais como “[...] zona de contato em que ocorre o encontro colonial entre povos indígenas e os agentes do Estado-nação responsáveis pela implantação das políticas de saúde” (FERREIRA, 2013, p.205). Nesse sentido, consideramos que a política tem distinguido praticantes de MT de praticantes de MAC/PICs.

Por meio do registro da diversidade de temas com que as MAC/PICs dialogaram ao longo desses anos pode-se inferir que sua presença no campo da saúde não se esgota enquanto práticas oferecidas em ambulatórios de saúde, nos diferentes níveis de atenção. Nota-se que alguns objetivos da PNPIC, voltam-se ora para interesses clínicos como: prevenção de agravos, promoção e recuperação de saúde, ora indicam para um interesse maior sobre o sistema de saúde e sobre a organização dos processos de cuidado na sociedade: aumentar resolutividade do SUS, o uso racional das ações e os recursos de saúde, o desenvolvimento sustentável das comunidades, o estímulo ao controle social e a promoção de cidadania.

Por fim, o resultado positivo das discussões sobre MAC/MT em conferências de saúde, no período estudado, indica uma contínua mobilização de agentes interessados no

avanço e ampliação da política pública. A trajetórias de discussões sobre MAC/MT, inaugurada na 8ª CNS, deve ser reconhecida também como parte do processo social e também político que marcou os espaços em conferências de saúde no país. Por outro lado, entre a década de 1980 e o início dos anos 2000, as práticas alternativas de saúde adquiriram estima técnica e acadêmica, e o reconhecimento social de diversos grupos, intelectuais da saúde coletiva, profissionais de saúde, gestores, usuários de serviços e da população em geral. A mudança da direção política e ideológica anunciada com a ascensão do primeiro governo de esquerda, após a constituinte de 1988, oportunizou o avanço de pautas populares e outras pautas desvinculadas das correntes mais tradicionais e hegemônicas da sociedade brasileira. Destas pautas que ficamos mais inclinados a reconhecer a publicação da PNPIC-SUS.

A etapa da pesquisa documental reconheceu a atualidade do tema das MAC/MT/PICs e apontou para o acontecimento da 15ª CNS, em dezembro de 2015, objeto de discussão do próximo capítulo. Os documentos orientadores dessa conferência indicaram que a discussão sobre o tema das PICs continuou presente nos debates, do nível municipal à etapa nacional, atualizando as discussões e as disputas em torno do ‘campo’. A presente pesquisa se voltou exclusivamente para a análise das propostas de conferências nacionais de saúde, porém, sabe-se que elas tem origem nas discussões e deliberações locais e municipais que foram aprovadas e relacionadas como propostas prioritárias pelas conferências estaduais de saúde.

CAPITULO III

A CONSTITUIÇÃO DO ESPAÇO DAS PICs NA 15ª CNS

3.1 A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 15ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília, entre os dias 01 e 04 de dezembro de 2015, com o tema: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro. A etapa final da 15ª CNS aglutinou o trabalho realizado em mais de 4.700 conferências municipais e estaduais com a participação de mais de um milhão de pessoas. Na etapa nacional, como as demais, os delegados foram distribuídos da seguinte forma: 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores do SUS e 25% entre gestores e prestadores de serviços. Segundo o manual do participante da 15ª CNS, para a etapa nacional eram esperados 3.260 delegados, 980 convidados e 98 participantes livres. Aos delegados caberia analisar e deliberar sobre 625 proposições advindas das conferências estaduais e distrital.

A conferência iniciou com o credenciamento dos participantes, a cerimônia de abertura e um ato simbólico, a Marcha em Defesa do SUS, que levou centenas de pessoas até a frente do Congresso Nacional. No dia primeiro foram previstas ainda a realização de onze atividades, denominadas autogestionadas, organizadas pelos próprios participantes para discutir e articular estratégias de atuação na etapa nacional. Na manhã do segundo dia, ocorreu a mesa de abertura da conferência, com o tema “Reformas Democráticas e Defesa do SUS”, seguida de seis amplas mesas de debates, chamados de Diálogos Temáticos. À tarde iniciaram os grupos de trabalho (GT) – quatro para cada eixo²³ – que tiveram por finalidade debater e votar as proposições encaminhadas pelas etapas estaduais, conforme definido no Regulamento da Etapa Nacional.

O Regimento da 15ª estabeleceu critérios para a aprovação das proposições nos GTs e na Plenária Final. Segundo matéria veiculada dia 04/12/2016, no site da 15ª CNS, 80% das proposições foram aprovadas definitivamente ainda nos GTs e 13% do total foram

²³ I - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; II - Participação e Controle Social; III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado; V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; VIII - Reformas Democráticas e Populares do Estado. O eixo VIII foi um eixo transversal a todos os demais eixos da conferência.

descartadas. Nesse sentido, apenas 7% restaram para apreciação da Plenária Final, a qual ocorreu ao longo de todo o dia 04 de dezembro e foi seguida pelo encerramento da 15ª CNS.

A comissão organizadora da conferência publicou e publicizou o Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª CNS, para apresentar e explicar o temário do evento, as expectativas quanto a sua realização da etapa nacional e algumas propostas encaminhadas pelo CNS.

O ambiente político-social em que acontecerão essas conferências é desafiador. O país enfrenta uma crise econômica e política que favorece propostas conservadoras e antidemocráticas, as quais colocam em risco os pilares do Estado de Direito e os avanços políticos e sociais das últimas décadas. O momento exige o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na defesa da democracia e da cidadania. (CNS, 2015, p.02)

Da organização do temário, foi apresentado o eixo 08 – Reformas Democráticas e Populares do Estado – como transversal aos demais eixos, por transpor a área da saúde e discutir entre outros assuntos as reformas políticas, tributárias e do poder judiciário.

Sabemos que o país ainda não alcançou o patamar de qualidade de vida desejável para toda sua população, muito menos foram superadas todas as questões sociais que historicamente deram origem e mantêm as mais diversas e diferentes formas de desigualdade, discriminação e injustiça social. Além disso, algumas das recentes conquistas encontram-se sob forte ameaça devido à crise econômica mundial, agravada por crises políticas. Essa conjuntura favorece a imposição de interesses externos com a intenção de manter a ordem hegemônica do capitalismo globalizado. (CNAs, 2015, p.05)

Por meio da nossa participação na etapa nacional tivemos acesso a matérias de entidades e de coletivos organizados sobre a conjuntura que aconteceu nessa conferência²⁴. O ano de 2015 foi marcado, como seus antecedentes, pela mobilização de vários segmentos organizados da sociedade civil através manifestações que expressaram diferentes posições sobre o ambiente político e institucional do país. Nas várias posições assumidas, destaca-se a desconfiança com relação à institucionalidade política, legitimidade e competência dos gestores públicos. De forma diferenciada, este ano será lembrado pela sua grande instabilidade política, com repercussões nos mais variados setores da sociedade, inclusive na política de saúde.

Em outubro de 2015 foi realizada uma ampla reforma política, integração de alguns ministérios e mudanças de ministros de estado. No tocante à política de saúde, a responsabilidade sobre o Ministério da Saúde deixou de ser de um representante do partido do

²⁴ Entre os materiais destacamos o material entregue aos delegados da conferência Em Defesa do SUS Universal e Igualitário, formado por um conjunto de textos de atores reconhecidos no SUS e organizado pela revista Le Monde Diplomatique Brasil, em parceria com o Governo Federal, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Organização Pan americana de Saúde (OPAS).

governo (PT) e passou a ser ocupado pelo principal partido da base aliada (PMDB). Este episódio gerou grande repercussão, inclusive com a manifestação de duas importantes entidades reconhecidas pela militância da reforma sanitária. Na nota “Dilma, preserve os interesses públicos na saúde! Saúde é política de Estado”, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) se manifestaram:

Repudiamos veementemente que a gestão do Ministério da Saúde seja exercida por grupos e gestores que nunca demonstraram compromisso efetivo com o SUS único, universal e que, ao contrário, compõe as forças cada vez mais hegemônicas da mercantilização do setor. Sempre defendemos e lutamos pelo direito universal à saúde a partir de um lugar central no projeto de desenvolvimento, assim como pelo caráter público e universal do SUS como Política de Estado e, para isso, o Ministério da Saúde tem papel estratégico nos governos na construção da justiça social, dos direitos sociais e da cidadania. É por isso que a Saúde não pode servir como moeda política tal como ocorre nesse momento em que estão em jogo a governabilidade de uma coalizão inviável historicamente, assim como as eleições municipais de 2016 (CEBES; ABRASCO, 2015).

A instabilidade política do ano de 2015 chegou ao ponto máximo com a abertura do processo que resultaria no Impeachment da presidente da República. No dia 02 de dezembro de 2015, a abertura desse processo foi autorizada pelo então presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha (PMDB), por suposta edição, no ano de 2015, de decretos de créditos suplementares sem a autorização do Congresso Nacional. Conforme pudemos observar na conferência, este fato gerou manifestações de apoio à presidente, possibilitando inclusive, sua participação na manhã do dia 04 de dezembro, quebrando o protocolo da conferência. Em meio à conferência surgiu a expressão “Saúde da Democracia!”, utilizada pela presidente para indicar que era preciso defender o país e também o Sistema Único de Saúde, de um golpe que começava a ser implementado. “Não vamos nos enganar, o que está em jogo agora são as escolhas políticas que nós fizemos nos últimos 13 anos. São 13 anos em favor da soberania do Brasil em defesa sistemática do povo brasileiro, do emprego da renda de oferta de serviços de qualidade”. (PORTAL BRASIL, 2015).

Resta-nos indicar que no contexto daquela conferência os desdobramentos e motivações da abertura do processo de impeachment não eram de todo conhecidos, as reações destoavam, alguns manifestavam indignação e preocupação com o processo, outros demonstravam indiferença e até certo mesmo incômodo com o conteúdo político-partidário, presente ao longo da 15ª CNS. Diante de um contexto político instável, a conferência seguiu posicionando-se sobre os grandes acontecimentos da política nacional. Em 2015, certamente o posicionamento mais contundente foi sobre a retomada da mobilização popular pela manutenção dos direitos constitucionais.

3.2 - AS PICS NA 15ª CNS

O capitalismo está aprofundando suas características, inclusive as piores. Mas, menos conhecido, existe esse outro mundo que está surgindo: uma reação dos cidadãos às coisas que funcionam mal. Fico feliz de ter o privilégio de conhecer esse mundo.

(Paul Singer, 2015)



FIGURA 3 – Vamos cuidar da 15ª Conferência Nacional de Saúde? Fonte: Por uma Nova Cultura de Saúde, publicação em dia 23/10/2015. <https://www.facebook.com/novaculturadesaude/?fref=ts>. Acesso em 29/04/2107.

Minayo (2010a) indicou que a inserção das teorias e instrumentos da Antropologia nas pesquisas de campo por pesquisadores das Ciências Sociais sugere um maior reconhecimento da dimensão cultural envolvida na relação saúde e doença. O desenho metodológico da presente pesquisa ratifica a posição ao inserir o pesquisador no ambiente de um encontro nacional para coletar dados e interagir com os participantes com vistas a ampliar conhecimentos sobre a presença e a dinâmica das PICs no interior de uma conferência, no caso, a 15ª. Assim, foi possível observar a organização e mobilização dos agentes no ‘calor da hora’, verificar a presença de resistências relativas à inserção das PICs na política pública, bem como reconhecer tensionamentos envolvendo sujeitos que militam pelas PICs no SUS. Essas observações devem ser fundamentadas por uma teoria e passar por revisões críticas do trabalho de campo e do material coletado, de forma que teoria e observação se articulem.

A produção de conhecimento na pesquisa qualitativa exige do pesquisador abertura, flexibilidades, capacidade de observação e interação com o objeto de pesquisa e seus atores, pois visa, sobretudo, conhecer o fenômeno estudado privilegiando a visão dos sujeitos. O olhar sensível sobre o tema e a exaustiva análise de relatórios de conferências favoreceram as

observações no evento. Sob esse prisma, foram identificados elementos que permitiram ao pesquisador ampliar a compreensão sobre a inserção das PICs na política de saúde.

Pode-se afirmar que as PICs se fizeram presentes na 15ª CNS desde o primeiro dia, por meio da organização dos diferentes agentes interessados no seu reconhecimento pelas políticas de saúde. Além disso, foi possível reconhecer a presença das PICs na etapa final da 15ª CNS, mesmo antes de sua realização, uma vez que a organização dos agentes já se dava em meses anteriores à sua realização. Em relação à conferência, destacou-se a atividade augestionada ‘Práticas Integrativas e Complementares do SUS’; a organização de um amplo espaço de oferta e discussão sobre as PICs chamado de Tenda dos Cuidados; e também as discussões e proposições apresentadas na conferência com o tema. Ao longo deste item serão apresentados de forma breve como registramos a presença das PICs nesses diferentes espaços.

O olhar sobre as PICs e os sujeitos que dela são agentes foi feito a partir de um referencial teórico que conhece o campo da saúde como um espaço de “relação de forças”, a partir do qual, os diferentes agentes interessados atuam para manter ou ampliar espaço e/ou para garantir reconhecimento de práticas na política de saúde. É um espaço dinâmico, por excelência, e no qual as posições não são permanentemente fixas, mas definidas “[...] umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e também por relações de ordem, como acima, abaixo e entre” (BOURDIEU, 2013, p.19). Nesse sentido, a abordagem dos agentes implicados no campo e a identificação das relações que eles estabelecem entre si são fundamentais para apreender tal interação no campo da saúde. Como Loyola (1984), no campo, é importante identificar posições de proximidade e distanciamento entre os agentes, isto é, a forma como ocorre sua distribuição e o volume de capital que acumula. Um agente não é necessariamente um sujeito, indivíduo, mas é aquele que representa uma posição no campo, seja uma prática, como a acupuntura, ou instituição – a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB).

O conjunto de informações coletadas por meio da etapa empírica levou o pesquisador para dentro do campo de disputa por espaços na política de saúde. Se a pesquisa documental apresentou resultados a partir das discussões sobre MAC/PICs, nesta etapa de pesquisa foi possível observar a dinâmica interna do processo de organização e articulação dos diferentes sujeitos diante do tema. Ao adentrar ao campo, pode-se reconhecer sujeitos implicados na conquista de espaço para as PICs nas políticas de saúde e com eles foi possível conhecer um pouco do espaço que vem se constituindo em torno das PICs. Observou-se estratégias utilizadas para avançar no campo, bem como resistências, embates e divergências entre agentes dispostos naquele espaço social que incidem numa inserção mais decisiva na política.

3.2.1 Atividade Autogestionada sobre PICs

A atividade Práticas Integrativas e Complementares do SUS foi prevista na programação da 15ª CNS para ocorrer às 10h00 do dia 01 de dezembro de 2015. Conforme indicado, ela seria organizada por representantes da Divisão de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS), Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITO) e ABFH (Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas). As 11h00, no local previsto para ocorrer a reunião, estavam reunidas seis pessoas aguardando o início das atividades. Segundo os presentes, não havia entre eles nenhum dos organizadores. O grupo estava disperso, alguns dos presentes demonstravam conhecer os organizadores, faziam menção a seus nomes, realizavam tentativas de mensagem e ligação telefônica, mas sem sucesso. Passados alguns instantes, outra pessoa chegou na sala e informou que não conseguiu encontrar nenhum dos organizadores.

O grupo demonstrava interesse em discutir o tema das PICs e na ausência dos organizadores passou a autogerir-se. Após a sugestão de que fosse passada uma lista de contatos entre os presentes, os sujeitos ali presentes começaram a se organizar em uma roda de conversa. Observou-se que os presentes não se conheciam. Era um grupo formado por profissionais de saúde, alguns deles atuavam diretamente com as PICs e outros manifestavam interesse em conhecer mais sobre elas. No primeiro momento, o grupo ouviu o relato de uma participante sobre a organização da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares do Conselho Nacional de Saúde (CEPIC-CNS). Em síntese, ela contextualizou como veio ocorrendo os trabalhos dessa comissão e afirmou como um importante ator no processo de sensibilização e de discussão sobre a inserção da pauta das PICs no interior do CNS.

Em meio à conversa, um dos participantes recebeu via mensagem no aparelho celular uma ampla relação de propostas que seriam discutidas sobre PICs em cada Eixo da 15ªCNS. Segundo o participante, a mensagem teria sido enviada em um grupo de 'WhatsApp'. A notícia despertou interesse nos demais participantes que logo passaram a realizar a leitura dessas propostas; nesse trabalho de discussão, os presentes indicaram a sala e o eixo de preferência em participar, demonstrando preocupação em ocupar o maior número de espaços da conferência e garantir a aprovação de todas as propostas. Em meio à leitura das propostas, alguns temas se destacaram e foram objetos de discussão entre eles. O primeiro foi a utilização do termo medicina alternativa para se referir às PICs. O grupo apresentou concordância sobre ser uma terminologia inadequada para tratar das práticas pois apenas oferece uma noção de alteridade e nada mais. Na discussão o grupo avançou no tema

apontando que há uma vertente interna no campo das PICs que adotou a expressão práticas integrativas em saúde (PIS), excluindo o termo complementar de seu nome, pois consideram que elas se apresentam para assumir uma identidade integrativa nos cuidados em saúde.

A discussão sobre a integralidade da atenção levou o grupo a discutir sobre o modelo de atenção assistencial praticado no país. Da discussão, afirmou-se a necessidade de superar o modelo que (hoje) está fortemente medicalizado, baseado na intervenção química e/ou cirúrgica e centralizado na figura do profissional de medicina. Segundo o que foi discutido naquela atividade, uma dificuldade está no fato de que a própria população reforça modelo. Diante desse obstáculo, surgiu o seguinte questionamento: “Como empoderar a população a buscar e lutar por novos cuidados em saúde?”. Dessa pergunta seguiram várias falas, das quais destacamos os seguintes temas: é preciso superar a centralidade do médico no modelo de atenção à saúde e a fragmentação da formação em saúde; é preciso atingir o usuário dos serviços de saúde e produzir novos sentidos a respeito do cuidado e do conceito de saúde; é preciso que as pessoas experienciem as PICs; A população empoderada de uma visão de saúde integrativa irá reconhecer as PICs e pressionar os gestores para sua implementação.

Ao final, o grupo voltou-se a discutir o fortalecimento das PICs e algumas ideias foram apresentadas. Dentre elas estão: articulação política, por meio da busca e sensibilização de deputados e outros políticos para a elaboração de normas; ampliação da participação nos espaços de controle social para uma efetiva fiscalização e monitoramento da implementação da política de PICs; construção de fluxos e intercâmbio de conhecimentos entre instituições de ensino superior, profissionais e serviços de saúde para oferta, divulgação e produção de conhecimento sobre PICs.

A observação e participação desse pesquisador na atividade autogestionada sobre PICs possibilitou entrar em contato com sujeitos de conhecimento e participação no campo das PICs. Por meio da observação e registro da discussão foi possível identificar cenários e temas relevantes para esses sujeitos. Ao final da reunião, dois participantes foram identificados como sujeitos para pesquisa e ambos aceitaram participar de uma entrevista que foi agendada conforme a disponibilidade de cada um deles. Através do diálogo com esses participantes foi possível conhecer o espaço das PICs na 15ª CNS, a Tenda dos Cuidados e encontrar outros sujeitos representativos do campo que vieram a participar da pesquisa.

3.2.2 A Tenda dos Cuidados - “o campo é isso”



FIGURA 4 – Espaço de convivência da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasil, Dezembro de 2015.
Fonte: Acervo pessoal do autor.

A Tenda dos Cuidados foi organizada na área externa da 15ª CNS e uniu diversos profissionais interessados em discutir, ampliar e fortalecer as PICs no SUS. No espaço de 50m² haviam divisórias, mesas e guichês para atendimentos individuais. A tenda 02 era menor e tinha livre acesso aos participantes, destinada a pequenas reuniões, atividades coletivas e exposição de materiais. A decoração era bastante colorida, havia um cartaz escrito Tai Chi Chuan, quadros com pinturas relacionadas à alimentação saudável, práticas corporais e a terapias orientais; a concepção de integração entre homem e natureza ficava bastante evidente nesta tenda. As seguintes entidades apoiaram a organização do espaço: o Ministério da Saúde (MS), a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), Naturologia no SUS, a Escola de Formação Auriculoterapia, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e a Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas Acupuntura (SOBRAFISA).

Na chegada ao espaço, todos os organizadores estavam envolvidos na organização do ambiente e da programação que seria apresentada nos três dias seguintes. Em meio a agitação do momento, um dos organizadores da Tenda comentou sobre os objetivos em disseminar informações sobre as PICs e fazer com que as pessoas conheçam e sintam seus benefícios na saúde. Observou-se que a Tenda dos Cuidados funcionou como uma exposição e oferta de práticas. O espaço foi formado por duas tendas amplas, localizadas uma ao lado da outra, em acessos diferentes. Na Tenda 01 eram realizados atendimentos em Aromaterapia, Naturologia, Reiki, Auriculoterapia, Massoterapia, Reflexologia e Termalismo. A entrada era controlada e os atendimentos eram realizados conforme os agendamentos. As pessoas aguardavam em fila, ao redor da tenda, observando a movimentação no interior do espaço. Observou-se que do primeiro ao último dia, esse espaço foi muito movimentado e conforme divulgado posteriormente, pelos organizadores, foram feitos, aproximadamente mil e quinhentos atendimentos.



FIGURA 5 – Tenda dos Cuidados na 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasil, Dezembro de 2015.
Fonte: Acervo pessoal do autor.

Como extensão da Tenda dos Cuidados, todos os dias pela manhã, a partir das 08h30, em frente ao centro de convenções, foi possível observar um grupo de pessoas realizando movimentos lentos, sincronizados e circulares. Eram práticas corporais, entre elas, o Tai Chi Chuan e a Dança Circular, oferecidas por praticantes locais, juntamente com servidores públicos do DF, gerentes de PIS. No início da prática de Dança Circular haviam sete ou oito pessoas e ao final dela, dobrava-se o número de participantes. Identificou-se que a coordenação da atividade de Dança Circular era um participante da conferência, portador de crachá de delegado. Havia outras pessoas acompanhando a prática, um senhor oriental de camiseta escrita Tai Chi Chuan, outro homem de origem oriental, um rapaz alto, com traços de estrangeiro, com roupas esportivas e outros participantes da conferência.

Além de observar a atividade, também nos inserimos nela. As músicas eram suaves e ao final, contava-se a história de cada uma delas. Por meio de uma explicação até mesmo poética, envolvendo temas como o passeio nos jardins imperiais, ou o conto do mestre e o aprendiz, o grupo era envolvido e aumentava sua interação. Oito movimentos, sincronizados entre todos os participantes, produzindo um efeito coletivo muito interessante. Constatamos que a atividade mobiliza recursos psíquicos como a memória e a cognição, e afetivos como a confiança e sensoriais como a audição e a visão. Ao final, a sensação era de bem estar, energia, vitalidade e alegria, o corpo todo estimulado, pés, órgãos internos, cabeça, mente.

Por fim, resta indicar que o coordenador da atividade era um médico, acupunturista e servidor público do Distrito Federal, ele estava acompanhado por outros colegas da Secretaria de Saúde e praticantes de Tai Chi Chuan residentes em Brasília. Foi assim que o quinto sujeito desta pesquisa foi identificado, reconhecido como um militante de longa data pela inserção de práticas integrativas de saúde no D.F, o qual vamos chamar de Chi, em referência à energia TChi ou energia vital, conceito fundamental para “[...] a medicina chinesa que determina a vida e todo o universo, conectando o homem ao cosmos” (FREIRE JR, 1993, p. 06). Ao final de um ciclo de danças, Chi agradece aos participantes e informa que será realizada a prática de Tai Chi Chuan e que terá como coordenador o seu colega do D.F., médico e responsável por essa PIS na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Ao se apresentar, convidou a todos os presentes para praticar Tai Chi, e explicou que é uma arte marcial transformada em atividade para o bem estar e saúde e disseminada em todo mundo. Após esse convite, explicou-nos que a base da prática são os elementos da natureza e de forma didática passou a ensinar os movimentos, que em pouco tempo já eram realizados pelos presentes. Ao final da atividade, a sensação era de agradecimento e também de alegria.



FIGURA 6 – Prática de Tai Chi Chuan no espaço externo da 15ª CNS. Brasil, Dezembro de 2015.
Fonte: Acervo pessoal do autor.

3.2.3 Proposições sobre PICs na 15ª CNS

No segundo capítulo desta dissertação foi apresentado a trajetória histórica de discussão sobre MAC/MT em conferências nacionais de saúde, de 1986 a 2011. No período ocorreram sete espatas e foram aprovadas quarenta e quatro propostas sobre o tema. Da análise realizada, destacou-se o processo de constituição da terminologia práticas integrativas e complementares e a diversidade de práticas que foram registradas ao longo do período, candidatas ao ingresso na política de saúde. As práticas de acupuntura, fitoterapia e homeopatia foram referendadas na maioria dos relatórios e contempladas na PNPIC-SUS. Algumas práticas surgiram em conferências, antes mesmo da constituição da política, e não foram contempladas, enquanto outras foram incluídas pela política mesmo não tendo sido objeto de deliberação. Ao final desse percurso histórico, chegou-se a dois núcleos temáticos: mudança no modelo assistencial, e organização da atenção à saúde. Os temas presentes nesses núcleos deram visibilidade para as duas tendências identificadas no conjunto de propostas aprovadas entre 1986 a 2011, respectivamente, como proposta de uma política contra-hegemônica, e como uma política que segue a lógica dos modelos hegemônicos.

A seguir, apresentamos dados gerais a respeito das discussões sobre o tema na 15ª CNS. Um acontecimento notável da 15ª CNS, para além de se constituir como um espaço para sensibilização dos diversos agentes presentes sobre o tema das PICs, é que nela foi registrado um grande número propostas relacionadas às MAC/PICs, indicadas como prioritárias por municípios e estados. Ao serem indicadas, essas propostas seguiram para discussões e deliberação na 15ª CNS. A robustez com que o tema foi tratado nessa conferência revitalizou as discussões sobre a inserção das MAC/MT na política de saúde, uma vez que nas últimas etapas de conferências havia-se identificado uma tendência de redução do número de propostas sobre o tema. Em maio de 2015, o CNS, por meio de um documento orientador aos debates das 15ª CNS, apresentou a seguinte proposição a ser encaminhada na conferência: “Avançar na implementação da PNPIC-SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e as práticas e saberes em saúde das populações tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde.”

Em novembro de 2015, a comissão organizadora da conferência apresentou o Relatório Estadual Consolidado, o qual reuniu a sistematização das propostas aprovadas e encaminhadas pelos 26 Estados, mais o DF, para serem discutidas e deliberadas na etapa nacional. Deste relatório constou, ao menos vinte e duas propostas sobre PICs distribuídas em

cinco dos oito eixos da conferência²⁵: I- Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade (05 proposições); III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde (02 proposições); IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado (02 proposições); V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde (03 proposições); e por fim; VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS (10 proposições). Uma análise mais pormenorizada dessas propostas deverá se realizar em outro trabalho, uma vez que o relatório final da 15ª CNS não foi apresentado até o momento, estando disponível apenas a Resolução nº 507, de 16 de março de 2016 - CNS²⁶. As deliberações sobre PICs nesta resolução constam no Apêndice B.

3.3 DESCOBERTAS COM OS SUJEITOS DE PESQUISA

A inserção do pesquisador no campo da 15ª CNS proporcionou inúmeras descobertas. As observações realizadas nos indicaram um movimento organizado envolvendo vários sujeitos individuais e coletivos visando à visibilidade e o fortalecimento das PICs nessa conferência. Pode-se reconhecer por meio do conjunto de propostas apreciadas na 15ª CNS que vários estados apresentam uma militância pelas PICs, capaz de incluí-las como temas prioritários para a política de saúde. A organização da Tenda de Cuidados se mostrou uma potente ação coletiva e interdisciplinar. Por fim, resta-nos expor e analisar o conteúdo da fala dos sujeitos participantes, a respeito da importância das conferências de saúde, da inserção das PICs na política de saúde, entre outros temas relacionados à dinâmica do campo da saúde.

Os sujeitos de pesquisa falaram sobre diversos assuntos, ajudaram a esclarecer algumas questões remanescentes da pesquisa documental, aprofundaram e esclareceram outras questões identificadas por meio das observações. Falaram sobre seu despertar e envolvimento com as PICs, discutiram a participação popular nas políticas de saúde e as contribuições das PICs para o SUS. Por fim, apresentaram sua percepção sobre os obstáculos e tensionamentos presentes na inserção das PICs no campo da saúde e as estratégias utilizadas para avançar. A identificação dos sujeitos ocorreu em meio às atividades da 15ª; na atividade autogestionada sobre PICs foram selecionados dois sujeitos; da prática de Tai Chi Chuan foi selecionado um sujeito, do acompanhamento da coleta de assinaturas para a moção de apoio às PICs, foram selecionados outros dois sujeitos. Apenas um sujeito foi selecionado anteriormente à conferência, por meio de uma página de rede social achegada ao tema. Dos

²⁵ Não se identificou proposições relativas às PICs nos seguintes eixos: II - Participação e Controle Social; VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; VIII - Reformas Democráticas e Populares do Estado.

²⁶ Publicou as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final.

seis sujeitos, três eram homens e três mulheres; cinco eram profissionais de saúde e um era estudante. A formação profissional variou entre Medicina (03), Fisioterapia (01), Naturologia (01), Enfermagem (01). Em relação ao tempo de atuação profissional, 50% deles atuam a mais de vinte anos; dois deles tinham em média cinco anos de atuação; e o Estudante que à época da conferência cursava o 5º ano.

De modo a preservar a identidade dos sujeitos e também de reconhecê-los por meio de uma característica singular, utilizou-se dos seguintes termos. O sujeito 01 será chamado de Natura, em referência à profissão Naturologia. O sujeito 02 será chamado de Prana, em referência ao conceito de energia vital, advindo das tradições orientais, especialmente do Yoga e Budismo. O sujeito 03 será chamado de Aqua, em referência ao estudo da utilização da água mineral natural com fins medicinais. O sujeito 04 será chamado de Chi, em referência à energia TChi, concepção que sustenta a compreensão da dinâmica vital na Medicina Tradicional Chinesa (MTC). O sujeito 5 será chamado de Cartesiano, conforme descreveu sua formação profissional, a qual foi parcialmente subvertida, com a assimilação da concepção integral corpo e mente presente na MTC. O sujeito 06 será chamado de Estudante, pelo simples fato de que é o único dos sujeitos que até aquele momento não havia concluído o curso de graduação, essa característica o diferencia de todos os demais sujeitos da pesquisa.

As falas dos sujeitos de pesquisa selecionados para participar da entrevista foram submetidos às técnicas de análise de conteúdo, conforme descrito na introdução desta dissertação, e resultaram em quatro categorias: 1) Quando se Cai de Cabeça nas PICs; 2) Sujeitos, PICs e Conferências de Saúde; 3) Espaço interno das PICs: aceitação, recusa e surpresas; 4) PICs no SUS: por uma nova cultura de saúde. Elas serão apresentadas a seguir.

3.3.1 Quando se Cai de Cabeça nas PICs

Por meio das técnicas de análise empregadas chegou-se a três aspectos relacionados ao interesse e envolvimento dos sujeitos com as PICs: 1) uma motivação pessoal que se apresenta do âmbito da experiência privada, individual de cada sujeito; 2) uma condição ambiental que desperta e mobiliza o sujeito em torno das MAC/MT; 3) um elemento que integra a experiência particular e a vivência ambiental, que promove um novo movimento e descola o sujeito em direção das MAC/PICs. Destacamos, também, três espaços de onde emergiram o interesse e a inserção no campo das PICs: formação profissional, experiência pessoal e a prática profissional.

Aqua é médica e construiu uma concepção integrativa de saúde à formação como profissional de saúde (fisioterapia e medicina). Ela iniciou sua formação profissional na década de 1970 e antes de cursar a faculdade de Medicina formou-se fisioterapeuta. Segundo relatou, na universidade havia um “[...] centro grande de hidroterapia, um dos maiores da América Latina, com professores que vinham de fora do Brasil”. Ali ela pode “[...] observar e participar de um trabalho da hidroterapia nos setores de ortopedia, neurologia e reumatologia, integrados à reabilitação”. O Estudante também relatou que despertou para as PICs em meio à formação acadêmica e a partir de uma vivência empírica como o tema:

[...] a gente acompanhou pacientes que vinham para tratamento para dor crônica que vinham há dois, três anos, que utilizavam medicação, que utilizavam de outras terapias e não obtinham resultados e que em alguns poucos meses com acupuntura tiveram sucesso na diminuição na dor da escala de dor, de nove pra três, pra dois (ESTUDANTE).

As diferenças tempo-espaciais foram consideradas quando se correlaciona a experiência de Aqua, na década de 1970 com a experiência de Estudante, vivida no contexto atual. Na primeira, a oportunidade de participar de um projeto multiprofissional, inovador e consistente na Universidade de São Paulo (USP), que uniu o termalismo social a diferentes áreas da medicina é considerada uma experiência exclusiva em nível nacional. Já no segundo caso, retrata um estudante do nordeste brasileiro, que teve a oportunidade de realizar estágio em uma UBS que oferta práticas integrativas e complementares, como a Acupuntura. A expansão da PNPIC, em diferentes estados e regiões do país tem tornado as experiências das pessoas com as PICs algo cotidiano.

Quanto à Aqua, além da oportunidade de conhecer o termalismo na década de 1970, ela se referiu a um elemento decisivo para a construção de uma prática médica integrativa: sua formação em fisioterapia: “Na medicina a gente tem contato mais rápido com o paciente, na fisioterapia você já tem mais tempo pra conhecer e ficar com ele, tem um contato mais abrangente, mais integral e você consegue fazer uma ação efetiva”. Aqua chamou atenção para uma dimensão ligada às PICs que mobiliza e organiza a vida de alguns desses profissionais, e também pela formação inicial interdisciplinar que possibilitou assimilar um conjunto variado de conhecimentos que permitiu reconhecer o valor terapêutico da Natureza.

Da experiência de Estudante, o elemento subjetivo mediador entre prática e conhecimento, se apresentou da seguinte forma:

Uma coisa que eu tive da minha orientadora que foi muito importante: nem tudo na vida é só o procedimento cirúrgico ou a medicação, às vezes a gente tem que lançar mão e se permitir conhecer novas tecnologias, novas práticas no intuito de pensar e oferecer o que é realmente efetivo para o paciente, as vezes até mesmo para acolher o próprio paciente (ESTUDANTE).

Do relato de Aqua, destaca-se que sua escolha profissional e as práticas interdisciplinares que entrou em contato tiveram um efeito integrador no despertar para um entendimento do paciente como um sujeito que deve ser olhado mais atentamente, mais demoradamente e, por consequência, com um olhar mais cauteloso para a utilização de um conjunto de recursos para sua melhora. De forma complementar, na fala do Estudante ficou exposta a importância do reconhecimento da pluralidade de práticas nos processos formativos em saúde. Da mesma forma, a valorização do intercâmbio de conhecimentos com a finalidade de atingir os melhores resultados para o paciente. Desses fragmentos apresentados, destaca-se ainda que o aspecto extraordinário da presença das PICs na década de 1970 é substituído por uma presença mais comum das PICs no cotidiano de muitos serviços de saúde nos anos 2000.

A seguir destacam-se duas as experiências de Natura e de Prana, associadas pela vivência pessoal de cada um deles.

Natura realizou sua formação em Naturologia no contexto da publicação da PNPIC-SUS e relatou a busca das PICs para “[...] ajudar as pessoas, buscar a melhoria na qualidade do atendimento e de meios que não fossem tão invasivos e não tivessem tantos efeitos colaterais, como os medicamentos”. Em seu relato, destacou os transtornos mentais leves como quadros de ansiedade e depressão, que “[...] seguem recebendo ações centradas na doença, na terapêutica medicamentosa e na ação médico-centrada, com evidentes consequências de heteronomia crônica para os sofrimentos existenciais e psíquicos”. (TESSER; SOUSA, 2012).

Prana é profissional de enfermagem e atua na área da saúde há mais de vinte e cinco anos, porém descobriu e passou a atuar com práticas integrativas, tal como Natura, após a publicação da PNPIC-SUS. Sobre sua motivação, afirmou que o encontro com as PIS se deu em meio ao adoecimento profissional e na busca por “[...] uma forma diferente de fazer o processo de trabalho e de atuar dentro desse mesmo processo de trabalho”. Prana atuava em cuidados paliativos junto a pacientes oncológicos, crianças e adultos com traumatismos medulares e doenças neurológicas. Ela resumiu sua experiência prática: “Na verdade foi um projeto piloto e fui convidada e como eu estava adoecida, também foi uma forma que eu tive de cuidar de mim”. Natura, por sua vez, foi despertado ainda fora do país e ao retornar ao Brasil descobriu o curso Naturologia Aplicada que “[...] juntava todas aquelas terapias e práticas que eu fiquei sabendo, juntava tudo em um e era um curso de graduação de 4 anos e meio” (NATURA).

A vivência do reconhecimento da inadequação da prática medicalizada sobre o adoecimento moderno identificam os relatos de Natura e Prana. Enquanto Natura fez sua

escolha profissional motivada pelo conjunto de conhecimento abrangido pelas MAC/PICs, Prana, em meio ao processo que denominou de adoecimento profissional, teve oportunidade de conhecer e participar de projetos com algumas dessas práticas realizadas no hospital em que trabalhava, entre elas, a prática da meditação. Da mesma forma que ocorreu entre Aqua e o Estudante, no relato desses dois sujeitos, a dimensão temporal se coloca a favor das PICs, isto é, a assimilação de uma abordagem integrativa ocorre tanto na inserção no campo, como o fez Natura, mas permite que sujeitos, diante do reconhecimento da inadequação do modelo biomédico, ressignifiquem e reconstruam sua prática profissional de anos.

Diferente dos relatos anteriores, Chi e Cartesiano se lançaram no campo da saúde com as MAC a partir de demandas encontradas na organização do trabalho formal. Chi acompanhou a redemocratização do país e o processo de implantação do SUS no DF; e Cartesiano, no fim dos anos 2000 atuava em um município de pequeno porte do estado de Santa Catarina. A experiência de Chi aconteceu no contexto emergente em que práticas de MAC/MT eram inseridas na rede pública de saúde do DF, a excepcionalidade do momento pode ser comparada à vivência de Aqua, com a Crenologia na década de 1970. A motivação pessoal de Chi se mostrou enraizada no processo de implementação de MAC/MT no DF:

Eu sou gerente de uma unidade de saúde do governo do Distrito Federal, criada em 1983, com um canteiro de plantas medicinais, quando o então diretor do hospital, contratou um raizeiro para cuidar do canteiro e atender as pessoas. Eu me formei em acupuntura em 1986 e passei um ano na China. Em 1987, eu voltei para o Brasil, fiz o concurso da Secretaria, e quando passei esse diretor, o Carlos Alberto de Camargo Campos, diretor da regional de Planaltina, me chamou para trabalhar nessa unidade que hoje é um centro de saúde, mas que na época era um canteiro de plantas medicinais e um ambulatório pra atender com a acupuntura. (CHI)

Conforme os relatos, inferiu-se que mesmo antes de ir à China, Chi já tinha inserção institucional nos espaços políticos de discussão sobre a inserção das MAC/MT, como a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) e o Instituto de Tecnologias Alternativas do Distrito Federal (ITA). Ao retornar, ele havia acumulado capital científico e político suficiente para uma inserção profícua no emergente campo das MAC no DF. Na experiência desse sujeito, a formação em MTC complementa a posição militante, tal como se reconhece dos militantes da saúde coletiva. Juntas a formação e a militância estão amalgamadas em seu relato histórico de vinte e cinco anos do processo de expansão de práticas e de espaços de MAC/MT no Distrito Federal.

Cartesiano é contemporâneo da PNPIC e, tal como Chi, é acupunturista. Seu despertar para as práticas integrativas se deu posteriormente à atuação na política de saúde, “[...] sempre fui muito racionalista e cartesiano, a minha formação foi basicamente técnica, voltada para a área clínica, não acreditava em praticamente nada que se referia a falar em energia”. A sua

motivação pessoal para com as PICs surgiu quando uma paciente, que tinha formação em Reiki, começou a estimulá-lo a procurar por essas práticas, “Conversei com alguns colegas que utilizavam e eles também me estimularam e a partir daí comecei a estudar”.

Novamente, como nos dois conjuntos de experiências antecedentes, a trajetória desses dois sujeitos apresenta elementos comuns, a qual identificamos como a experiência no campo profissional, porém ocorridas em condições temporais, espaciais e conjunturais diferentes.

A disposição de Chi e a sensibilização de Cartesiano para com as PICs encontram uma condição ambiental favorável ao tema das MAC/MT; no primeiro, a conjuntura e a excepcionalidade da inserção das MAC nos serviços de saúde do DF na década de 1980; no segundo, a PNPIC como “[...] uma política do MS de baixo custo, com evidências sobre resultados e que precisava ser implantada nos municípios” ganhou maior visibilidade para ele com “[...] uma política interna do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) de estimular os fisioterapeutas a se apoderarem também dessas práticas”.

Desses relatos, o elemento integrador que descolou o sujeito em direção das MAC/PICs se deu em meio a uma demanda, ou um chamamento da organização do trabalho para atuação com as práticas. No primeiro caso, o convite para atuar no incipiente projeto de MAC no DF e, no segundo caso, foi a visita do secretário de saúde de sua cidade em outro município: “lá [o secretário] ficou sabendo que tinha acupuntura e ao retornar ao município começou a perguntar como que poderíamos implementar também a acupuntura no serviço público. E aí então, por causa disso, passei a me interessar cada vez mais e caí de cabeça nas PICs.” (CARTESIANO).

3.3.2 Sujeitos, PICs e Conferências de Saúde

A conferência a gente confere! Aquilo vem sendo trabalhado? Vem sendo feito? [...]. Conferência é para isso, para analisar a política, verificar o que vem dando certo e procurar corrigir. Aquilo que dá certo se mantém, aquilo que ainda precisa corrigir que se façam as correções, mas pensando adiante no sentido de manter as conquistas que já foram feitas até então. A PNPIC tem hoje nove anos de existência, ela é relativamente nova, mas pode avançar muito e a construção de ideias, de propostas, que é o mote principal das conferências mostra que a gente tem muito avançar, nos dá direcionamento para que lado, para que direção que a gente tem que avançar. Essa é o grande propósito das conferências, a análise da situação atual e a perspectiva futura da implantação e implementação, nos casos específicos das PICs. (CARTESIANO)

O trecho destacado da fala de Cartesiano demonstrou que entre os sujeitos inseridos nas conferências para defender as PICs existem aqueles com conhecimentos teórico e práticos da política pública. Dos sujeitos da pesquisa, identificou-se trajetórias e níveis de conhecimento diferentes das instâncias de controle social. Natura, Aqua e o Estudante tem em comum o fato

de participarem pela primeira vez de uma conferência nacional. Prana, Chi e Cartesiano tem maior experiência de participação, estiveram presentes em ao menos duas conferências nacionais e o relato de todos trouxe contribuições para pensar o engajamento e a maturidade dos sujeitos que defendem as PICs em espaços políticos. Por exemplo, o relato de Chi confirmou a presença de um movimento organizado na 8ª para a introdução das MAC/MT, no sistema público de saúde.

Eu participei da 8ª CNS e foi um marco fundamental pra gente implantar as práticas no sistema público. Formou-se um grupo, que não era previsto, para discutir a introdução das práticas integrativas, da medicina alternativa, que englobava as práticas chinesa, homeopatia e outra coisas. Então teve um grupo significativo dentro da oitava que conseguiu se destacar e ter voz e demarcar a introdução dessas práticas dentro do sistema público (CHI).

Natura relatou que o tema das conferências e das PICs é enfatizado na graduação, por meio de uma disciplina em Saúde Pública. Aqua, por sua vez, tem maior trajetória com as MAC/MT, no entanto seu envolvimento na instâncias de participação e controle social é recente e se deu somente a partir do momento que assumiu a diretoria de uma associação nacional de PICs e passou a acompanhar as reuniões da CEPIC-SUS, do CNS. Já o Estudante milita na saúde coletiva e se simpatiza com as PICs, ele participou nas etapas municipal e estadual da 15ª CNS, inclusive, compondo a equipe da relatoria da etapa nacional.

Para Prana a discussão sobre saúde pública começa com a pauta do direito ao acesso à saúde “A saúde como direito. Embora o SUS seja universal, a gente não tem essa abrangência toda”. Ela participou de conferências nacionais de saúde, ainda na década de 1990, quando as ideias de inserção das MAC/MT começaram a se fortalecer nas conferências, no entanto, as discussões sobre o tema não foram objeto de seu interesse na época. Após ter se reposicionado no campo da saúde a partir das PIS, é a primeira etapa nacional de que ela participa. Cartesiano participa de forma efetiva nas instâncias de controle social, tanto a nível municipal, quanto estadual. Inclusive, no momento da entrevista informou que estava como presidente do conselho de saúde de seu município. Tanto Prana, como Cartesiano incorporam uma disposição para defender a saúde pública como um todo, em que a principal pauta envolve o direito ao acesso à saúde. Chi tem uma longa trajetória de participação nas conferências e tal como Prana e Cartesiano, ele também incorpora a visão ampliada de saúde no SUS. As trajetórias deles se encontraram no acontecimento das 15ª CNS, mas quais interesses, especificamente para com as PICs, tinham os sujeitos naquele fórum de discussões?

Para Cartesiano, “[...] nós viemos para que? Para acompanhar as propostas, fazer validar todas as que apresentem as práticas integrativas de forma multiprofissional, de forma

coletiva, de forma que elas fossem aprovadas” (CARTESIANO). Segundo Chi, a participação e aprovação de propostas em conferências de saúde é fundamental para o avanço das políticas de PICs. Em sua experiência no D.F, isso “[...] norteou nossa atuação para que fôssemos aceitos e inseridos dentro do sistema convencional, dentro do sistema de estrutura da secretaria”. Do conteúdo das duas falas acima, pode-se inferir que entre os interesses dos sujeitos estava a mobilização para inserir e legitimar a pauta das PICs no âmbito institucional.

Para Natura, “[...] as pessoas não sabem o que são as PICs, quais são, que profissionais podem atuar com elas, e que é de direito do povo ter acesso a esses profissionais. Então, é de suma importância se fazer conhecer, se fazer valorizar, ter voz, para que isso chame mais atenção”. Na mesma direção, Prana considera o acontecimento da 15ª CNS como um momento estratégico e sua importância está “[...] no fortalecimento das PIS (práticas integrativas em saúde), em dar visibilidade para as PIS e para a nova forma de cuidado dentro do SUS”. Os sujeitos reconheceram que ainda falta a população entender do que se está falando quando se refere às PICs: “[...] os gestores não conhecem, profissionais não conhecem, usuários não conhecem” (CARTESIANO). “As pessoas se perdem na terminologia” (NATURA). Na direção de garantir maior visibilidade para a política, é preciso esclarecer mais, simplificar e trazer as PICs para o cotidiano dos serviços e para o convívio com as pessoas, “[...] o plantio de vasinhos de plantas medicinais numa UBS é algo simples e a família pode passar a ter em casa e o médico a prescrever a planta” (CARTESIANO).

Os dois interesses mencionados acima foram observados pelo Estudante, quando reconheceu que a organização dos sujeitos interessados em avançar as PICs na política de saúde buscava aprovar propostas e ocupar espaços físicos, políticos e simbólicos: “[...] eu estou acompanhado as propostas aprovadas na relatoria [da conferência] e tem muita proposta defendendo [as PICs]. Vocês que trabalham com as práticas estão buscando defender esse ponto” (ESTUDANTE). Em outro momento ele afirmou:

Além das discussões, o próprio espaço [da 15ª CNS] está diferenciado. As pessoas que trabalham com as PICs, lutaram pelo espaço e está dando pra perceber uma visibilidade maior das ações na própria conferência, está em paralelo com a tenda Paulo Freire e com a própria conferência. Então assim, pra quem estava visitando era um espaço muito bom, de informação e de próprio conhecimento sobre as PICs (ESTUDANTE).

A análise dos dados indicou complementariedade na fala dos sujeitos quanto a relevância das conferências em aprovar propostas, direcionar e garantir legitimidade para uma maior inserção no SUS, assim como meio de promover informação e sensibilizar a população sobre o tema. Na perspectiva dos sujeitos há o entendimento de que a aprovação das propostas possibilita a legitimação de argumentos favoráveis à implementação das MAC/PICs; contudo,

isoladamente não garante seu avanço institucional. Para Cartesiano, além da aprovação das propostas na conferência é preciso “[...] fazer [trabalhos diversos] no pós-conferência”, isto é:

O acompanhamento dos conselhos de saúde, [...] os atores que acabam agindo para que essas práticas se transformem em propostas aprovadas, tem que colaborar e trabalhar junto com os conselhos, para fazer um trabalho direto, estimular as deliberações e a implementação das PICs no município, ou no estado (CARTESIANO).

Na perspectiva do controle social, os sujeitos reconheceram que a legitimação e efetivação das PICs na política de saúde depende da aprovação de propostas, mas também de outros fatores. Uma outra perspectiva relacionada é a de que as pessoas passam a conhecer mais sobre as práticas e, como foi o caso da 15ª CNS, possam ter boas experiências com elas. Essa é a ideia que inspira a organização da Tenda dos Cuidados. Em síntese, se a afirmação política nos relatórios finais de conferências é importante, acompanhar as discussões nos conselhos de saúde e promover as PICs ao possibilitar que as pessoas conheçam mais sobre elas, e sua aplicação para que sintam os benefícios na saúde é fundamental. Em termos teóricos, pode-se afirmar que o interesse em conferências se dá como espaço para ampliar capital político e social das PICs junto a diversos sujeitos que constroem o campo da saúde.

3.3.3 O espaço interno das PICs: aceitação, recusa e disputas.

Os conteúdos apresentados nas entrevistas ofereceram dados a respeito dos lugares ocupados pelos agentes que atuam para aprovar propostas relacionadas às PICs. A esses diferentes lugares denominamos ‘espaço interno’, espaço em que ocorre a articulação, organização e também onde se dão os conflitos e tensionamentos internos. A delimitação desse espaço teve função metodológica e permitiu reconhecer diferenças internas entre os agentes e diferenciá-los dos embates e obstáculos que surgem, a partir da sua inserção na política de saúde. Para ilustrar essa dinâmica, apresentamos um registro do diário de campo:

Ao acompanhar os preparativos iniciais para o funcionamento da Tenda dos Cuidados, conheci algumas profissionais de Naturologia, participantes da conferência e também voluntárias para atendimentos naquele espaço. Elas me informaram que estariam coletando assinaturas para aprovação de uma moção de apoio à PICs ao longo da 15ª CNS. No dia seguinte, próximo às 12:00, observei o início da coleta das assinaturas e solicitei autorização para acompanhar a atividade, que me foi concedida. Registra-se que, após realizar a leitura do seu texto, conferi a primeira assinatura na moção. Observei que a profissional estava vestindo jaleco branco e ao abordar as pessoas, ela fazia questão de informar sobre as práticas; algumas vezes as pessoas até lhe falavam de problemas de saúde, pediam dicas de cuidados. Devido a sua abordagem, uma assinatura demandava um bom tempo de dedicação. A moção estava tendo boa **aceitação**. Ao acompanhar a coleta passei a observar mais as pessoas da conferência e percebi que muitas delas haviam recebido aplicação de auriculoterapia, uma terapia que estava sendo oferecida na Tenda dos Cuidados. Em um outro momento, uma situação me chamou a atenção, um delegado

representando o segmento gestor se **recusou** a assinar a moção. Pude observar que, após ler o texto, ele fez a seguinte pergunta: Estas profissões estão regulamentadas? Há comprovação da eficácia dessas práticas? E ele mesmo respondeu: “Eu acho que não, sou de um tempo onde muitas práticas surgiram prometendo milagres e depois se comprovou que eram ineficazes, e em alguns casos, até nocivas”. Outra situação que se destacou foi o encontro com dois rapazes vestidos com camisetas estampadas o escrito Homeopatia no SUS. Tenho uma conversa com eles e menciono a moção que estava acompanhando e para minha surpresa eles afirmaram que não recomendam sua aprovação, pois o conteúdo tinha equívocos: uma das profissões não estava regulamentada e uma outra não se caracterizava como profissão, mas como uma prática, realizada multiprofissionalmente. Os rapazes me apresentaram uma outra moção, para a ampliação da PNPIC-SUS em seu caráter multiprofissional e a com garantia de orçamento próprio para a política. [Tratava-se de **disputas**].

O trecho acima foi registrado no diário de campo entre os dias 02 e 04 de dezembro de 2015 e é um registro literal das observações realizadas, suprimindo o nome dos sujeitos e práticas referidas, e de maiores detalhes registrados sobre os episódios. Dele devem ser extraídos os seguintes temas: a ação de agentes em prol da aprovação de proposta sobre PICs; os tensionamentos internos, relativos à diferentes posições em que os sujeitos que militam pela aprovação de propostas ocupam no campo da saúde; e as resistências externas para o reconhecimento das práticas. Esses três temas são discutidos nesse subitem. Primeiramente, discute-se a ação dos agentes e o que tem se caracterizado como o espaço interno das PICs no campo da saúde. A partir dele, pode ser apresentado e discutido os conteúdos que indicam para as relações estabelecidas no campo ampliado com a chegada das práticas na política, principalmente quando a embates e obstáculos organizacionais para um avanço mais efetivo.

Para se chegar ao ‘espaço interno’ das PICs foram consideradas as falas dos sujeitos de pesquisa e de outros presentes na conferência, com quem tivemos contato direto ou mesmo indireto. Os seguintes aspectos foram relacionados ao ‘espaço interno’: quem são os agentes e como percebem o espaço, que posição ocupam no “campo” e o que buscam nele. Desse conjunto de elementos pode-se inferir a respeito de habitus desse grupo.

Em relação aos agentes: São estudantes e profissionais de saúde de diversas formações²⁷, geralmente estão vinculados a serviços de atenção básica; são técnicos do DAB-MS; são conselheiros de saúde; são agentes comunitários de saúde; são gestores públicos e usuários de serviços; são pessoas das comunidades, ligados à cultura popular e que conhecem sobre tratamentos naturais; são sujeitos vinculados à entidades ligadas às PICs; estão em diferentes regiões e estados brasileiros. Como característica pessoal, são pessoas que insistem, perseveram e mantêm engajamento social; são sujeitos que militam por uma saúde pública de qualidade, compartilham da visão de saúde ampliada e reconhecem a cultura popular.

Em relação às percepções sobre o espaço: percebem como pequeno, incipiente,

²⁷ As profissões citadas: educação física, medicina, odontologia, fisioterapia, farmácia, enfermagem, naturologia.

dependente das mesmas pessoas que tentam discutir e levar a frente as pautas, há falta de confiança, críticas internas, intrigas e de resistências, tanto internas como externas. O espaço é percebido como um movimento transitório, às vezes avança outras vezes retrocede; e de forma geral, o espaço interno sofre influência e é dependente do interesse de gestor local. Todos os sujeitos se reconhecem com capacidade de fortalecer o espaço em seu cotidiano.

Que posições estes agentes ocupam? São homens e mulheres, na maioria jovens; servidores públicos e profissionais da rede conveniada; estão na atenção básica; no MS, na gestão de políticas públicas, iniciativa privada, conselhos e conferências de saúde, universidades, departamentos de Saúde Pública e de Saúde Coletiva, movimentos de educação popular em saúde, associações, CEPIC, conselhos de classe, espaços públicos e congressos.

O que estes agentes buscam? Levar as pessoas a conhecerem mais sobre as PICs; profissionais e gestores mais sensibilizados e capacitados na área das PICs; ocupar espaços de discussão, defender suas propostas; financiamento adequado; maior visibilidade para as PICs; implementar ações, promover saúde, ampliar sua presença institucional no SUS; aprimorar a legislação; reconhecimento e estímulo de conselhos profissionais para a formação em PICs; fortalecer associações profissionais e a produção científica; integrar a formação universitária, a comunidade e as práticas integrativas; regulamentação de práticas e profissões na PNPIC.

O amplo conjunto de percepções, posições e interesses acima não atingem os agentes presentes no ‘espaço interno’ da mesma forma. Pelo contrário. A diferenciação entre eles pode se dar por inúmeras características que não são permanentes, pois no campo a distribuição de capital varia de acordo com a posição em que eles conseguem ocupar em dado momento. Segundo Bourdieu (2004), a estrutura do campo é determinada pela distribuição do capital entre os agentes no espaço. Cada agente tem um volume de capital num dado momento e da mesma forma “[...] age sob a pressão da estrutura do espaço que se impõe a ele tanto mais brutalmente quanto seu peso relativo seja mais frágil” (BOURDIEU, 2004, p.22).

O apontamento teórico do sociólogo francês nos esclarece que as posições ocupadas pelos agentes no campo não são homogêneas e que essas posições ainda sofrem influências de estruturas organizadas e distribuídas no campo, em constante relação com outras estruturas. Por exemplo, segundo Cartesiano, dentro do jogo de forças existente numa conferência, é preciso fazer a defesa do segmento no qual se está inserido. Da mesma forma, é possível dentro de um mesmo segmento representar determinadas entidades. Então das posições que se ocupa “[...] tem que ver no total de propostas aquelas que têm relação com a profissão, em relação com as técnicas que a gente utiliza. Faz a defesa disso, faz o contraponto quanto tem uma outra proposta que venha a nos atingir de certa forma [...]” (CARTESIANO)

Proposição de Moção

Tipo de Moção: ☒ Apoio ☐ Repúdio ☐ Apoio ☐ Solidariedade
☐ Outro: _____

Destinatário/os: (a quem a moção é dirigida)
 CIT - Comissão Integradores Integrantes

Cargo da moção: (o fato ou condição que motiva a moção e seu conteúdo)
 Nós, abaixo-assinados, participantes da 15ª Conferência Nacional de Saúde realizada no período de 3ª a 04 de dezembro de 2013, em Brasília-DF, vimos:

MOÇÃO DE AMPLIAÇÃO DA OFERTA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS
 Considerando a Portaria nº 971/2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC; Considerando a Portaria nº 154/2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF; Considerando a portaria nº 853/2006 que identifica os procedimentos da PNPIC; e, considerando a gestão integrada do SUS e considerando o baixo custo sobre os recursos humanos;

Solicitamos à Comissão Integradores Integrantes - CIT, a contratação bem como a integração, no NASF, segundo necessidades e demandas locais, de:

(1) acupunturistas profissionais de nível superior, além dos médicos, visto que essa não é uma prática de exclusividade médica;
 (2) profissionais de nível superior cadastrados pelo CBO 2263 (Arteterapeutas, Equoterapeutas, Musicoterapeutas, e Naturólogos);

Essas ações, além de fortalecer efetivamente as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica, ampliarão o acesso da população às PIC's.

Nº de Assinaturas: _____ assinaturas.

Proponente(s): _____ Nome: _____
 (opcional) Nº de inscrição: _____
 Segmento que representa: _____
 Entidade que representa: _____

Moção de AMPLIAÇÃO DA OFERTA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

Considerando a Portaria nº 971/2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e a Portaria nº 154/2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, solicitamos ao Ministério da Saúde contratação, no NASF, segundo necessidades e demandas locais, de

(1) acupunturistas profissionais de nível superior, além dos médicos, visto que essa não é uma prática de exclusividade médica

(2) profissionais de nível superior cadastrados pela CBO 2263 (Arteterapeutas, Equoterapeutas, Musicoterapeutas, e Naturólogos).

Essas ações, além de fortalecer efetivamente as Práticas Integrativas na Atenção Básica, ampliarão o acesso da população às PIC's.

FIGURA 7 – Moção aprovada pela 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasil, Fonte: Acervo pessoal do autor.

Das diferentes posições a serem ocupadas, pode-se reconhecer duas com características capazes de maior aglutinação do espaço interno. A primeira delas é comum a todos os sujeitos, envolve o discurso para beneficiar a saúde coletiva, de ampliação do acesso aos serviços de saúde; e a partir dela se faz a defesa e o fortalecimento das PICs. A outra posição deriva das especificidades do lugar que cada agente ocupa no ‘espaço interno’ e também no campo da saúde; é a partir dessa posição que os agentes se diferenciam e assumem um caráter individual, quando não, corporativo. Essas posições não se excluem, mas se alternam em busca de um melhor posicionamento no campo.

Uma delas é o fortalecimento da política nacional e isso sem trazer para situações internas de profissões, mas para um pensamento coletivo. Eu quero fortalecer a política nacional, multiprofissional, interdisciplinar para que todos tenham acesso [...] Do outro lado, eu vejo um caminho que é seguido por alguns que é: eu quero levar minha profissão para o seio das PICs porque ela não está lá inserida ou ao contrário, eu quero incorporar, trazer determinadas práticas para dentro do seio da sua profissão. (CARTESIANO)

O reconhecimento desses dois movimentos no espaço interno das PICs não se faz de forma excludente, eles interagem entre si, convivem, mas também tensionam quando o objeto de disputa é comum e a posição ocupada pelos agentes é diferente. No relato apresentado no início desse subitem, Natura e Cartesiano divergiram quanto ao conteúdo da moção de apoio. Ambos são profissionais de saúde e defendem o fortalecimento da PNPIC; no entanto, o peso relativo de cada uma das profissões é diferente no campo da saúde, respectivamente, a Naturologia e a Fisioterapia. Natura se posiciona na luta pela aprovação do projeto de lei de

regulamentação de sua profissão e pela inserção dela no campo da saúde, ao passo que a profissão de Cartesiano já tem regulamentação, além de ter uma política interna do seu conselho profissional para que os fisioterapeutas se apropriem das PICs; destaca-se ainda que a CEPIC-SUS é presidida pelo representante do COFFITO no CNS. Da posição que Natura ocupa, ela não pode ser contratada para atuar no SUS, mesmo que em sua formação tenha importante noção sobre a saúde pública e também de PICs. Na sua percepção, o espaço interno das PICs é permeado por um jogo corporativo muito grande:

Os médicos defendem o lado deles e não querem que qualquer outro profissional atue nessa área. Os fisioterapeutas não querem que os terapeutas ocupem espaço na questão de massagem e acupuntura, aurículo, reflexologia qualquer outra prática. Eles são bastante resistentes e tem uma defesa corporativa muito grande. (NATURA)

Na fala de Natura, atualmente, as duas maiores forças no espaço interno derivam da medicina e da fisioterapia, a primeira hegemônica no campo da saúde e a segunda, como uma disciplina emergente. A tendência é que os tensionamentos se ampliem à partir dessas duas posições.

A medicina vai continuar tentando pegar para si a acupuntura, mas hoje todas as profissões que a reconhecem em nível de especialidade podem estar utilizando. Hoje é com a acupuntura, amanhã ou depois, pode ser com a homeopatia porque a fisioterapia, por exemplo, vai passar a prescrever a homeopatia (CARTESIANO).

Esses relatos ratificaram que o espaço interno é permeado por tensionamentos corporativos e que a multidisciplinaridade das PICs é um importante objeto de disputa e o ocorre desde o nascimento da PNPIC. Conforme registros em atas das reuniões do CNS (vide APÊNDICE D), a grande disputa envolvendo as PICs, até então, envolveu a multiprofissionalidade da prática da acupuntura. Segundo Cartesiano, “[...] por mais de vinte anos o médico, que alegava que ela [a acupuntura] era uma especialidade da medicina e não poderia ser utilizada por outros profissionais da área da saúde”. No entanto, após os debates realizados no conselho nacional de saúde, deliberou-se por uma política multidisciplinar, em detrimento da manutenção da hierarquia da medicina sobre as outras profissões, no que tange às PICs. Essa posição decidiu pela ampliação do espaço das PICs à outras categorias profissionais²⁸.

A partir da inserção das MAC/PICs na política de saúde pela via multidisciplinar “[...] há uma grande impulsão, elas foram impulsionadas cada vez mais no sentido de atrair as outras profissões da área da saúde” (CARTESIANO). Nesse sentido, como não há mais uma

²⁸ A PNPIC-SUS garantiu que a medicina e outras 06 categorias profissionais pudessem trabalhar no SUS com a acupuntura, todas aquelas que tivessem regulamentado a prática em seu conselho profissional.

única profissão que detêm o legítimo exercício de um determinada prática, o campo e as disputas nele estão abertas novamente.

A atuação de algumas entidades médicas ligadas MAC/PIS colaborou fortemente com a elaboração da política nacional entre os anos de 2003 e 2006. Este investimento feito na época não impediu que após as mudanças realizadas pelo CNS no texto final, as entidades médicas se distanciassem dos espaços institucionais de discussão após as mudanças realizadas no texto final.

O Colégio Médico de Acupuntura²⁹ “[...]compreende que a normativa seria um avanço se buscasse, de fato, possibilitar aos cidadãos maior acesso à especialidade médica, cujos benefícios à saúde são comprovados cientificamente”, porém, a política apresenta falhas e entre elas “[...] abrir a possibilidade de profissionais de saúde diversos (ou multiprofissionais) inseridos nos serviços ambulatoriais especializados a participarem do sistema de referência e contra-referência”. Ainda afirmou que “[...] a acupuntura é um procedimento terapêutico invasivo, podendo provocar riscos diretos (incluindo óbitos) e indiretos - decorrentes do uso sem um diagnóstico ou de um diagnóstico incorreto”. Portanto, “[...] deve ser exercida por profissionais com o devido treinamento e competência para diagnosticar doenças e tratar pacientes, ou seja, médicos”.

Seguindo a mesma posição, a Associação Médica Homeopática Brasileira³⁰ (AMHB) apresentou um comportamento curioso, pois em maio de 2006 ela se posicionou pela aprovação dos termos da PNPIC, mas em junho do mesmo ano, após o posicionamento de outras entidades da medicina, recuou do posicionamento inicial e foi contrária à política:

A Diretoria da AMHB, por unanimidade, assumindo para si a responsabilidade, neste difícil momento pelo qual passa a Homeopatia brasileira e, priorizando a conquista da prerrogativa de sermos uma especialidade médica, resolve oficialmente adotar posição conjunta com o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira, de forma contrária à citada Portaria.

Anteriormente, a AMHB havia afirmado que a portaria 971 do MS “[...] resguarda a qualificação e a habilitação necessárias aos profissionais de nível superior envolvidos nesta área, quais sejam os profissionais médicos e farmacêuticos, dentre outros que poderão vir a compor a equipe”. No entanto, a partir do momento em que a corporação médica, dada a

²⁹ CREMESP, 2006. Acompanhe Nota Oficial do CMA sobre Portaria que autoriza técnicas no SUS. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=NoticiasC&id=1164>. Acesso em: 22 abr. 2017.

³⁰ NEWS.MED.BR, 2006. Associação Médica Homeopática Brasileira se opõe às chamadas "práticas integrativas e complementares" no SUS. Disponível em: <http://www.news.med.br/p/saude/1329/associacao-medica-homeopatica-brasileira-se-opoe-as-chamadas-quot-praticas-integrativas-e-complementares-quot-no-sus.htm>. Acesso em: 22 abr. 2017.

desaprovação do texto final da política, assumiu a ofensiva contra a política como um todo, a pequena parcela de médicos homeopatas viu sua entidade acompanhar a posição dominante.

Como pode-se identificar, as disputas internas se mostraram intensas e estão na fronteira com embates mais amplos que envolvem a presença das MAC/MT no campo ampliado da saúde, no qual “Existem embates no sentido de profissão, de detenção do conhecimento, de ignorar o que são as práticas, de pensar que é uma coisa excludente, e não, pelo contrário, é uma coisa integrativa” (CHI).

Os sujeitos de pesquisa foram questionados sobre a existência de grupos opositores à inserção das práticas no SUS. E de forma a complementar à primeira questão, foi lhes perguntado se observam obstáculos ao maior avanço das práticas no seu cotidiano. As respostas trouxeram múltiplas facetas envolvendo essa questão como se “[...] tivesse alguma coisa por trás que a gente não entende muito bem” (PRANA); analisando melhor é como se as resistências à inserção das MAC/PICs estivessem pulverizados no “campo”. A análise desses conteúdos chegou a três dimensões por onde as resistências e obstáculos se apresentam: o plano corporativo, o plano científico e o plano econômico.

Seguindo a fala sujeitos dos sujeitos, o principal tensionamento no plano corporativo ocorre com a classe médica “[...] que é forte, que é hegemônica e que tem muito pouca inserção nas PIS, principalmente na formação” (PRANA). Observou-se que o tensionamento nesse plano se sobressai muito ao plano colaborativo presente nas estratégias de inserção das MAC no SUS. Após a aprovação da PNPIC, a categoria utilizou de algumas estratégias³¹, e seguiu emitindo notas recomendando o não cumprimento da portaria MS 971.

A posição que a Associação Médica Brasileira (AMB)³² assumiu demonstra que para além das disputas no ‘espaço interno das PICs’, a medicina tem restrições com a política de forma geral. A nota da AMB foi apresentada nos seguintes termos: “Portaria 971 traz riscos de colapso e de mortes de pacientes no SUS”. A nota afirmou que a política tem algumas irresponsabilidades, como a prática multidisciplinar da acupuntura. No entanto, diferente da nota apresentada pelo Colégio Médico de Acupuntura, que enfatizou o tema, a Associação Médica ampliou as críticas à política:

³¹ Segundo alguns interlocutores na 15ª CNS, desde 2006 há uma ação judicial, aberta pelo Colégio Médico de Acupuntura de São Paulo (CMAESP), contra a PNPIC-SU. Segundo eles, somente após o julgamento em última instância que seria possível uma revisão da política nacional.

³² CRM-PB, 2006. Nota da Associação Médica Brasileira. Portaria 971 traz riscos de colapso de mortes no SUS Disponível em http://www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21249:&catid=3>. Acesso em: 22 abr. 2017.

Simultaneamente, a normativa ministerial incentiva a utilização de práticas sem comprovação científica, o que na prática transforma pacientes em cobaias [...] os maiores prejudicados serão os brasileiros menos estruturados financeiramente, que certamente não terão como redirecionar recursos para buscar assistência médica fora do SUS, evitando a assistência sem a qualificação necessária e de alto risco. Caso a portaria 971 não venha a ser reformulada nestes e em outros aspectos, caberá ao Estado a responsabilidade direta por todas e quaisquer complicações que vierem a ocorrer [...].

A nota³³ da Federação das Entidades Médicas do Estado de São Paulo acompanhou a AMB e também afirmou que Portaria 971/06 MS ameaça à saúde da população porque:

Prevê que profissionais da saúde, não-médicos, possam diagnosticar, prescrever e realizar tratamentos em Acupuntura e Homeopatia, especialidades médicas reconhecidas que exigem conhecimentos e técnicas específicas. Introduz no SUS práticas sem nenhuma evidência científica ou valor terapêutico comprovado, a exemplo do “termalismo social/crenoterapia” e de plantas medicinais. Privilegia tratamentos que, sem diagnóstico prévio seguro, podem retardar a assistência correta e colocar em risco os pacientes diante da possibilidade de evolução da doença. Alertamos os médicos que a prática de “terapias” não aprovadas pela comunidade médica e científica caracteriza infração ética no exercício profissional da Medicina.

Em sua nota, a Federação Médica do Estado de Saúde de São Paulo, ainda fez a seguinte advertência: “Ressaltamos que a prática de atos médicos por pessoas não habilitadas configura exercício ilegal da Medicina e pode representar sérios riscos à saúde e à vida da população”. Tal como no 'espaço interno das PICs', a disputa com a categoria médica no campo ampliado da saúde se dá pela detenção de práticas. Ao sair da disputa interna, a partir do momento em que não manteve sua hegemonia, a classe médica e sua estrutura corporativa, mostraram-se capazes de mobilizar amplamente a categoria em torno da oposição a toda as dimensões da política de MAC/PICs. E a partir de então, foi possível reconhecer sua posição quanto aos outros sistemas e práticas, que se encontram mais distantes dos seus domínios.

Como pode-se observar, da defesa do plano corporativo, surge um outro tipo de resistência, construído a partir de um discurso mais elaborado e sofisticado, o discurso científico. A argumentação por meio de lógicas científicas “[...] podem sempre disfarçar as censuras sociais em censuras científicas e vestir de razões científicas os abusos de poderes social específico” (BOURDIEU, 2004, p. 34).

O relato destacado no início desse item, apresentou o episódio em que um médico, delegado do segmento gestor, se recusou a assinar a moção de apoio relacionada a inserção de novas práticas e praticantes no SUS. Em seus argumentos, não foi nem por conta da multiprofissionalidade da acupuntura que a moção continha, mas se deu na direção de apontar

³³ CREMESP, 2006. Nota Oficial das Entidades Médicas faz sérios alertas sobre a Port. MS nº 971. Disponível em: <https://cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=1167>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

para a falta de regulamentação das profissões e a questão científica das práticas propostas. Dessa posição, a questão da acupuntura se torna secundária e a preocupação se volta às práticas exotéricas, desconhecidas do espaço que ocupa. E pelo desconhecimento, forma-se preconceitos: “É aquela coisa do tipo medo do diferente, as vezes reprova, fala mal, mas fala pelo que você escutou, aquele conhecimento raso e sem saber o quão profundo aquilo pode ser ou quanto aquilo pode ser importante ou efetivo” (ESTUDANTE).

No plano científico, as resistências ao reconhecimento e aceitação das PICs no SUS, se apresentam desde o ambiente científico até o ambiente prático da execução dos serviços. Conforme vimos na discussão teórica, o reconhecimento nesse plano é importante para legitimar uma prática. Segundo Prana, “[...] algumas práticas que avançaram muito na questão científica e foram absorvidas com facilidade, outras não, como a homeopatia, com quem ainda existe um embate forte, uma força contrária a ela”. No plano científico, as resistências se apresentam fortemente por meio do discurso da prática baseada em evidência: “[...] eu vejo a resistência de quem fala muito que se não tem evidência não pode ser utilizada. E alguns que defendem essa questão da falta de evidência, eles dizem se não tem evidência, o Ministério da Saúde não tem que investir na oferta” (CARTESIANO).

Pode-se verificar empiricamente a apresentação de tal argumento, em meio às discussões na 15ª CNS³⁴. A proposta era:

Garantir a implementação e efetivação de Parques Industriais e de inovações tecnológicas nos municípios, estados, DF e União como polos de formação e capacitação profissional e infraestrutura, com ênfase na tecnologia de produção e informação, órteses e próteses e assistência farmacêutica, inclusive fitoterápica, homeopática e antroposófica, com viabilização de recursos estatais.

Diante da apresentação da proposta, um delegado fez um destaque na proposta, isto é, se inscreveu para debater os termos apresentados pela proposta. Na fala do participante, o termo Homeopatia deveria ser retirado da proposta. Segundo ele, estudos de 15 mil casos demonstraram que ela não é eficaz, e por isso não seria recomendado gastar-se dinheiro público com ela. Sua fala gerou vaias entre os delegados do grupo de trabalho e sua proposta foi rejeitada, aprovando-se a proposta original. Ao discutir o reconhecimento das MAC/PICs, o Estudante considerou que “[...] falta a galera saber um pouco mais e conhecer um pouco mais [sobre as práticas]. Há comprovação científica, tem estudos e não é uma coisa aleatória.”

³⁴ A participação do pesquisador ao longo da 15ª CNS permitiu acompanhar os grupos de trabalho (GT), que tiveram como função, analisar e votar as propostas encaminhadas pelas etapas estaduais para compor o relatório final. Os GT estavam vinculados aos eixos temáticos da conferências. Este pesquisador participou de um GT do eixo Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS, pois nele haviam maior número de propostas relativas às MAC.

A OMS, na proposta de avançar nas políticas de MAC/MT, indicou a necessidade de construir critérios de validade das MAC/MT de forma a permitir um demonstrativo da segurança e eficácia na sua utilização. E da mesma forma recomendou que a avaliação de eficácia não fosse simplesmente submetida aos critérios da racionalidade científica moderna, pois as MAC/MT apresentam uma abordagem holística (WHO, 2000). Cartesiano reconheceu importante a influência biomédica em sua formação, mas incorporou a diversidade epistemológica na sua concepção de ciência. Por exemplo, diante dos argumentos que defendem a exclusão de práticas devido à falta de evidências científicas, ele tem posicionamento contrário, “[...] eu acho que não precisa deixar de ser ofertado, até por conta do baixo custo que as PICs tem, elas não vem para substituir nenhum tratamento, mas para complementação deles”. Para este sujeito, geralmente as pesquisas de eficácia na área da saúde realizam controle de variáveis e buscam em dados quantitativos para comprovação dos resultados, métodos que nem sempre são suficientes para o estudo das PICs. Ao reconhecer que existem resultados de pesquisas que discordam com a comprovação empírica das práticas, ele afirma que “Hoje a pesquisa mostrou baixa evidência. Eu não sei se ela pode ser refeita, aumentando a amostra ou modificando algum critério de realização do trabalho; que amanhã esse resultado, que hoje não parece interessante, possa mudar.” (CARTESIANO).

O terceiro plano, em que os sujeitos de pesquisa identificaram resistências à inserção das MAC/MT na política de saúde, foi o plano econômico. O reconhecimento desse plano se deu a partir que indicaram para obstáculos presentes quando do momento em que as PICs contribuem para a melhoria da saúde dos usuários e reduzem a utilização de tecnologias duras ou leve-duras. Outro aspecto envolvido na questão econômica envolve disponibilizar para os usuário do SUS, de prática que eram ofertadas até então, apenas no setor privado, a um valor alto para a maioria da população, como a acupuntura. O valor cobrado na iniciativa privada não reflete o custo da sua aplicação no SUS, mas se dá muito mais na questão do acesso: “trazer algo do privado, que é caro, é porque o cidadão tem direito a um atendimento de qualidade e eu vejo isso como uma transformação social muito importante” (CARTESIANO).

O custo-benefício da utilização das PICs no SUS foi mencionado em três momentos: como meio de superar as notórias reclamações sobre “[...] os grandes gastos e investimentos que se tem na saúde em todos os níveis de complexidade e níveis de atenção” (Estudante). Segundo Natura [...] com toda essa crise que estamos passando, falta verba para atendimento, para medicamento, esses profissionais podem auxiliar a desafogar os postos de saúde”. A questão orçamentária é um debate conhecido na política de saúde, de modo que ele acompanhou todas as conferências na história do SUS, em busca da ampliação do orçamento

público para a saúde, e teve a campanha saúde + 10 como um símbolo. Em 2012, o orçamento do MS foi de R\$ 72,110,00 bilhões, dos quais R\$ 50.477,00 bilhões foram direcionados para o tratamento de doenças crônicas (CEBES, 2012).

Na fala dos sujeitos, a inserção das MAC/PICs na política de saúde favorece orçamento, “[...] ao colocar o sujeito para utilizar suas potencialidades, fortalecer suas potencialidades, ele obviamente muitas vezes vai diminuir o consumo de determinados medicamentos ou de determinadas tecnologias que ele não vai precisar, que depende de dinheiro” (PRANA). No entanto, na experiência de Aqua, a melhora dos pacientes não significa sucesso da política de saúde: “Os hipertensos e diabéticos estavam todos controlados, eles não vinham mais a cada três meses, vinham a cada seis ou a cada ano e isso começou a diminuir o número de consultas e a sobrar vagas [...]”. Na sequência do relato de Aqua, a redução do número de atendimentos a pacientes crônicos na UBS, por efeito de sua melhora, gerou conflitos com a gestão da política de saúde. Segundo ela, a redução de atendimentos impacta no repasse de recursos federais, utilizados para a manutenção da UBS e do programa saúde da família.

Prana reconheceu as resistências no plano corporativo e no plano científico, porém considera os embates no plano econômico um dos mais difíceis de superar, pois “[...] aí vem o embate com a indústria farmacêutica”.

A gente tem muita dificuldade pra montar farmácias homeopáticas. Aqui [no DF] tem a farmácia viva e fitoterápicos em uma escala maior porque a homeopatia tem que mandar manipular numa farmácia fora, não tem na secretaria de estado e por que não tem? Poderia ter, tem laboratório, a universidade tem um laboratório maravilhoso que está aberto para ocupar, mas não faz convênio. Tem alguma coisa por traz que a gente não entende. (PRANA)

De forma complementar a esta percepção, Aqua, afirmou que a principal oposição às PICs é o próprio modelo de assistência praticado no país, que tem um critério baseado mais na quantidade de atendimentos do que na sua qualidade: “Eu acho que não é um grupo que faz oposição às PICs, eu acho que é o modelo de saúde programado, focado na produção e não na qualidade do atendimento que acaba com a intenção de fazer PICs”.

A própria Secretaria se opõe, o próprio gestor se opõe se ele não é sensibilizado, porque ele quer produção e se você não produz, ele é chamado atenção da secretaria municipal, da estadual e da federal que não repassa verba para o programa. O próprio modelo de saúde como está, corta as PICs, porque o gestor prefere muito mais que você atenda do jeito que for, mas que você produza. (AQUA)

A dificuldade financeira obstaculariza que a política tenha sustentação na organização da gestão pública. Os embates no plano econômico refletem dificuldades à efetivação de

determinados aspectos das PICs na política de saúde. Primeiramente, é a ausência de um financiamento próprio para a política (S.1,2,3,4), que desprestigiada frente as tecnologias leve-duras e duras precisa recorrer ao entendimento e sensibilização do gestor público (S. 2, 3, 4, 5). Nesse sentido, os profissionais avaliam que a PNPIC tem avanços transitórios, que ocorrem em alguns momentos e se retrai em outros (S. 2, 3, 4). Da mesma forma, reconhecem que os atendimentos em PICs acabam por ocorrerem em espaços improvisados, emprestados e que podem ser desativados diante de um entendimento de que ele não é necessário (S. 3, 4).

No conjunto de falas dos sujeitos, pode-se reconhecer que os embates se apresentam em diferentes planos, seja ele corporativo, seja científico ou seja econômico e acabam por obstacularizar o desenvolvimento das PNPIC no interior do SUS. A partir da análise realizado foi possível inferir que os embates identificados não se apresentam isoladamente, mas são partes de uma estrutura social bastante organizada e que dá sustentação ao modelo vigente.

Apesar de todas as dificuldades, há uma visão otimista dos sujeitos da pesquisa sobre o campo, que mesmo com o reconhecimento das resistências e obstáculos, “[...] a gente foi rompendo barreiras, cada vez mais pra implementação das práticas, a coisa foi gradativa, mas a gente foi encontrando resistências e encontra ainda” (CHI). Para aqueles sujeitos que viram a organização das PICs no cotidiano de sua prática, a questão do empoderamento popular retornou na fala dos sujeitos. “Uma coisa fundamental foi a participação popular, daquelas pessoas que iam participar das práticas.” (CHI); “Acho que a maior resistência [aos obstáculos] e o maior fortalecimento que a gente tem é a comunidade” (PRANA). Segundo Aqua, [...] o usuário não está inerte, quando ele conhece e começa a ter contato com a práticas ele que usufruir, ele quer ter esse direito; “[...] quando fecha um polo de atenção [de PIS], a comunidade se manifesta” (PRANA). “Quando as pessoas conhecem, quando a gente consegue alcançar, elas ficam admiradas, querem conhecer mais e querem mais” (NATURA). A fim de fortalecer e construir um “espaço interno” mais efetivo para avançar nas pautas das PICs, os sujeitos reconheceram a participação e a valorização dos usuários do SUS.

3.3.4 As PICs no SUS: por uma nova cultura de saúde

Um pequeno artigo com o título “Uma Nova Cultura de Saúde” trouxe, em seu título, um vislumbre para aqueles que anseiam pela transformação das relações envolvendo sujeitos, práticas e instituições no campo da saúde (CEBES, 2012). O texto introdutório indicou que o Brasil tem 500 mil novos casos de câncer a cada ano e que cerca de 70% dos gastos com atendimento e tratamento do SUS são direcionados para doenças crônicas, incluindo o câncer.

Diante dessa constatação que a cada ano mais pessoas passam a adoecer, o artigo afirma a oportunidade de uma nova cultura de saúde para superar a insuficiência financeira do sistema de saúde. A discussão que seguiu esta introdução, sugeriu a criação de incentivos filantrópicos para empresas ajudarem o estado com contribuições dirigidas para programas de pesquisa e assistências aos pacientes de câncer. O exemplo citado expõe a dificuldade de se vislumbrar a construção de um modelo de saúde que seja resolutivo e sustentável

De forma diferente ao artigo vinculado no portal do CEBES, o conteúdo que emergiu da análise de dados desta pesquisa indicou uma outra concepção para o que foi chamado de Uma Nova Cultura de Saúde. Esse conteúdo surgiu para a pesquisa na fala dos sujeitos sobre as contribuições que as PICs tem apresentado no resultado do trabalho que vem desenvolvendo. Na página da rede social Facebook, Por Uma Nova Cultura de Saúde, surgiu um primeiro deslumbre do que viria a se apresentar no conjunto de falas dos sujeitos de pesquisa e a se confirmar por meio das observações realizadas enquanto participante da 15ª CNS. Segundo ela, para uma nova concepção sobre saúde, enquanto prática e conceito disposto na Cultura é preciso focalizar os investimentos da vida sobre a promoção e manutenção da saúde. Nessa direção, o termo saúde se coloca numa posição de inteiração social, da possibilidade de vir a fazer trocas simbólicas, inserir processos intuitivos e mais sensíveis na sua relação com o mundo. Discute-se então sobre as possibilidades de vir a surgir, a partir de um modelo de atenção à saúde plural, mais dinâmico e interativo, uma nova Cultura de Saúde. Seguindo uma forma de inteiração consigo e com o meio que favoreça os modos de viver saudável. Considera-se que até se harmoniza com a proposta de um sistema de saúde equilibrado, eficiente e organizado de forma abrangente, universal e sustentável como foi o desejo que se teve para o SUS no seu início.

Está ideias começaram a se apresentar na conferência, logo no primeiro dia. Antes do início dos atendimento na Tenda dos Cuidados, um dos organizadores mencionou as PICs como uma importante estratégia de transformação do modelo de cuidado em saúde. Ele era um técnico do Ministério da Saúde, ligados à PNPIC e na sua fala demonstrou acreditar na sintonia que existe entre as PICs e o movimento sanitário. Sérgio Arouca havia dito em entrevista concedida ao Parquim 21 (2002), que o modelo de cuidado não havia sido assimilado pelo SUS, e essa fala foi reproduzida por aquele interlocutor. Falava ainda sobre a importância do acolhimento e a humanização dos serviços de saúde.

O registro acima consta no diário de campo utilizado na 15ª CNS e na sequência passamos a apresentar os resultados da pesquisa quanto aos conteúdos organizados pela falas dos sujeitos a respeito da valorização das MAC e das contribuições para o SUS.

Todos os sujeitos forneceram dados para se pensar as contribuições das PICs: o custo-benefício para um sistema que está sempre com déficit orçamentário (S. 1, 2, 5, 6); a ampliação do acesso aos serviços de saúde (S. 2, 5); a contribuição para maior resolutividade em doenças crônicas (S. 3, 4, 5, 6); a promoção de novas sociabilidades e de diferentes formas de subjetivação (S. 3, 4); satisfação profissional (S. 2, 3, 4), desmedicalização (S.1, 2, 3, 4, 5).

Desse conjunto de benefícios, as PICs expressam o “[...] atendimento humanizado e acolhedor, de ouvir mais, prestar mais atenção à pessoa que está ali na sua frente” (Natura); “como cuidado integral do ser humano” (Aqua); “que atinge resolutividade junto a quadros de saúde crônicos” (S. 3, 4, 5, 6); que reduz a demanda e permite programar outras ações em saúde, em face da estabilização ou melhora nos quadros (Aqua); como uma tecnologia potencial para reduzir a medicalização (S. 1, 3, 5); que contribui na melhoria da saúde e satisfação dos profissionais que atuam com elas (S. 2, 3, 4); que promovem novas sociabilidades, rompem com comportamentos e formas de pensamento que reforçam a condição de adoecimento (S. 3,4).

Nas palavras dos sujeitos, as PICs expressam “[...] uma tecnologia que instrumentaliza a promoção e que fortalece a saúde e o cuidado”; a partir de “[...] uma outra forma de cuidar” (PRANA); que leva a “[...] um modelo de cuidado em que as pessoas ficam saudáveis” (AQUA). As características articuladas delinearam uma categoria analítica, a qual se chamou de um Novo Modelo de Cuidado empenhado em promover e manter as pessoas saudáveis. Para atuar no Novo Modelo de Cuidado é necessário superar o modelo centrado na doença e nos processos que levam a heteronomia e ao compromisso hoje estabelecido, mesmo que implicitamente, que os serviços existam apenas para o atendimento de pessoas adoecidas.

Da análise da fala dos sujeitos, a operacionalização de um novo modelo de cuidado envolve a assimilação de outras práticas terapêuticas no cotidiano dos serviços de saúde. Essa etapa ocorre quando a política de saúde amplia suas ferramentas para resolver os problemas de saúde da população. Para Aqua, as PICs tem um potencial muito grande para o cuidado, pois são intervenções que vão além da prescrição e intervenção médica e superam os procedimentos utilizados na clínica tradicional; elas promovem efeitos terapêuticos que estimulam os mecanismos de cura do organismo, oferecendo um maior equilíbrio. Segundo Cartesiano, quando elas são inseridas na atenção básica à saúde:

“[...] a gente pode estar resolvendo grande parte dos problemas do paciente, além de auxiliar quando dos encaminhamentos para consultas especializadas. Como as PICs tem caráter integrativo e complementar ela pode ser utilizada concomitante aos outros tratamentos que foram propostos ao paciente. (CARTESIANO).

O Novo Modelo de Cuidado avança no fato de que tanto os usuários do sistema como os profissionais que atuam nele são beneficiados com a nova organização e dinâmica dos serviços. Entende-se que a construção dessa etapa de trabalho é um processo de transição que envolve a rediscussão sobre o que é saúde, o que é doença e que se reflete na dinâmica do trabalho prescrito. A inserção das PICs no ambiente institucional estimula os processos de recuperação e promoção de saúde, ao mesmo tempo em que combate a medicalização.

O relato de Aqua expõe um processo a ser implementado desde o momento que se integra na equipe:

[...] gente, em um mês, eu não quero que marque uma consulta, eu vou atender os profissionais da minha equipe [...] eu começava com o cuidado com eles, com os profissionais de saúde. Aí, eu ia visitar a comunidade, eu falava: eu quero tempo pra visitar a comunidade, eu não vou começar a atender aqui como vocês querem. E aí, eu ia na comunidade, ia nas casas deles, nos espaços comunitários, reconhecia o território. E eu falava assim: o meu modelo é assim, vocês não estranhem que eu posso prescrever água. Eu estava preparando para começar o meu trabalho. (AQUA)

No modelo de cuidado que emerge do conteúdo da fala dos sujeitos, a chegada de um profissional de saúde, seja médico ou profissional de outra especificidade é seguida pelo processo de conhecimento, planejamento e de construção de um ambiente institucional condizente com sua proposta. Logo, faz-se um tensionamento com o modelo assistencial vigente, uma vez que o modelo vigente na maior parte do cotidiano dos serviços de saúde do país limita tal processo e exige atendimentos em números e não em qualidade. Do modo como emergiu a categoria 'Mudança no Modelo Assistencial' na pesquisa documental, entende-se que o relato de Aqua se apresenta como prática que retrata a ambição contra-hegemônica que emerge da face mais crítica da PNPIC-SUS. Avançar nesta investigação é necessário, porém, aqui, ela extrapolaria os objetivos dessa dissertação.

Na identificação do Novo Modelo de Cuidado, a fala dos sujeitos indicou o que a atuação das PICs em espaços institucionais pode contribuir efetivamente para a transformação das redes de atenção somente se ela chegar a contagiar equipes e usuários dos serviços. Destaca-se um trecho do relato de Chi, quando aborda o trabalho com PICs na atenção básica e apresenta a transformação do ambiente institucional e do lugar que o usuário ocupa ao despertar para essa nova forma de cuidado.

Uma das coisas é que há uma satisfação dos servidores em trabalhar com as práticas, em trabalhar com a saúde, com a promoção da saúde e não com a doença e não com o individualismo, mas sim, uma satisfação profissional de estar fazendo um movimento voltado para a saúde. Outra coisa é que as pessoas melhoram a saúde, os facilitadores melhoram. Há vários relatos: “eu tinha dor na coluna, eu tinha ansiedade, eu era deprimido, eu não trabalhava mais, eu estava afastado e quando eu encontrei com as PIS eu melhorei”. E quanto à população também, porque a população deixa de estar numa fila de pronto-socorro e passa a estar em um grupo de automassagem, sorrindo, respirando, conhecendo, trocando ideias (CHI).

A situação retratada acima expõe a possibilidade de um modelo de saúde que inclua uma diversidade de sujeito e de saberes envolvidos na construção de estratégias terapêuticas, a partir de tecnologias leves, de acolhimento, escuta para o desenvolvimento de projetos terapêuticos inovadores. Insere-se nas práticas de cuidado, a sociabilidade. Seja por meio das relações sociais propiciadas, seja por um conjunto variado de intervenções em saúde e de uma relação de troca com as práticas biomédicas, tecnologias leve-duras e as tecnologias duras. O critério de diferenciação e complementação entre as práticas se daria pela necessidade do indivíduo e não mais pela exclusividade e monopólio do campo do conhecimento e da prática em saúde. Ao deixar de existir um único recurso disponível passa para um amplo conjunto de tecnologias, as quais se insere, acompanha, avalia, se investe, se pesquisa, avalia [...].

A fala dos sujeitos permitiu avançar e reconhecer a implicação desses mesmos sujeitos na posição de quem busca a transformação do modelo de cuidado. Conforme vimos no subitem Atividade Autogestionada sobre PICs, a importância da mobilização para sensibilizar sujeitos para o reconhecimento e valorização do Novo Modelo de Cuidado, com vistas a superar o modelo de atenção assistencial praticado no país. Naquele momento, eles identificaram que a própria população de usuários dos serviços de saúde tem reforçado a lógica do modelo curativista. Diante de tal impasse, uma questão levantada e que agora volta ao debate “Como empoderar a população a buscar e lutar por novos cuidados em saúde?” Prana, que reconhece um novo movimento no campo da saúde, assim se expressou:

[...] as práticas estão tendo visibilidade e o usuário está começando a compreender que esse processo das práticas é um processo contrário a esse processo que hoje não tem resolvido tanto as questões que ele precisa. Ou seja, a medicalização é muito forte, e o usuário não tem acesso aos medicamentos, só que ele pode encontrar uma outra forma de cuidar e essa outra forma de cuidado ele está encontrando nas PIS (PRANA).

Do trecho da fala de Prana, mas que também permeou a fala de outros sujeitos, pode-se inferir que o despertar dos usuários para uma outra forma de cuidado é fundamental para a mudança substancial na configuração de forças do campo da saúde e para o despertar de uma Nova Cultura de Saúde. O novo modelo de cuidado, seguindo as concepções dos sujeitos da presente pesquisa, promove uma importante resistência ao fenômeno da medicalização da vida e da saúde. A presença das PICs no campo é vista como uma contribuição para conceber esse novo modelo, baseado numa visão de saúde integrativa, por meio do qual há o fortalecimento e o reconhecimento da condição de autonomia dos usuários.

Para Margotto (1998), um dos fatores envolvidos no aumento da busca por tratamentos alternativos seria a incapacidade dos médicos convencionais intervirem diante de

problemas dos pacientes, sem reduzir esses fenômenos à explicações racionais e aumentar o processo de medicalização. A contradição da ciência ter desenvolvido tantos recursos tecnológicos e assegurar baixa resolutividade em muitos casos, bem como, a ampliação do número de adoecimentos na sociedade vem corroborar com a percepção sobre uma descrença e desilusão com a medicina científica mencionadas pela literatura. Luz (2005) identificou uma dupla crise ocorrendo no campo da medicina, associada a valorização do individualismo e do materialismo, valores que na sociedade capitalista superam os valores no plano da ética e da política. Por outro lado, a posição que a prática médica ocupa, superior e hegemônica, sobre as profissões de saúde reforça o conflito entre as profissões a relação de hostilidade com os cidadãos em geral.

Para Santos (2005) a concepção a-histórica do conhecimento científico levou à morte de conhecimentos alternativos e acarretou a liquidação ou a subalternização de grupos sociais cujas práticas assentavam-se em outros conhecimentos. Nunes (2010) acompanha o sociólogo português quando reconhece que no campo do conhecimento existe um projeto alternativo a retornar à própria ideia de epistemologia para caracterizar de maneira positiva a diversidade das formas de conhecimento existentes no mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo que discutiu a inserção das MAC/PICs na política nacional de saúde brasileira apresentamos a seguir, uma síntese integradora que transmite nossa compreensão do fenômeno estudado. Temos clareza da possibilidade de se alcançar outros resultados ou de existir compreensões diferentes sobre eles por parte de diferentes pesquisadores. O resultado aqui atingido, cremos, se possui certa originalidade e ineditismo, deriva de um caminho metodológico próprio, percorrido a partir da identificação de um problema de pesquisa, que acabou por indicar as razões e os objetivos para sua realização.

O primeiro capítulo da dissertação constituiu o referencial teórico que orientou a presente pesquisa e nele se discutiu a constituição do campo da saúde a partir dos séculos XVIII e XIX, quando a medicina científica reivindicou a posição de legítima representante do progresso e das verdades em saúde. Desse processo, as práticas tradicionais ligadas à cultura dos povos foram desvalorizadas e diante do jogo de forças no campo da saúde, elas passaram a ocupar uma posição marginal. Tal situação perdurou e ainda perdura nos dias atuais; no entanto, o século XX apresentou um conjunto de condições que modificaram a composição de forças no campo da saúde, partindo-se do reconhecimento da desigualdade abissal no acesso a serviços de saúde e das precárias condições sanitárias que grande parte da população mundial estava submetida. Em fóruns internacionais sobre saúde pública e no interior da academia surgiram expressões da insuficiência e da inadequação da prática biomédica, em paralelo, de forma explícita ou não, ampliava-se a percepção da necessidade de arranjos institucionais para atenuar tais desigualdades e reformular o modelo de assistência à saúde prestado. Destacou-se aqui uma primeira preocupação que contribuiu para que práticas historicamente excluídas do campo oficial da saúde pudessem ser reintegradas por meio da assimilação de praticantes populares de saúde e de medicina tradicional nos serviços sanitários oficiais.

De um meio a ampliar o acesso aos serviços de saúde, as MAC/MT passaram a ser valorizadas não apenas pela população economicamente desassistida, mas também junto a outras parcelas da sociedade, em diferentes regiões, que buscam alternativas ao modelo assistencial baseado no consumo de drogas químicas, dependente de tecnologias duras que tendem a reforçar os processos de medicalização da saúde. Assim, reconhecemos o potencial das MAC como proposta de renovação do modelo de cuidado em saúde.

O Brasil apresentou a PNPIC-SUS em 2006, vinte anos após as primeiras propostas relacionadas ao tema serem aprovadas em conferências nacionais de saúde. Ela foi recebida com entusiasmo por vários segmentos da sociedade brasileira, que a consideram como uma

ação de inclusão. Entre os motivos comemorados estava o fato de que a institucionalização de uma política de MAC/MT, em caráter multiprofissional implicaria no incentivo da pluralidade terapêutica no SUS. Os mesmos motivos comemorados por alguns segmentos, gerou resistência da corporação médica, refratária à diretriz multidisciplinar embutida nas práticas.

A História da construção desta política se tornou o objeto de estudo da presente dissertação e por meio dela, reconhecemos três perspectivas: a perspectiva da OMS, em que a inserção das MAC/MT, como estratégia sanitária para garantir acesso da população a serviços de saúde essenciais; a perspectiva da valorização das MAC/MT como forma de cuidado mais humanizada na contemporaneidade; e a perspectiva da história oficial relatada pelo texto da PNPIC, a qual trouxe contradições com as perspectivas anteriores. A presente pesquisa tomou um caminho alternativo, complementar às três perspectivas, e porque não dizer, um caminho integrativo, quando abordou a história da política brasileira de MAC/MT, pelo viés das conferências nacionais de saúde.

A literatura sobre o tema da saúde coletiva no Brasil reafirmou por diversas vezes a importância do controle social para a construção de uma política de saúde mais justa e equânime no país; no entanto, essa mesma literatura não aprofundou as discussões sobre as deliberações de conferências sobre o tema específico das PICs, e, nesta lacuna, vimos uma oportunidade para nortear este trabalho, que teve como problema de partida: Na perspectiva das conferências de saúde, como surgiu e se desenvolve a PNPIC-SUS?

Para responder tal questão, analisamos primeiramente os documentos históricos das sete conferências nacionais de saúde, realizadas entre 1986 e 2011 e constatamos que todas as etapas deliberaram pela inserção das MAC/MT na política de saúde. No período foram aprovadas quarenta e quatro propostas que abordaram diferentes dimensões de uma política pública, entre elas: Organização da atenção à saúde; Ação integral à saúde; Política de recursos humanos; Política de desenvolvimento científico e tecnológico; Medicamentos e assistência farmacêutica; Modelo Assistencial; Gestão de recursos; Financiamento; Comunicação e informação; Intersetorialidade; Inserção de praticantes tradicionais no SUS. Observou-se que, de uma forma ou de outra, essas dimensões foram inseridas entre as diretrizes da PNPIC-SUS.

As dimensões acima mencionadas foram discutidas neste trabalho e, a partir do problema de pesquisa e de seus objetivos, a análise dos dados resultou em duas categorias de análise, identificadas como duas direções apontadas para a política de MAC/MT: mudança no modelo assistencial; organização da atenção à saúde. O resultado da pesquisa documental reconheceu alguns dos valores apresentados pela OMS e retornou às contradições

identificadas na elaboração das PNPIC. À luz dos referenciais teóricos utilizados, pode-se avançar e reconhecer duas influências na constituição da política; uma marcadamente contra-hegemônica, com vistas à superação do modelo de atenção vigente, e outra proposta adaptada ao modelo curativista-assistencial, ainda hegemônico em grande parte do SUS.

A etapa documental resolveu parte do problema de pesquisa, mas não fez maiores inferências sobre o desenvolvimento da política e sobre os agentes que militaram pela aprovação das propostas e, tampouco, dos posicionamentos contrários a ela. O avanço sobre essas limitações veio com a pesquisa de campo, realizada na 15ª Conferência Nacional de Saúde, entre 01 e 04 de dezembro de 2015, a qual contribuiu para responder a segunda indagação que organizou a pesquisa e seus objetivos: Como os sujeitos que defendem a aprovação de propostas de MAC/MT em conferências, percebem a dinâmica no campo da saúde? Como organizam-se e que tensionamentos podem ser identificados nessa dinâmica?

Em relação à organização dos sujeitos fomos surpreendidos de várias formas com o acontecimento da 15ª CNS. Primeiramente, reconhecemos o espaço da conferência para além da aprovação de propostas relativas às MAC/PICs, mas, sobretudo, como espaço de informação e de sensibilização dos diversos participantes a respeito da importância das PICs para a saúde. A estrutura e articulação formada a partir da Tenda dos Cuidados alcançou as pessoas participantes do evento e evidenciou a posição estratégica assumida por alguns sujeitos na direção de se produzir novos sentidos em relação ao cuidado em saúde. Diante dela, a experiência com as PICs transcende o espaço de debates e assume o espaço vivencial. Daí a estratégia da Tenda dos Cuidados.

O grupo de sujeitos selecionados para a pesquisa foi bastante heterogêneo e em nossa compreensão, ele refletiu, em partes, a constituição do espaço das PICs no campo da saúde. Cada sujeito, em seu itinerário singular que o leva a atuar e militar pelas práticas integrativas; existem assimetrias profissionais que posicionam cada agente no campo de uma forma ou de outra, mesmo estando os sujeitos em concordância com inúmeras questões das MAC/PICs. Retomando Bourdieu (2011, p.30), “[...] o espaço social se organiza a partir de três dimensões: a distribuição dos agentes de acordo com o volume global do capital possuído; de acordo com o peso relativo dos capitais no conjunto de seu patrimônio; e de acordo com a evolução e estrutura desse capital”. A noção de campo utilizada neste estudo permitiu superar as limitações de se reconhecer apenas uma posição firmada pelo agente no campo, mas possibilitou reconhecer a disposição dos agentes, partir da variedade e quantidade de capital acumulado, seja capital econômico, político, científico, simbólico ou de outra ordem.

O objeto de estudo passou a ser analisado no conjunto de posições e no dinamismo entre os diferentes espaços sociais, institucionais e a posição que os atores envolvidos ocupam no jogo político. Observou-se que o espaço interno das PICs tem se formado como uma colcha de retalhos, que ora tem os agentes dialogando em aproximações, ora se afastando e se reposicionando no campo de saúde, de acordo com características que os diferencia. Quanto à relação da valorização das PICs com os agentes do campo exterior (dos que não militam pela sua implementação), observou-se que os embates estão sendo absorvidos (isto é, enfrentados) e o sentido para sua inserção no SUS tem se ampliado, mesmo que sua lógica integrativa esbarre na estrutura econômica do sistema de saúde. Pode-se inferir que a disposição dos sujeitos se dá para além do espaço da conferência e se manifesta cotidianamente com as práticas integrativas de saúde.

A História do SUS destaca o médico sanitарista Sérgio Arouca (1941- 2003†) como a figura de maior expressão do movimento sanitário nas décadas de 1970 e 1980, período ao qual se atribuiu muito da perspectiva ideológica e utópica da reforma sanitária. Naquele contexto se vislumbrava a transformação radical nas formas de gerir o Estado e oferecer melhores condições de saúde para a vida das pessoas comuns. A luta pela democracia, pelo viés do direito à saúde, marcou indelevelmente a história brasileira. A leitura de Arouca sobre a participação popular na política de saúde infere que ela não se esgota nos espaços formais, não significa apenas a “[...] modernização administrativa das instituições, nem simplesmente mudar o desempenho delas (se bem que isto seja da maior importância)”. Tampouco “[...] simplesmente [pretendia-se] acabar com a corrupção (embora isso seja fundamental); nem somente recuperar a dignidade de um serviço público”; a participação, na concepção que embasava o projeto de Reforma sonhada por Arouca, estava “[...] colada no projeto de melhorar as condições de vida da população e comprometida eticamente com ele” (AROUCA, 1987, p. 42). A visão do sanitарista brasileiro é, creio, sempre revitalizada no desejo de se aprimorar as MAC/PICs no SUS.

O fato das MAC/MT alcançarem maiores condições para expansão ao final do século XX, dizem respeito à complexidade e desafios das novas condições de vida num mundo pós-industrializado (MARTINS, 2003). Ao serem inseridas no SUS, passaram a ser chamadas de PICs e foram definidas mais pelo que são, do que pela indefinição do termo alternativo; isto é, na visão integrativa sobre o cuidado e à complementariedade com outras formas terapêuticas que se busca firmar sua identidade. A partir do momento em que o Estado brasileiro optou pela sua inserção no interior do SUS, ele permitiu (não sem a devida pressão de agentes sociais!) a constituição de um espaço próprio para o desenvolvimento das MAC/PICs. Esse

espaço talvez existisse para ‘não viver’, uma vez que ao se institucionalizar balizado na pluralidade e na horizontalidade das profissões, recebeu ampla oposição da corporação médica e os incentivos de ordem financeira, estrutural e logística nunca se efetivaram.

Mas, de alguma forma, como demonstra esta dissertação, a história tem revelado a capacidade de as MAC/MT serem mais vigorosas do que se pensava. Entendemos que o afastamento da categoria médica do espaço interno constituído para as PICs trouxe dificuldades para o desenvolvimento da política (a curto prazo), pois descolou dela a parte mais humanizada da medicina e talvez, a única capaz de dialogar e reconhecer as dimensões mais profundas das MAC/PICs. A oposição feita à PNPIC e a publicização por meio de notas oficiais de várias entidades médicas não produziu sentido social, e nem efeitos jurídicos, como a vedação ou reformulação da política, tal como era sua intenção. Frente aos ataques corporativos, científicos e econômicos, o espaço resistiu, cresceu e completou onze anos de sobrevivência no dia três de maio de 2017. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), nos anos de 2016 mais de 1.708 municípios ofereceram PICs em 7.700 estabelecimentos de saúde. A distribuição desses serviços esteve concentrada 78% na atenção básica, 18% na atenção especializada e 4% na atenção hospitalar.

É certo que como as PICs cresceram e se fortaleceram na legislação, nos serviços e no cotidiano da política de saúde, elas também cresceram no desejo daqueles que militam pela aprovação de propostas em conferências. O aniversário de onze anos da política certamente foi muito comemorado, porque no último mês de janeiro, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº145/2017, a qual veio ampliar as PICs no SUS. Os procedimentos como Yoga, Reiki, Terapia Comunitária, Dança Circular/Biodança, Oficina de Massagem/ Automassagem, Massoterapia, Arteterapia, Meditação, Musicoterapia, Tratamento Naturopático, Tratamento Osteopático, Tratamento Quiroprático e Auriculoterapia passaram a integrar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs). Após a publicação da PNPIC, o espaço das PICs vem se fortalecendo através de vínculos, redes de alianças locais/globais. Da mesma forma, diante de sinais envolvendo emergências de novos paradigmas, o reconhecimento das diversidades epistemológicas no mundo, por meio do princípio da incompletude dos saberes fortalecem as MAC/PICs diante do monopólio biomédico. Como indicamos, é possível formar ondas alternativas aos projetos hegemônicos e ampliar o acesso pleno de saberes historicamente marginalizados na estrutura social dominante.

A manutenção da política nacional e a expansão observada nos planos institucional, solidário, simbólico do reconhecimento e legitimidade que as PICs seguem adquirindo na sociedade, tem aproximado a política de MAC/PICs de outros atores. Nesse sentido,

defendemos que a posição corporativa contrária das entidades médicas vem favorecendo uma recomposição de forças no ‘espaço interno das PICs’ na atual conjuntura, caracterizando-o como um espaço mais popular e que tem resgatado o aspecto simbólico presentes no pensamento utópico que deu origem ao SUS. A figura 8 – Mais de 1500 atendimentos na 15ª CNS - encerra a presente dissertação e juntamente com a portaria 145/17 MS, que ampliou as práticas integrativas no SUS, ela indica para a atualidade do tema das MAC/PICs e da importância da continuidade de pesquisas na área, nos diferentes campos do conhecimentos que mantêm interface com o tema da saúde. Nesse sentido, a presente dissertação poderá vir a contribuir para a construção de projetos de pesquisa e de intervenção envolvendo a temática na graduação e pós graduação. Da mesma forma, espera-se que ela possa ter reduzido a lacuna teórica da literatura especializada no que tange a presença das MAC/PICs nas conferências nacionais de saúde, a partir do ano de 1986.

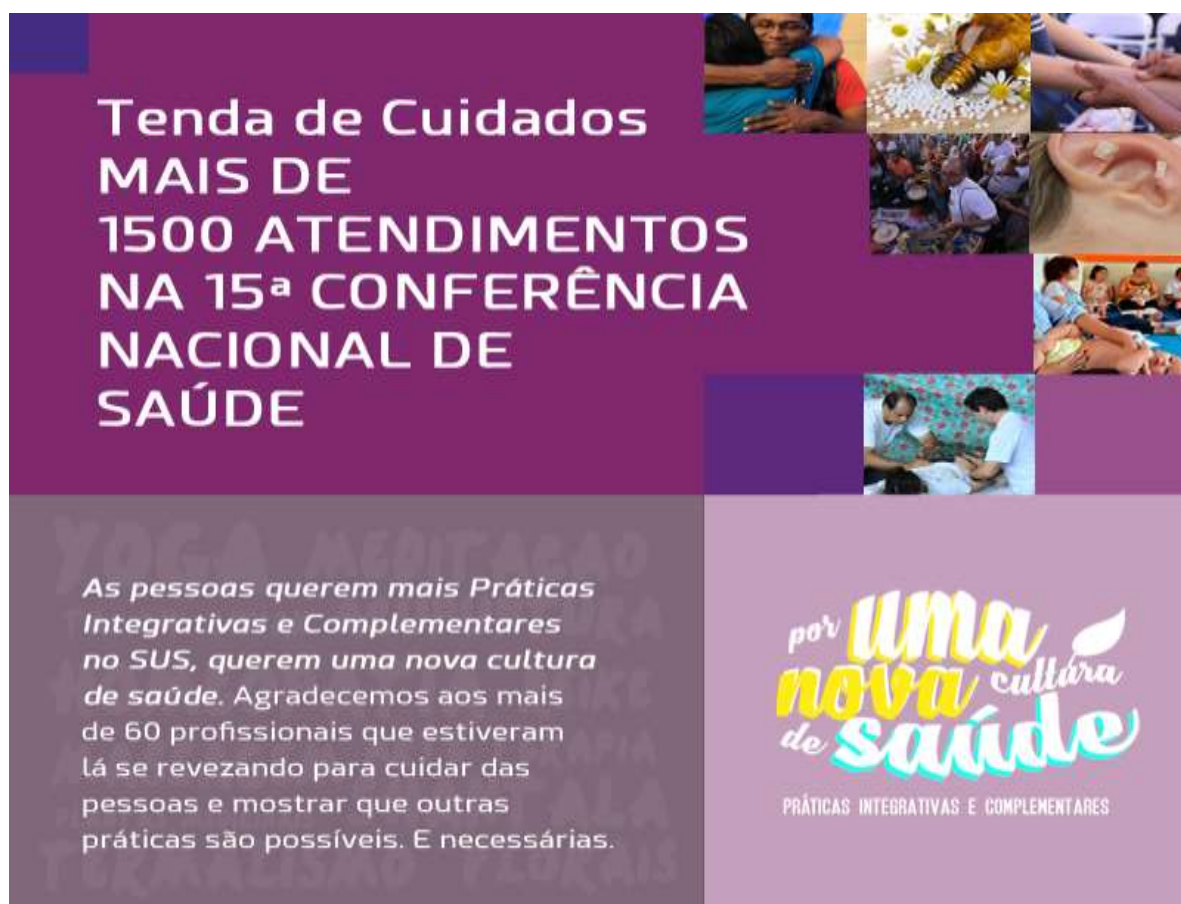


FIGURA 8 – Mais de 1500 atendimentos na 15ª CNS. Fonte: Por uma nova cultura de saúde. Comentário na publicação: Pessoal, ainda estamos nos recuperando da correria da semana passada na 15ª CNS. Foi muito intensa e gratificante. Comentem, curtam e enviem materiais pra gente trocar experiências e formar essa grande rede PICs pelo Brasil. 2016 tá aí e teremos muita coisa por fazer, unidos por uma #novaculturadesaúde>. <https://www.facebook.com/novaculturadesaude/?fref=ts>>. Acesso em 29/04/2107.

Por fim, para o surgimento de uma nova cultura de saúde há a necessidade de um processo que contagie as equipes e usuários para que possam reconhecer que o lugar do usuário não é somente ‘lugar de queixa’, seja ela feita sobre a condição de saúde, seja ela feita em relação à estrutura dos serviços de saúde. O ‘lugar de queixa’ deve ser modificado na transformação de um sujeito passivo em um sujeito participativo, no sentido amplo, como pensado por Arouca (1987). No Brasil, se as MAC/PICs tem percorrido uma trajetória ainda acanhada, esta dissertação reconheceu que elas tendem a se avolumar em importância. Não apenas no plano discursivo das conferências, como no próprio plano de sua implementação, no exercício profissional cotidiano de sujeitos comprometidos com sua relevância, em termos benéficos para o campo da saúde pública. As MAC avançaram não apenas “[...] através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico” (BIRMAN, 2005, p. 12). Prosperaram ao não caírem na armadilha discursiva de se apresentarem como a melhor oposição à biomedicina (mesmo que, às vezes isso, seja necessário); seguem, expandindo-se, sobretudo pela singularidade da prática do cuidado humanizado que emanam das suas práticas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Diádiney Helena. **Hegemonia e Contra-Hegemonia nas Artes de Curar oitocentistas brasileiras**. Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde: Rio de Janeiro, 2010.
- ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Saúde Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- AMHB. **Posição da AMHB em relação à Portaria Nº 971**, publicada no Diário Oficial da União de 4 de maio de 2006 que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://homeopatia.bvs.br/2006/05/10/posicao-da-amhb-em-relacao-a-portaria-no-971-publicada-no-diario-oficial-da-uniao-de-4-de-maio-de-2006>. Acesso em 17/11/2016.
- ASSIS. Machado de. **Bons Dias**. Publicado originalmente na Gazeta de Notícias em 29/08/1889. In *Obra Completa de Machado de Assis*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, Vol. III, 1994. <http://machado.mec.gov.br/arquivos/pdf/cronica/mac11.pdf> >. Acesso em 22/04/2017.
- BACHELARD, Gaston. **A filosofia do não**. In: Bachelard. *Coleção Os Pensadores*; seleção de textos de José Américo Motta Pessanha; traduções de Joaquim José Moura Ramos (et al.). — São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARROS, Nilson Felice. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão**. *Ciência e Saúde Coletiva* vol.11, n.3: RJ, July/Sept. 2006.
- BARROS, Nilson Felice. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- BARROS, Nilson Felice, et al. **Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10):3263-3273, 2015.
- BARROS, Nelson Filice; SIEGEL, Pâmela; SIMONI, Carmen de. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde**. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2007.
- BERNI. Luiz Eduardo Valiengo. **Repensando Paradigmas na Produção de Conhecimentos em Psicologia: Possibilidades Metodológicas e Éticas**. In *Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Espiritualidade e Epistemologias Não-Hegemônicas – Volume 3*. São Paulo: CRP-SP, 2016.
- BIRMAN, Joel. **A Physis da Saúde Coletiva**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):11-16, 2005.
- BOURDIEU, Pierre. **Campo intelectual e projeto criado** – *Rev. Temps Modernes*. França: 1966.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da Ciência**: Por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo, Editora UNESP, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 2013.

BRASIL. Lei nº 378, DE 13 DE JANEIRO DE 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. Diário Oficial da União - Seção 1 - 15/1/1937, Página 1210.

BRASIL. **Relatório Final da 8ªCNS**. In Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986, Brasília.

BRASIL. **Relatório Final da 9ªCNS**. In Conferência Nacional de Saúde, 9., 1993, Brasília.

BRASIL. **Relatório Final da 10ªCNS**. In Conferência Nacional de Saúde, 10., 1997, Brasília.

BRASIL. **Relatório Final da 11ªCNS**. In Conferência Nacional de Saúde, 11., 2000, Brasília.

BRASIL. **Relatório Final da 12ªCNS**. In Conferência Nacional de Saúde, 12., 2003, Brasília.

BRASIL. **Relatório Final da 13ªCNS**. In Conferência Nacional de Saúde, 13., 2007, Brasília.

BRASIL. **Relatório Final da 14ªCNS**. In Conferência Nacional de Saúde, 14., 2011, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** – Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** – PNPIC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS - Relatório De Gestão 2006/2010** – Brasília: 2011.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Resolução nº 507, de 16 de março de 2016**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 132, n. 85 p. 53-67, 5 mai. 2016. Seção I, parte 1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/115047284/dou-secao-1-05-05-2016-pg-53/pdfView>> Acesso em: 11 fev. 2017.

CAMARGO JR. Kenneth Rochel. **A medicina ocidental contemporânea**. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nilson Felice (orgs.). Racionalidades e práticas integrativas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAAPIS, 2012.

CEBES, 2012. Uma Nova Cultura de Saúde. Disponível em <http://cebes.org.br/2012/10/uma-nova-cultura-para-a-saude/>>. Acesso em 10/02/2017

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Ata da centésima sexagésima reunião ordinária do conselho nacional de saúde**. Brasília: 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Ata da centésima sexagésima primeira reunião ordinária do conselho nacional de saúde**. Brasília: 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Ata da centésima sexagésima primeira reunião ordinária do conselho nacional de saúde**. Brasília: 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Documento Orientador de Apoio aos Debates**. Brasília, 2015. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle Social na Saúde**: subsídios para capacitação de conselhos de saúde. Editora Fio Cruz, Rio de Janeiro: 2005.

COSTA, Ana Maria. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Revista Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004.

Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; URSS.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde**: PDPIS – Brasília: Fepecs, 2014.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. **As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS**. IN: LIMA, Nísia Trindade (org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FALLEIROS, Carlos; et al. **A Constituinte e o Sistema Único de Saúde**. In FIDÉLIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FERLA, A.A.; MATOS, I.B. **Participação na Saúde**: teorias e práticas revitalizadas nos trabalhos do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa na Saúde. Saúde e Sociedade, v.21, supl.1, p.8-17, 2012.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219

FIDÉLIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FIGUEIREDO, Climério Avelino; GURGEL, Idê Gomes Dantas; GURGEL JR., Garibaldi Dantas. **A implantação da Fitoterapia no SUS: uma avaliação à luz do arcabouço normativo** (pg.308-319). In OLIVEIRA, Maria Helena (org.). *Direito e Saúde: Cidadania e Ética na Construção de Sujeitos Sanitários*. Maceió: EDUFAL, 2013.

FREIRE JR, Marcos Barros. **Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular em saúde**. *Saúde em Debate*, nº 41 – dez 1993.

FRASS, Michael. **Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review**. *The Ochsner Journal* 12:45–56, 2012.

GALHARDI, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filice de; LEITE-MOR, Ana Cláudia Moraes Barros. **O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):213-220, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIZARDI, Francini Lube et al. **Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):15-39, 2004.

HELMAN, Cecil. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**. *Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LIMA, Júlio Cesar França. **A Política Nacional de Saúde nos anos de 1990 e 2000: na contramão da história?** In: *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2010. Cap. 09. 279 – 310.

LOVERA ARELLANO, Amanda Assunción. **Regulación en Medicina Alternativa y Complementaria en América Latina: experiencia y reglamentación en países seleccionados**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LOYOLA, Maria Amélia. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

LUNA, Expedito J.A. **A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil**. *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 5, Nº 3, 2002.

LUZ, Madel Therezinha. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996. p.23. [Série Estudos em Saúde Coletiva, 62]

LUZ, Madel Therezinha. **Medicina e racionalidades médicas**: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui Ana Maria (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000. p.181-200.

LUZ, Madel Therezinha. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas**: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. Physis: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. **Novas Práticas em Saúde Coletiva**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA, Carlos E. A. Jr (org.). Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005a.

LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nilson Felice (orgs.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAAPIS, 2012.

MARGOTTO, Selma Blom. **Terapias Alternativas & Medicinas Científicas**. Vitória: EDUFES, 1998.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Os sentidos da integralidade. Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (org). RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MERHY, Emerson; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAS GERAIS. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares/MG**. Coordenadoria de Práticas Integrativas e Complementares/ Gerência de Redes Temáticas/Superintendência de Atenção à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Ed Hucitec: 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Triangulação de Métodos Quantitativos e Qualitativos**. In: _____ O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. – 12º Ed. – São Paulo: Hucitec, 2010. cap.12, p. 361 – 372.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: 2005.

NAGAI, Silvana Cappelletti; QUEIROZ, Marcos de Souza. **Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):1793-1800, 2011.

NASCIMENTO, Marilena Cabral do; et al. **A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(12):3595-3604, 2013.

OLIVEIRA JR; Constantino Ribeiro; SGABIERO, Márcia; BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Pesquisa Exploratória: concepção e percurso metodológico.** In. BOURGUIGNON, Jussara Ayres; OLIVEIRA JR; Constantino Ribeiro (Orgs.). Pesquisa em Ciências Sociais Interfaces: Debates e Metodologias. Ponta Grossa: TODAPALAVRA, 2012.

O PASQUIM 21. **Entrevista de Sergio Arouca concedida a Ziraldo,** Zélio, Luís Pimentel, Jesus Chediak, Zezé Sack e Tatiana Molina em 27 de agosto de 2002. Fala sobre a trajetória política do médico e das principais lutas como sanitarista; 27 ago.2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Conferência Internacional sobre Atenção Primária a Saúde.** Alma-Ata (URSS), 6-12 de Setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.** Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.** Genebra, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para compreensão e crítica.** Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Neomar. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998.

PERUREMA, Fátima Cristina Vieira. **Institucionalização de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde!?** Carta ao editor - v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde.** 3.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2004.

PORTAL BRASIL. Pela saúde da democracia, temos de defendê-la contra o golpe, afirma Dilma. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2015/12/pela-saude-da-democracia-temos-de-defende-la-contr-o-golpe-afirma-dilma>>. Publicado em: 04/12/2015. Acesso em: 25/04/2016.

QUEIROZ, Marcos de Souza. **O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000

QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. **Antropologia Da Medicina: Uma Revisão Teórica.** Revista de Saúde pública – 1986.

QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L, V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa. Gradiva, 1992.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed., São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, Enid. **A Constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. 20 anos da constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social**, Anfip, Brasília, 2008.

RUIZ-OLABUÉNAGA, Jose Ignacio. **Metodología de la Investigaciona cualitativa**. (5a. ed.): Publicaciones de la Universidad de Deusto, 2012. Disponível em <http://site.ebrary.com/id/10732291?ppg=5>>. Acesso em 30/04/2017.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as Ciências**. Porto: 11ª Ed. - Afrontamentos, 1987.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós modernidade**. São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOS, Boaventura de Sousa (Org). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência**. 7ª Edição - São Paulo: Cortez, 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (Orgs). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SERAVALLE, Luiza; BOOG, Maria Cristina Faber. **Introdução à Discussão sobre o Ensino de Práticas Alternativas em Saúde**. Saúde em Debate. Londrina, PR 51: 81-88, Jun, 1996.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. PORTARIA Nº 853, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2006. (SAS/MS).

SERRANO, Alan Indio. **O que é Medicina Alternativa**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

SILVA, Fábio Eduardo; et al. **Paradigmas Científicos e suas relações com as Práticas clínicas em Psicologia**. In MADER, Bruno Jardini (org.). Caderno de paradigmas científicos e perspectivas não hegemônicas na psicologia. Curitiba: CRP-PR, 2016.

SIMONI, Carmen. **Processo de Institucionalização das RM e PICS**. In: NASCIMENTO, Marilene Cabral; NOGUEIRA, Maria Inês (orgs.) Intercâmbio Solidário de Saberes em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

SOUZA, Eduardo F. Alexander Amaral De; LUZ, Madel Therezinha. **Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2009.

TAVARES, Fátima Regina Gomes. **Ascensão e profissionalização da terapêutica alternativa no Rio de Janeiro anos 80-90**. PHYSIS, Ver Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9 (2): 77 – 98, 1999.

TAVARES, Fátima Regina Gomes. **A Diversidade da Rede Terapêutica Alternativa no Rio de Janeiro**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12(2):325-344, 2002.

TEIXEIRA, S. F. (org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 17-46.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde**. Rev Saúde Pública 2008;42(5):914-20.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. **Racionalidades médicas e integralidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 13(1):195-206, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1732-1742, ago, 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale. **Pesquisa e Institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidade médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão** (pg.251-284). In Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

THIERY-CHUERQUES, Hermano Roberto. **Pierre Bourdieu: a teoria na prática**. RAP Rio de Janeiro 40(1):27-55, Jan./Fev. 2006.

THIAGO, Sônia de Castro S.; TESSER, Charles Dalcanale. **Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares**. Revista de Saúde Pública 2011; 45 (2): 249-57.

UNESCO. **Declaração de Veneza**. Comunicado final do Colóquio "A Ciência diante das Fronteiras do Conhecimento". Veneza, 1986.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):67-83, 2004.

WEINER, Michael; GOSS, Kathleen. **O livro completo da Homeopatia**. Rio de Janeiro: Record: 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine**. Geneva, 2000.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. O que despertou seu interesse pelas práticas integrativas e complementares e como se envolveu com elas.
2. Na sua opinião, está havendo uma maior valorização das PICs na contemporaneidade? Que fatores contribuíram para tal situação? E para a inserção no SUS?
3. Na sua opinião, de que forma as PICs contribuem para o SUS?
4. Você pode me contar brevemente sobre as etapas de conferência as quais participou nesse ano, e se houveram e como foram os embates e discussões relacionadas à PNPIC-SUS?
5. Para você qual é a importância das conferências para a PNPIC-SUS?
6. Você tem conhecimentos de propostas discutidas sobre as PICs em conferências anteriores?
7. Além das PICs quais outras pautas defende e com quais grupos geralmente se articula e dialoga para avançar nessas pautas?
8. Como percebe e caracteriza a organização / articulação dos indivíduos e/ou grupos para a defesa da implementação da PNPIC-SUS?
9. Além das conferências, quais outros espaços e ações são pertinentes para o avanço na PNPIC-SUS?
10. Na sua compreensão, a PNPIC-SUS tem um projeto de transformação social?
11. Existem grupos que se opõem às PICs e formam embates nessas pautas? Quais? No seu município e/ou estado. Como você caracteriza estes embates (ex: são embates religiosos, econômicos, científicos...)
12. Qual sua visão / interpretação sobre os tensionamentos existentes entre indivíduos e grupos que se posicionam de maneira desfavorável a alguns ou a todos os aspectos presentes nas PICs?
13. Na sua opinião/interpretação, quais são os fatores responsáveis pelos obstáculos na implementação e / ou efetivação mais robusta da PNPIC-SUS?
14. Na sua avaliação quais ações e estratégias devem ser realizadas pelos grupos e indivíduos para que as reivindicações sejam atendidas?

APÊNDICE B – Quadro sintético MAC/PICs em CNS (1986-2011)

TEMA	EIXO	PROPOSTAS
VIII CNS (1986)	Reformulação do sistema nacional de saúde;	3 – O novo sistema nacional de saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: a) Referente à organização dos serviços: - introdução de práticas alternativas de assistência à saúde... c) ...política de recursos humanos: -inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas. -incorporar agentes populares de cura como pessoal remunerado... 19 – ... política de desenvolvimento científico e tecnológico... 20 – Nesse sentido... aprofundar o conhecimento e a utilização de formas alternativas de atenção à saúde.
IX CNS - MUNICIPALIZAÇÃO É O CAMINHO (1992):	Implementação do SUS;	5.3 – Com relação ao modelo assistencial: Faz-se necessário uma profunda mudança do modelo assistencial de saúde... Deve ser incorporadas as práticas alternativas aos serviços de saúde, as tecnologias populares e as ações de promoção de saúde. 5.5 - Com relação a Recursos Humanos - “outros elementos e ...incluem: - promover a inclusão da fitoterapia e outras práticas alternativas nos currículos da área da saúde.
X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – NÃO TEVE TEMA (1996)	Atenção integral à saúde.	6.1 Princípios da atenção integral à saúde: 286.12 – incorporar no SUS, em todo o país, práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares
XI CNS – O BRASIL FALANDO COMO QUER SER TRATADO: EFETIVANDO O SUS ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE COM CONTROLE SOCIAL (2000)	O Modelo Assistencial no SUS Gestão De Recursos Organização da Atenção à Saúde Controle Social Medicamentos e Assistência Farmacêutica Formação de Pessoal para a Saúde	... não são estimuladas alternativas assistenciais menos caras e complexas, de reconhecida eficácia, como os tratamentos e internações domiciliares ou práticas terapêuticas não hegemônicas, como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia. 51. ... além de investir em práticas terapêuticas alternativas e medicamentos naturais e alternativos. 102. ...fortalecer as ações e serviços de atenção básica ...que ofereça integralidade de atenção... j) Incorporar práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e a homeopatia, já reconhecidas formalmente como especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina. 30- Elaborar Planos de Saúde e Planos de Investimentos..., incentivos à fitoterapia... 124 – [...] Programa de Fitoterapia na rede pública com regularização do uso de plantas medicinais, [...] produtos fitoterápicos e plantas medicinais, e implementar programas de incentivo ao desenvolvimento de projetos de fitoterapia e outros tratamentos alternativos, assim como o fomento à implantação de laboratórios fitoterápicos... Consideram fundamental o incentivo às terapias naturais, em ações de Promoção da Saúde, integrando saberes populares e científicos, no sentido de desenvolver o acesso dos usuários dos serviços a essas práticas. Propõem a implantação de Programas de Fitoterapia descentralizada ... apoio dos gestores do SUS à formação de hortas medicinais nos municípios. Propõem, também, que seja viabilizada a distribuição e garantido o acesso a medicamentos homeopáticos na rede de saúde 198 – Formar profissionais para o uso de fitoterápicos na rede pública

XII CNS – SAÚDE UM DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO. A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS. (2003) Moção nº 21: O plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde aprova o apoio à implantação oficial da homeopatia no Sistema Único de Saúde e no Programa Saúde da Família, tendo em vista a convergência de princípios entre essa ciência e a visão integradora e holística necessária à saúde pública e individual, seu alto índice de resolubilidade e a redução de custos que sua implantação representa para o Sistema. Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem garantir recursos humanos, materiais e financeiros específicos para sua efetiva implantação e para a realização de pesquisas na área e estabelecer uma política de fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos para os usuários que optarem por essa terapêutica. Apoiamos a redefinição do paradigma de saúde adotado nas instâncias oficiais do País, de um modelo centrado na saúde e nas capacidades da natureza, e não na doença, e nas conveniências do mercado farmacológico e tecnológico. - Moção nº 035: O plenário da 12ª	Eixo 3 – A intersectorialidade das ações de saúde Eixo 5 - A organização da atenção à saúde; Eixo 7 - O trabalho na saúde; Eixo 8 – Ciência, tecnologia e a saúde: gestão da ciência e tecnologia do setor da saúde: Eixo 9 – O financiamento da saúde Eixo 10 - comunicação e informação em saúde	46 – Desenvolver programas conjuntos entre os setores de saúde, educação, agricultura e comunidades, implantando as resoluções do Seminário Nacional sobre Política de Fitoterápicos e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Diretrizes Gerais: Garantir a efetiva implementação de práticas alternativas de saúde reconhecidas oficialmente e que respeitem a legislação nos serviços do SUS (fitoterapia, reflexologia, homeopatia, acupuntura e massoterapia), ... assegurando-se os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos... 22. Aumentar ... medicamentos fitoterápicos e os para a saúde mental utilizados nos Caps, e promover campanhas de esclarecimentos quanto ao uso indevido dos mesmos. 23. Garantir a inserção dos fitoterápicos validados pelo Ministério da Saúde na política nacional de assistência farmacêutica... 24. ... implantação da homeopatia no SUS... a realização de pesquisas na área - Regulação das Profissões: 54. Normatizar e reconhecer a atividade dos facilitadores das Práticas Integrativas de Saúde (PIS). 55. Encaminhar a discussão do reconhecimento profissional das parteras atuantes na Região Amazônica e em outras áreas onde constituem alternativas adequadas à atenção ao parto... 94. Promover e implantar educação permanente...: IX. Fitoterapia e plantas medicinais... XII. homeopatia, acupuntura e práticas integrativas de saúde; 31. Viabilizar pesquisas ... os seguintes temas: XIII. estudos sobre práticas de cuidado à saúde consideradas alternativas, holísticas, naturais e complementares, bem como a homeopatia; 68. Investir na pesquisa ... produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos... 69. Financiar... pesquisas sobre plantas medicinais, alimentos alternativos e biodiversidade nacional. . - Assistência Farmacêutica 74. Ampliar e garantir recursos ... custeio de medicamentos da farmácia básica, incluindo homeopáticos, manipulados e fitoterápicos, com qualidade e teste de bioequivalência e [...]. 13. Divulgar, de forma contínua, as políticas de saúde...: VI. possibilitando aos usuários o acesso à informação sobre novas modalidades de promoção... como medicina natural, fitoterapia, práticas tradicionais indígenas e práticas complementares e alternativas de saúde [...]. - Informação e Informática em Saúde
---	--	--

Conferência Nacional de Saúde aprova o apoio à inclusão do uso de medicamentos fitoterápicos na rede básica do Sistema Único de Saúde.		54. ... Elaborar folhetos de orientação... incluindo fitoterápicos - Comunicação em Saúde 82...estímulo à utilização de ... fitoterápicos, permitindo ampliar o acesso...
XIII CNS – SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: POLÍTICA DE ESTADO E DESENVOLVIMENTO . (2007) Moção nº92: Nós, homeopatas presentes na 13ª CNS, participantes do movimento homeopático nacional, apoiamos a formulação de normas operacionais para execução do atendimento médico, odontológico e farmacêutico	Eixo I - Desafios para a Efetivação Do Direito Humano À Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Eixo II - Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade De Vida: O SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde	18. Intensificar o apoio à agricultura familiar... apoio ao desenvolvimento de hortas comunitárias; ... valorização dos fitoterápicos e das práticas terapêuticas alternativas... 78 - ... Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional nas três esferas... realização de cursos sobre alimentação saudável, monitoramento de horta comunitária, orientação fitoterápica e medicina alternativa para a população. 107. O Ministério da Saúde deve garantir que o SUS reconheça como promotores de saúde alternativa pajés, xamãs, parteiras e pastorais da criança. 140 - Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC) no SUS, incluindo homeopatia, acupuntura, fitoterapia, antroposofia e crenologia, bem como o acesso a alimentos naturais, por meio de ações intersetoriais e que os gestores, nos três níveis de governo, garantam em suas pactuações orçamentárias os recursos financeiros para a sua execução 137. Ampliar as equipes do Programa Saúde da Família ...implementar esta estratégia entre os povos indígenas, garantindo que os recursos alocados para esse fim sejam aplicados levando-se em consideração as especificidades de cada região, ... a valorização do uso de fitoterápicos. 194....implementação, a partir de discussões nos conselhos de saúde, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares utilizando como parâmetro a política nacional fundamentada na Portaria MS/GM nº 971/06, incluindo e incentivando a utilização na atenção básica de terapias alternativas como: medicina tradicional chinesa – acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e do termalismo – crenoterapia, incluindo as práticas terapêuticas da matriz afro-indígena, de medicina preventiva natural e alimentação integral, a equoterapia, a cinoterapia e outras com comprovado embasamento científico... 195. Garantir a aquisição ... fitoterápicos e dos medicamentos homeopáticos, revisando- os sistematicamente e incentivando a implantação de farmácias vivas, a utilização de plantas medicinais, a orientação de fitoterapeutas... inclusão do tema referente aos fitoterápicos e plantas medicinais nos cursos de graduação da área da Saúde. 202. Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica ..., incluindo as práticas integrativas e complementares e a promoção do uso racional de medicamentos 215 ...estimular a ampliação das equipes multiprofissionais... implantar núcleo do programa de saúde integrativa com serviço médico em homeopatia, acupuntura, fitoterapia e serviço de farmácia homeopática e fitoterápica.

XIV CNS – TODOS USAM O SUS: SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO (2011) Moção de Apelo nº 04: Conscientizar os profissionais de saúde quanto ao respeito às diversidades culturais e étnico-raciais, em especial aos afrodescendentes e indígenas, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura, garantindo o acesso a todos de forma digna e respeitosa. Moção de Apelo nº 14: “[...] Reconhecer as práticas tradicionais indígenas, os curandeiros, as parteiras, os pajés, os rezadores, os raizeiros e outros, integrando-os nas equipes multidisciplinares de saúde indígena”.	Diretriz 6: Por Uma Política Nacional Que Valorize Os Trabalhadores De Saúde Diretriz 7: Assegurar Acesso E Atenção Integral Mediante Expansão, Qualificação E Humanização Da Rede De Serviços Diretriz 8: Ampliar E Fortalecer A Rede De Atenção Básica (Primária) Diretriz 11: Por Um Sistema Que Respeite Diferenças E Necessidades Específicas De Regiões E Populações Vulneráveis	11 Identificar e regulamentar as profissões de saúde ainda não reconhecidas no âmbito do SUS, incluindo as parteiras tradicionais, microscopistas, graduados em Saúde Coletiva, entre outras 38 Reconhecer a parteira tradicional como categoria de trabalho 1 Criar núcleos municipais de práticas integrativas e complementares em saúde com o reconhecimento da Terapia Comunitária como política pública. 19 Reconhecer a Terapia Comunitária Integrativa como política pública prioritária nacional, em consonância com o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. 21 Implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, ofertando novas práticas integrativas e complementares nos serviços de atenção básica, considerando as práticas já existentes e as articulações com os equipamentos e movimentos sociais do território. 25 Ampliar os recursos para a atenção básica... implementação de práticas integrativas e complementares 25 Reconhecer os pajés que trabalham na medicina tradicional.
--	--	--

APÊNDICE C – Quadro sintético MAC/PICs na 15ª CNS (2015)

EIXO	TEMA	PROPOSTAS
Eixo 1 - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade.	Garantia de Acesso à Atenção Integral em Saúde	Implantar e fortalecer os projetos terapêuticos singulares para atendimento da demanda de saúde mental com estímulo à organização das práticas integrativas e complementares. Incorporar no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família as práticas de medicina alternativa e cultura popular Garantir a implantação das práticas integrativas e complementares no Distrito Federal, estados e municípios. (90,8% de Aprovação). Ampliar a lista de medicamentos fitoterápicos e incluir os produtos fitoterápicos tradicionais na RENAME com versão inclusive em Braille, incentivando a capacitação dos profissionais. (91,7% de Aprovação). Ampliar a oferta de serviços básicos e especializados de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, universalidade, equidade, valorizando a promoção da saúde e conhecimento também tradicionais e populares sobre saúde na perspectiva da promoção e da prevenção de doenças, o tratamento e as reabilitações, buscando reduzir as mortes evitáveis e garantindo as condições de vida das pessoas e implantar por meio da atenção primária o programa de atenção aos serviços de hidroterapia, RPG, equoterapia, osteopatia, bem como demais práticas integrativas. (94,8% de Aprovação).
	Políticas Públicas e Populações Específicas:	Fortalecer as políticas de saúde para minorias étnico-raciais, comunidades tradicionais, identidade de gênero, LGBT, portadores de doenças raras e pessoas com deficiência, priorizando as práticas integrativas e complementares em saúde. (68,4% de Aprovação).
Eixo 3 - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde	Saúde do Trabalhador	Garantir e avançar na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do Sistema Único de Saúde, assegurando ambientes de trabalho saudáveis e promotores do bem-estar dos Trabalhadores e Trabalhadoras, comprometendo todos os níveis de gestão e incluindo as Práticas Integrativas e Complementares e psicossociais de promoção de saúde e de qualidade de vida, bem como de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador conforme as singularidades ergonômicas e laborais.
	Educação Permanente nos Serviços de Saúde	Implementar a Política de Educação Permanente investindo na formação de profissionais em tecnologia da informação em saúde; - a garantia da formação multiprofissional em práticas integrativas em saúde, ampliando o acesso dos usuários.

Eixo 4 – Financiamento do SUS e Relação Público-Privado	Alocação de Recursos Financeiros do SUS	Garantir e Ampliar o financiamento para a atenção básica, vigilância em saúde, e na rede de atenção psicossocial, Saúde Mental, Álcool e Drogas, assistência farmacêutica e revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), práticas integrativas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), TELESÁUDE, Saúde Bucal, Programa Academia da Cidade, Unidades de Pronto Atendimento, Hospital de Pequeno Porte, Hospital Médio Porte, Centro de Especialidade em Odontologia e Sala de Estabilização. AP, SE - garantir e ampliar financiamento. (92,6% de Aprovação). Reverter integralmente as ações e recursos financeiros do Programa “Farmácia Popular/Saúde não tem preço” para a estruturação da assistência farmacêutica pública na rede pública, inclusive na estruturação e financiamento de laboratórios estatais para pesquisa básica e produção de medicamentos, inclusive plantas medicinais e fitoterápicos, com revisão do fluxo e diminuição da burocracia para acesso ao medicamento. (79,0% de Aprovação).
Eixo 5 - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde	Redes de Atendimento Integral à Saúde Atenção Básica	Ampliar a Política Municipal, Estadual e Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), garantindo a continuidade, ofertando cursos de formação para os profissionais da Rede tais como: acupuntura, fitoterapia, homeopatia, entre outras; ampliar a oferta das PICs, garantindo a cobertura em 100% dos Serviços de Saúde da Rede e os recursos financeiros. (88,0% de Aprovação). Adequar a Legislação do Serviço de Saúde Mental como Programa de Cuidados na Atenção Básica com a criação de cargos, tais como: acompanhantes, terapeutas, educadores físicos, redutores de danos, oficineiros e terapeutas de práticas integrativas. (80,0% de Aprovação). Valorizar o saber popular no SUS, estimulando e fortalecendo as redes de cuidadores que construam ações de cuidado, arte, cultura e saúde, desde as práticas e tradições oriundas do saber acumulado dos povos. RN - valorizar saber popular e fortalecer redes de cuidadores tradicionais (NOVA) / interface com as PICs. (aprovada) Compor equipe multiprofissional (com especialistas em arte-terapia, farmácia homeopática, medicina antroposófica e musicoterapia), estrutura física, mobiliário, equipamentos e instrumentais para avançar nas Práticas Integrativas em Saúde (PIS), envolvendo os outros órgãos, devidamente capacitados, facilitando a otimização da intersectorialidade na saúde. (72,3% de Aprovação).
EIXO 07 - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS	Política Industrial e Complexo Industrial da Saúde, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação	Fortalecer Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (LFO), investindo na produção nacional de matérias primas, medicamentos essenciais, fitoterápicos, órteses, próteses, equipamentos, softwares, sistemas e outros insumos. (93,3% de Aprovação). Garantir a implementação e efetivação de Parques Industriais e de inovações tecnológicas nos municípios, estados, DF e União como polos de formação e capacitação profissional e infraestrutura, com ênfase na tecnologia de produção e informação, órteses e próteses e assistência farmacêutica, inclusive fitoterápica, homeopática e antroposófica, com viabilização de recursos estatais. (aprovada) Definir uma Política Nacional de incentivo as Inovações Tecnológicas no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. (91,1% de Aprovação). Fomentar e divulgar resultados de pesquisas sobre Educação Popular em Saúde e Práticas Integrativas e Complementares, garantindo o investimento público para a produção de conhecimento sobre o saber tradicional e práticas populares de cuidado. (97,5% de Aprovação).

		Incentivar, ampliar e fomentar pesquisas sobre os benefícios, eficácia e a segurança do uso de plantas medicinais (fitoterápicos), práticas alternativas (homeopatia, acupuntura, massagens, entre outros), medicamentos naturais, cosméticos e alimentos, agregando serviços de atenção farmacêutica, buscando desenvolvimento de inovações tecnológicas com aproveitamento da rica biodiversidade (fauna e flora) que o país possui e incentivando, assim, as equipes de saúde a disseminarem estas práticas, em defesa de uma política de preservação do ambiente e manejo sustentável dos recursos naturais. (91,1% de Aprovação) Fortalecer a implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares de saúde, com Controle Social e prestações de contas financeiras e de avanços tecnológicos. (71,5% de Aprovação). Aumentar e estimular o investimento em pesquisa nacionais divulgando os resultados de práticas alternativas através da incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias e assim fortalecer o complexo industrial produtivo da saúde e assistência farmacêutica. (90,8% de aprovação) Definir e pactuar ações intersetoriais que visem a internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços, nos diferentes níveis de atenção abrangendo a produção de fitoterápicos e a implantação de opções terapêuticas adequadas ao princípio de integralidade do SUS. (90,6% de aprovação). Fortalecer a atuação da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS) não apenas para a incorporação de tecnologias, mas para pressionar a produção e desenvolvimento nacional destas e antecipar novas demandas com exploração do potencial biológico da fauna e flora brasileira e pesquisas científicas voltadas para práticas integrativas e complementares, capacitando os profissionais de saúde e sensibilizando a população sobre o uso racional dos medicamentos, fitoterápicos e plantas medicinais. (95% de aprovação). Implementação de investimento na área da ciência e tecnologia, por meio da implantação das Farmácias com práticas integrativas e complementares (fitoterápicos e plantas medicinais) de acordo com a política nacional vigente, bem como por meio de pesquisa na flora e fauna brasileira, cuja matéria prima é a base de muitos estudos no exterior, propondo também a fiscalização da saída de toda matéria prima do País de forma não autorizada, ou seja, clandestinamente, além do uso de medicamentos fitoterápicos e da complementação de profissionais fisioterapeutas e/ou osteopatas na atuação da atenção básica. (94,7% de aprovação) Implantar e implementar convênios com instituições de ensino público e outras secretarias no âmbito da Assistência farmacêutica com medicamentos fitoterápicos, por meio da criação e fortalecimento dos hortos medicinais. (81,8% de aprovação)
	Pesquisa e Incorporação Tecnológica no SUS Medicamentos e Assistência Farmacêutica	
Moção de apoio a Ampliação da Oferta das Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Considerando: a Portaria nº 971/2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC; a Portaria nº 154/2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; a Portaria nº 853/2006 que identifica os procedimentos da PNPIC SUS; a gestão tripartite do SUS e o baixo custo sobre os recursos necessários; solicitamos à Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a contratação, bem como a inserção, no NASF, segundo necessidades e demandas locais, de: (1) acupunturistas profissionais de nível superior, além dos médicos, visto que essa não é uma prática de exclusividade médica; (2) profissionais de nível superior cadastrados pela CBO 2263 (Arteterapeutas, Equoterapeutas, Musicoterapeutas e Naturólogos); e (3) novas práticas de cuidado, não contempladas na PNPIC, em conformidade com as levantadas na avaliação do PMAQ 2º ciclo, adequando a Portaria nº 853/2006 para o registro de outros procedimentos em PIC, no intuito de ampliar o seu escopo. Essas ações, além de fortalecer efetivamente as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica, ampliarão o acesso da população às PIC. Destinatária/os: Comissão Intergestores Tripartite – CIT		

APÊNDICE D – Atas nº 160, 161, 162 CNS

Ata 160 CNS (8, 9 e 10 de novembro 2005)

ITEM 1 – APRESENTAÇÃO, APRECIACÃO E VOTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICINA NATURAL E PRÁTICAS COMPLEMENTARES.

A senhora **Iracema Benevides**, consultora técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) explicou que a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS foi definida a partir do documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” e teve como arcabouço teórico, as pesquisas da Professora **Madel Terezinha Luz, da UFRJ**. Para explicar o processo de regulamentação e construção da Política, destacou marcos históricos: Os relatórios finais da 8ª, 10ª, 11ª, 12ª Conferência Nacional da Saúde que deliberaram sobre essa pauta; as resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (1988); a Constituição de 1988; a inclusão dos procedimentos Consultas Médicas em acupuntura e Homeopatia na Tabela SIA/SUS (1999); as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001); o documento “Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional/2002- 2005” (2002); o GT nacional para elaboração da Política Nacional de Medicina Natural e das Práticas Complementares no SUS (2003), o relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003); Levantamento Nacional da Inserção da MNPC no SUS (2004); a inclusão da pauta como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa; e o Decreto Presidencial, de 17 de fevereiro de 2005, cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2005). Informou que em junho de 2003 foi definida a composição do GT para elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e das Práticas Complementares no SUS, com constituição de quatro subgrupos de trabalho (medicina tradicional chinesa–acupuntura; homeopatia, fitoterapia e medicina antroposófica) com vistas a realizar diagnóstico de inserção da MNPC no SUS. Para isso, fora enviado questionário a todas as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (maio e junho de 2004), tendo sido devolvidos 1.340 questionários dos quais 230 tinham respostas positivas quanto à inserção da MNPC no SUS (19 capitais e duas Secretarias Estaduais de Saúde). As respostas ao questionário: em relação à existência de ação referente à área da MNPC na Secretaria, **62,9% referia-se a práticas complementares, 50% a fitoterapia, 35,8% a homeopatia, 34,9% a medicina tradicional chinesa–acupuntura; e 1,7% a medicina antroposófica**. Sobre a existência de lei ou ato institucional criando os serviços, **94% responderam que não existia**.

Explicou que os objetivos da PMNPC: incorporar e implementar a MNPC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral; contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e para a ampliação do acesso a MNPC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável de comunidades; e estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. Apresentou as **dez diretrizes** gerais da política: **I. Estruturação e Fortalecimento da Atenção em MNPC no SUS**, mediante: incentivo à inserção da MNPC em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes; estabelecimento de mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; articulação com a Política Nacional de Atenção Saúde dos Povos

Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde; **II.** Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MNPC para profissionais no SUS em concordância com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente; **III.** Fortalecimento da participação social; **IV.** Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MNPC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional; **V.** Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações; **VI.** Garantia de acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva de ampliar a produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária; **VII.** Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos com qualidade e segurança das ações; **VIII.** Incentivo a pesquisa em MNPC com vistas ao aprimoramento da Atenção a Saúde, avaliando eficiência, eficácia e efetividade dos cuidados prestados; **IX.** Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para instrumentalização de processos de gestão; e **X.** Promoção de Cooperação Nacional e Internacional.

Apresentou as diretrizes específicas da Política. Na **Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura**, explicou que as diretrizes eram: inserção em todos os níveis do sistema, com ênfase na atenção básica; desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante à Política Nacional de Educação Permanente; divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS; garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e segurança das ações; desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/acupuntura; integração das ações da MTC/acupuntura com políticas de saúde afins; e incentivo à pesquisa com vistas a subsidiar a MTC/acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no Sistema. Em relação à **Homeopatia**, disse que as diretrizes específicas de ação eram: incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde; garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas; garantia do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito na perspectiva da ampliação da produção pública; apoio a projetos de formação e educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente; acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS; socialização de informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS. No que se refere à **Fitoterapia**, destacou que as diretrizes eram: incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país; promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS; garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; e estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS. A propósito da **Medicina Antroposófica**, expôs que a diretriz era incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde vinham sendo desenvolvidas experiências, no âmbito do SUS.

Seguindo, explicou que a Política fora pactuada na **Comissão Intergestora Tripartite**, em 17 de fevereiro de 2005, devendo retornar após aprovação pelo CNS para finalizar pontos referentes ao **financiamento**, quais sejam: **a)** garantia de financiamento para o desenvolvimento de estratégias de qualificação em MNPC, a serem negociadas nos Pólos de Educação Permanente; **b)** garantia de financiamento para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MNPC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS,

considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional; **c)** financiamento para a estruturação física dos serviços relacionados a MNPC (mecanismos para as três esferas de gestão); **d)** garantia de Inserção na tabela SIA/SUS dos códigos de procedimentos complementares à consulta médica em Acupuntura: Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas; Sessão de Acupuntura com Aplicação Auricular/Craniana - Sessão de Acupuntura - Outros procedimentos (aplicação de ventosas; eletroestimulação; aplicação de laser de baixa potência em acupuntura; infiltração de medicamentos); **d)** criação dos Códigos de Práticas Corporais em MTC-ACP; **e)** criação de incentivo à implantação e melhoria das farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos e/ou fitoterápicos segundo critérios estabelecidos; **f)** garantia de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS em parceria com outros setores; e **g)** estímulo à produção de medicamentos fitoterápicos e matrizes de medicamentos homeopáticos pelos laboratórios oficiais.

Concluída a apresentação, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez breve relato sobre as discussões da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS na Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia do CNS (CVSF), da qual era o coordenador. Explicou que a PMNPC foi objeto de debate da Comissão, nos últimos três meses, com a participação de segmentos diretamente envolvidos, tendo sido **aprovada pela CVSF/CNS**. Em relação ao texto, sugeriu que no capítulo da homeopatia, página 23, fosse incluída emenda aditiva à medida número 3 “ampliar a oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio das farmácias públicas de manipulação que atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área.”, por entender que era **necessário garantir que as farmácias homeopáticas não fossem meros estabelecimentos comerciais**. A conselheira **Maria Fúria Silva** manifestou satisfação com a PMNPC, entretanto, disse ser importante **instalar farmácias homeopáticas e fitoterápicas** em regiões próximas aos postos de saúde, a fim de facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos.

O conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que a Comissão recebera documento da Associação de Acupuntura questionando o documento, visto que, na visão da Associação, **o capítulo da acupuntura reservava um mercado para os médicos**. Também destacou o documento do **Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS)** que apresentava propostas de alteração ao documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do Ministério da Saúde”, quais sejam: mudança do nome da **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS para “Política Nacional de Práticas Complementares na Saúde”**; sejam **incluídos todos os profissionais de saúde que já tenham habilitação e regulamentação para executar as práticas da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura**, por meio do acréscimo na diretriz do documento “Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica”, re-elaborando os itens da estratégia Saúde da Família e na atenção básica e nos centros especializados; sejam estendidas a todos os profissionais da área da saúde na diretriz “Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC-acupuntura para profissionais no SUS, consoante à Política Nacional de Educação Permanente” no que diz respeito ao Incentivo à Capacitação em Microsistemas; na diretriz “Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC-acupuntura” sejam inseridos os respectivos códigos na tabela SIA/SUS, para os profissionais de saúde, para registro e financiamento das suas ações de promoção da saúde em MTC-acupuntura; **sejam incluídos todos os profissionais de saúde que já tenham habilitação e regulamentação para executar as práticas de homeopatia**, na diretriz “Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS”, incluindo no sistema de

informação do SUS os procedimentos de homeopatia referente à atividade de educação e saúde na atenção básica para o profissional de nível superior, **não se restringindo apenas ao profissional médico**; e sejam incluídos os profissionais de saúde que possuem habilitação e conhecimento para a prática de fitoterapia e medicina antroposófica. Após a apresentação dessas propostas, abriu o debate sobre o tema.

O conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa que, na sua concepção, consolidava um histórico de práticas complementares que vinham sendo construídas no SUS. Além disso, **solicitou que fosse reproduzido o documento “Medicina Natural e Práticas Complementares”, produzido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a fim de também servir de subsídio para discussão do tema. Também apresentou a sugestão do CFM de substituir o termo “Política de Medicina Natural” por “Política de Medicina Integrativa”, que consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional (milênar ou centenário), também científico, excluindo práticas alternativas baseadas em crendices, mitos e magias e está associada a modelos terapêuticos complementares, tais como acupuntura, homeopatia e fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos tais como a medicina antroposófica.** Considerou, ainda, que as práticas terapêuticas (acupuntura, homeopatia e fitoterapia) necessitavam de diagnóstico prévio e que a medicina tradicional chinesa não se resumia à acupuntura. **Por fim, destacou que as práticas medicinais eram feitas por médicos e as terapêuticas poderiam ser praticadas por outros profissionais da área da saúde.**

A conselheira **Geusa Dantas Lelis** explicou que, segundo a OMS, a Medicina Tradicional abarcava um arsenal terapêutico que incluía a acupuntura sistêmica, os microsistemas de acupuntura, as massagens, a Fitoterapia, os exercícios e a dietoterapia, com a finalidade de recuperação e manutenção da saúde. Além disso, destacou que o Conselho Federal de Medicina, no processo consulta nº 1.588-28/85, afirmou que **a acupuntura não era uma especialidade médica** e que a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1966, incluiu a **acupuntura entre as profissões na classificação internacional uniforme de ocupações**. Acrescentou ainda que o Ministério do Trabalho, a OIT e a UNESCO criaram a profissão de acupunturista na Classificação Brasileira de Ocupações e o Ministério do Trabalho estabeleceu o Código Brasileiro de Acupuntura, em 2002, incluindo acupunturista, fisioterapeuta-acupunturista e psicólogo-acupunturista. Dito isso, destacou que o FENTAS defendia a mudança do nome Medicina Natural e Práticas Complementares, por entender que essas práticas **poderiam ser exercida por qualquer profissional da saúde, desde que qualificado para isso.**

A conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** propôs que o **termalismo** fosse incluído nas Práticas Complementares, aproveitando o manancial de águas minerais do Brasil. O conselheiro **Eni Carajá Filho** também salientou a necessidade de o **termalismo** ser incluído no documento como prática complementar. A Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou o Ministério da Saúde pela Política, contudo, **lamentou o fato de o documento não ter sido enviado com antecedência aos conselheiros, para análise e apresentação de contribuições.** Nesse sentido, solicitou a Secretaria-Executiva do CNS que encaminhasse previamente aos conselheiros os documentos que necessitavam de votação, no mínimo, uma semana antes da reunião em que seria apreciado e votado. Também salientou a necessidade de incluir na PMNPC **o termalismo, que engloba a crenologia e a crenoterapia** (campos da medicina que utiliza as águas minerais com fins terapêuticos), de forma a aproveitar o manancial de águas minerais do Brasil, que era o maior do mundo. **Também defendeu que as práticas complementares pudessem ser exercidas por profissionais da saúde, não só médicos, desde que habilitados.**

Conselheiro **João Cândido da Silva** parabenizou os responsáveis pela elaboração do

documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares”, todavia, também lamentou o fato de não ter sido enviado com antecedência aos conselheiros para ser analisado de forma mais detalhada. Sugeriu que o documento apontasse a necessidade de criação de **centros de pesquisa e classificação das plantas do Brasil**, visto que várias companhias internacionais estavam conseguindo patentear plantas da biodiversidade brasileira.

O conselheiro **Odair Furtado** defendeu as propostas apresentadas pelo FENTAS, utilizando-se dos seguintes argumentos: o termo “**Práticas Complementares da Saúde**” era o mais viável a ser utilizado, pois refletia a idéia de um campo que era necessariamente **multidisciplinar**; as competências e habilidades comprovavam a capacidade dos profissionais da saúde em atuar nas práticas complementares e o Supremo Tribunal Federal garantiu a atuação do fisioterapeuta e do psicólogo na área da acupuntura; e é **necessário incentivar a pesquisa** necessariamente multidisciplinar para garantir a eficiência terapêutica e a qualidade dos serviços prestados ao usuário. O conselheiro **Carlos Alberto Duarte** também considerou que o termo “Medicina Natural e Práticas Complementares” restringia essa prática apenas à profissão médica, o que não deveria acontecer. Além disso, lembrou que **a medicina renegou a acupuntura e a homeopatia por considerá-las práticas alternativas** baseadas em credências, mitos e magias, assim, salientou a necessidade de lutar contra essa idéia. Também destacou que há muito tempo **os usuários lutavam contra o termo práticas alternativas**, uma vez que pressupunha uma coisa ou outra. Por fim, destacou a necessidade de valorização das **práticas complementares brasileiras como, por exemplo, as dos índios e dos negros**.

O conselheira **Maria Eugênia C. Cury** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa, visto que era fruto de um longo debate. Em relação às farmácias de manipulação de homeopáticos, perguntou se documento sugeria a formação de uma rede de farmácias de manipulação de homeopáticos do SUS, atendendo as orientações da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica. Também **defendeu as propostas do FENTAS**, por entender que o principal objetivo da Política era garantir o **efetivo acesso da população usuária do SUS às terapias alternativas**, logo, as várias profissões da saúde poderiam utilizar-se delas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** acrescentou que a odontologia, segundo o Decreto Lei de sua criação, poderia utilizar-se de práticas complementares como por exemplo a acupuntura e a fitoterapia. Nesse sentido, defendeu que outros profissionais de saúde também tivessem o direito de utilizar essas práticas no âmbito do SUS. A conselheira **Maria Leda de R. Dantas** cumprimentou o grupo responsável pela elaboração do documento e sugeriu que tratassem a Política do ponto de vista Político, Econômico e Social. Nesse sentido, salientou a necessidade de envolver o IPEA e a ANVISA nessa discussão.

Concluídas as intervenções, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse reconhecer a necessidade de o documento ter sido enviado com antecedência aos conselheiros, contudo, lembrou que o mesmo havia sido distribuído há cerca de três reuniões, pois o tema estava pautado e, por exigüidade de tempo, fora adiado. Na seqüência, passou a palavra à consultora técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), **Iracema Benevides**, para considerações sobre as falas dos conselheiros. A consultora iniciou explicando que “**Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS**” era um termo técnico e com tal fora utilizado. Contudo, disse que entendia a preocupação do Plenário de restringir essas práticas a uma única profissão. A propósito, explicou que **a PMNPC era plural e multidisciplinar**, logo, estava aberta a acolher outros profissionais de saúde, além dos médicos. Também concordou com a proposta de acréscimo ao documento no sentido de enfatizar a assistência farmacêutica e com a sugestão de serem produzidos homeopáticos nas farmácias de manipulação do SUS. Além disso, informou que fora elaborado banco de dados de plantas medicinais, inclusive com relação preliminar de plantas fitoterápicas. Este conselheiro agradeceu a consultora do DAB/MS pelos esclarecimentos e passou à definição

dos encaminhamentos. Destacou que, em face das falas dos conselheiros, havia **consenso** sobre as propostas de acréscimo ao item 3, Capítulo 4.2. Homeopatia, diretriz “provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública”, enfatizando a assistência farmacêutica e inclusão do termalismo entre as práticas complementares. Nesse sentido, disse que seria necessário discutir as propostas do FENTAS. Conselheiro **João José Cândido da Silva** sugeriu que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde que iniciasse processo de pesquisa, cadastramento e estudo de plantas da biodiversidade brasileira.

A conselheira **Zilda Arns Neumann** destacou que não seria possível aprovar o documento naquela reunião, visto que não havia sido enviado com a antecedência necessária para que os conselheiros pudessem apresentar contribuições. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** sugeriu que o Plenário **votasse as propostas apresentadas pelo FENTAS**, uma vez que havia consenso sobre as demais. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** propôs que o Plenário votasse o mérito do documento e aprofundasse o debate das considerações dos conselheiros e das propostas do FENTAS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o documento havia sido distribuído havia quatro meses, logo, poderia ser votado naquele momento. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** perguntou quais seriam as implicações caso o documento não fosse votado naquela reunião. A consultora técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), **Iracema Benevides**, explicou que tinha receio de não votar o documento na reunião e, por uma mudança política, a implementação da PMNPC não ser encaminhada. A conselheira **Zilda Arns Neumann** reiterou o pedido para que o documento não fosse votado na reunião. Diante dessa solicitação, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que a votação do documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” fosse adiada para a próxima reunião do CNS. Entretanto, registrou que a não aprovação do documento poderia trazer prejuízos incalculáveis para a sociedade brasileira. A conselheira **Zilda Arns Neumann** fez uso da palavra para retificar que o seu pedido de **adiamento da votação não traria prejuízos à população, mas sim benefícios, pois permitiria aos conselheiros analisar as propostas de alteração do documento, bem como apresentar novas proposições**.

Feito esse registro, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em votação a proposta de adiar a votação do documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” para a próxima reunião do CNS. **A proposta foi aprovada com um voto contrário e duas abstenções. Assim, a votação do documento seria feita na 161ª Reunião Ordinária do CNS, a realizar-se nos dias 14 e 15 de dezembro de 2005.** Diante dessa decisão, a Comissão de Vigilância Epidemiológica e Farmacoepidemiologia do CNS se reunirá nos próximos dias para incluir no documento as propostas dos conselheiros de consenso (ênfase à assistência farmacêutica e inclusão do termalismo entre as práticas complementares) e avaliar as novas sugestões de redação que porventura cheguem. Na oportunidade, também seriam discutidas as propostas do FENTAS.

Ata 161 CNS (14 e 15 de dezembro de 2005).

ITEM 3 – POLÍTICA NACIONAL DE MEDICINA NATURAL E PRÁTICAS COMPLEMENTARES

A Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS (PMNPC) foi submetida à apreciação dos conselheiros na última Reunião Ordinária do CNS, realizada no mês de novembro de 2005. Apesar de os conselheiros terem se manifestado favoravelmente à Política e apresentado várias contribuições ao texto, o Plenário decidiu adiar a votação da PMNPC para a 161ª Reunião Ordinária do CNS. Desse modo, a consultora

técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), Iracema Benevides, compareceu novamente ao CNS para dar continuidade ao debate. Conforme definição do Plenário, apresentou as alterações no texto promovidas pelo grupo técnico do Ministério da Saúde, com base nos destaques feitos pelos conselheiros, dentre as quais se destacam: a) modificar o nome da Política para “POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS”; b) exclusão do trecho “de acordo com a legislação vigente” das diretrizes gerais, do capítulo da acupuntura e do capítulo da homeopatia; c) inserção do Termalismo/Crenoterapia; e c) capítulo da acupuntura – substituição da palavra “médicos” por profissionais de saúde”. Disse que o grupo técnico não pôde responder aos destaques dos conselheiros relacionados à prática de acupuntura por outros profissionais de saúde. Após discussão, o Plenário aprovou a Política, com os seguintes encaminhamentos: a) exclusão do trecho “de acordo com a legislação vigente” de todo o texto; b) formação de GT, composto pelos conselheiros Rosane Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum; Nildes de Oliveira Andrade; Clóvis A. Boufleur; José Eri Medeiros; e Antônio Alves de Souza, para contribuir na elaboração das diretrizes sobre o termalismo e a acupuntura, a serem apresentadas na próxima reunião; c) mudança do nome da Política para “POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS”; e d) substituição da “médicos” por “profissionais de saúde”, no capítulo da homeopatia.

As Conselheiras **Solange Gonçalves Belchior** e **Lílian Aliche** assumiram a coordenação dos trabalhos, convidando para compor a mesa a consultora técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), **Iracema Benevides**, para dar continuidade ao debate do documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)”. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lembrou que esse documento foi submetido à apreciação dos conselheiros na última Reunião Ordinária do CNS, realizada no mês de novembro de 2005 e, apesar de terem sido apresentadas contribuições, o Plenário decidiu adiar a votação para a 161ª Reunião Ordinária do CNS. Desse modo, sugeriu que a consultora do DAB/MS, **Iracema Benevides**, apresentasse as modificações feitas no texto, conforme as sugestões dos conselheiros e destacasse as propostas não acatadas pelo Ministério da Saúde, a fim de que o Plenário se manifestasse sobre as mesmas.

A senhora **Iracema Benevides** apresentou as alterações no texto, promovidas pelo grupo técnico do Ministério da Saúde, com base nos destaques dos conselheiros. Iniciou explicitando que, após discussão, chegou-se a consenso sobre a mudança do nome da Política para “**Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**”. Desse modo, o grupo excluiu o parágrafo da Introdução justificando o nome “**POLÍTICA NACIONAL DE MEDICINA NATURAL E PRÁTICAS COMPLEMENTARES**”. Em relação ao termalismo, disse que o Ministério da Saúde acatou o destaque, com inclusão do capítulo “Termalismo/Crenoterapia” onde foi apresentada a proposta de **observatório das experiências** consolidadas no termalismo social, acompanhando sua inserção no SUS local. Informou que a Conselheira **Zilda Arns Neumann** enviou documento com diretrizes sobre o termalismo, contudo, não foi possível discuti-las com o Ministério da Saúde. Também sinalizou a inclusão do Relatório Final do Seminário “**Águas Minerais do Brasil**”, **realizado em outubro de 2005**, entre os eventos com destaque na regulamentação e tentativas de construção da política e de referência conceitual do termalismo e da crenoterapia nas diretrizes gerais do documento. Além disso, disse que, na reunião com o Fórum de Entidades de Trabalhadores da Saúde (FENTAS), foi acordada a exclusão do trecho “de acordo com a legislação vigente” do capítulo 3, que explicitava as Diretrizes da Política. Seguindo, falou sobre o item 4.1, que trata da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura. Explicou **que a prática da acupuntura por outros profissionais de saúde, além dos médicos, foi o principal ponto de discussão com o FENTAS**, contudo, o grupo técnico não conseguiu responder aos destaques do Fórum. Assim, apresentaria os destaques ao texto para que o

Plenário deliberasse sobre os mesmos, sendo: substituição do termo “médicos” por “profissionais de saúde com especialização em acupuntura”; exclusão do trecho “de acordo com a legislação vigente”; retirada da proposta de capacitação em microssistemas, por entender que seria necessária a especialização completa; acréscimo ao item “e”, que passaria a ter como redação “Médicos acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade”; e nos itens de “b” a “f” – **considerar a necessidade do título de especialização e que não haveria restrição quanto ao uso da acupuntura para qualquer profissional de saúde com especialização reconhecida**. Continuando, explicou que na Diretriz MTCA 2 foi excluído o primeiro parágrafo e na Diretriz MTCA 5 foi incluído parágrafo sobre a regulamentação dos códigos SAI/SUS para registro dos procedimentos de acupuntura realizado pelas demais categorias profissionais: Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Farmácia, etc. Em relação ao Capítulo da Homeopatia, destacou a exclusão do trecho “de acordo com a legislação vigente” e, na diretriz H 5, item 3, a substituição do termo “profissional de nível superior, médico” por **“profissionais de saúde de nível superior”**. Em síntese, reiterou que o Ministério da Saúde acatou os destaques relativos ao nome da Política e decidiu reapresentar os destaques relativos à acupuntura. Concluída a apresentação das alterações,

A conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que os conselheiros se manifestassem sobre as alterações acatadas pelo Ministério da Saúde. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** perguntou qual as justificativas para a exclusão do trecho “de acordo com a legislação vigente”. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** explicou que o Fórum solicitou a supressão do trecho “de acordo com a legislação vigente”, porque **a legislação vigente centrava-se apenas nos médicos, desconsiderando as demais profissões da saúde**. Além disso, apresentou outros esclarecimentos, antes de abrir o debate. Explicou que **o Ministério da Saúde acatou as propostas de mudar o nome da Política para “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS”; substituir, no capítulo da homeopatia, o termo “médicos” por “profissionais de saúde”; e incluir capítulo sobre Termalismo**. Também informou o Plenário sobre a proposta de constituir GT do CNS para debater as diretrizes para a acupuntura e o Termalismo. Assim, a intenção era apreciar e aprovar os itens da Política, com exceção dos dois supracitados. Após esse esclarecimento, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** perguntou se havia questionamento sobre as propostas acatadas pelo Ministério da Saúde.

A conselheira **Gysélle Saddi Tannous** fez uso da palavra para registrar que a Política seria implementada de acordo com a legislação vigente, ainda que o trecho “de acordo com a legislação vigente” fosse excluído do documento. O conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou que a supressão do trecho **“de acordo com a legislação vigente” representava uma exclusão dos médicos da Política e do SUS**. Nesse sentido, ponderou sobre a possibilidade recuperar o trecho excluído do documento, que determinava o desenvolvimento da Medicina Natural em caráter multiprofissional, de acordo com a legislação vigente para as categorias profissionais presentes no SUS. A conselheira **Rosane Nascimento da Silva** endossou a proposta apresentada pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, uma vez que considerava a legislação vigente, adequando-a às demais profissões de saúde. O conselheiro **Francisco Batista Júnior**, diante das ponderações dos Conselheiros **Francisco das Chagas Monteiro** e **Gysélle Saddi Tannous**, apresentou nova proposta de redação para o capítulo da homeopatia, nos seguintes termos “desenvolvimento da homeopatia, em caráter multiprofissional, obedecendo e adequando a legislação vigente às ações multiprofissionais do Sistema Único de Saúde.”

O conselheiro **Clóvis A. Boufleur** fez uso da palavra para registrar a sua posição favorável à votação da Política de Medicina Natural e Práticas Complementares” na reunião, apesar de compreender a necessidade de aprofundar o debate sobre as diretrizes do

Termalismo e Acupuntura. O conselheiro **José Eri Medeiros** colocou-se à disposição para participar do GT para elaboração das diretrizes para a Acupuntura e o Termalismo.

O Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** disse que, apesar da preocupação com o termo “complementando”, acatava a proposta do Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, que por sua vez apresentou nova proposta de redação seguindo a Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**: “desenvolvimento da homeopatia, em caráter multiprofissional, obedecendo e complementando a legislação vigente às ações multiprofissionais do SUS.”

A conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que citar o trecho “de acordo com a legislação vigente”, de fato, poderia criar impeditivo legal para a execução das práticas complementares por outros profissionais da saúde, além dos médicos e, por essa razão, o FENTAS sugeriu a sua supressão. Também afirmou que a redação alternativa não resolveria a polêmica e os eventuais conflitos, pois o termo “adequando” apontava a necessidade de criar legislação específica para as demais profissões da saúde, o que retardaria o processo de implantação da Política. Em face desses argumentos, perguntou sobre a manutenção das propostas contrárias. O Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** retirou a proposta. O conselheiro **Francisco Batista Júnior** também retirou, contudo, disse a exclusão do trecho “de acordo com a legislação vigente” não garantiria a prática da acupuntura por profissionais de saúde não médicos. Em contraposição, o Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** defendeu a manutenção do seguinte trecho no texto “desenvolvimento da MNPC em caráter multiprofissional, de acordo com a legislação vigente para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção”. Assim, diante da falta de consenso sobre essa matéria, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** colocou em votação as duas propostas: **1) aprovar a nova proposta do Ministério da Saúde que exclui o trecho “de acordo com a legislação vigente” de todo o texto; ou 2) recuperar o trecho “desenvolvimento da MNPC em caráter multiprofissional, de acordo com a legislação vigente para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção”.** **A proposta número 1 recebeu sete votos. A proposta número 2, quatro votos. Três abstenções. Foi vencedora a proposta número 1. Considerando que não houve novos destaques, o Plenário acatou as demais propostas incorporadas pelo Ministério da Saúde.**

Na seqüência, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** colocou em discussão os destaques não acatados pelo Ministério da Saúde. A propósito, reapresentou a proposta de constituir GT para discutir as diretrizes do Termalismo e da Acupuntura e trazer os resultados na próxima reunião do CNS. Não havendo novas proposições, colocou em votação a proposta: constituir GT para discutir as diretrizes do Termalismo e da Acupuntura e trazer os resultados na próxima reunião do CNS. **A proposta recebeu quatorze votos a favor. Nenhum voto contrário. Duas abstenções.** Diante desse resultado, solicitou que os segmentos indicassem os seus representantes para participar do GT. **Foram indicados os seguintes nomes: segmento dos usuários: Nildes de Oliveira Andrade e Clóvis A. Bouffleur; segmento dos trabalhadores da saúde: Rosane Nascimento da Silva e Rozângela Fernandes Camapum; e segmento dos gestores e prestadores de serviço: José Eri Medeiros e Antônio Alves de Souza.** Conselheiro **José Eri Medeiros** também colocou a assessoria do CONASEMS à disposição para contribuir nos trabalhos do GT. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, em nome do segmento dos usuários, indicou o nome do Dr. **Marcos Untura Filho**, especialista em termalismo, para contribuir com os trabalhos do GT, na condição de convidado. A conselheira **Solange Gonçalves Belchior** colocou em votação a proposta: substituir o termo “médicos” por “profissionais de saúde”, no capítulo da Homeopatia. **A proposta foi aprovada por unanimidade dos presentes. Votados esses ponto, formalizou a aprovação da proposta de mudar o nome da Política para “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS”, uma vez que não houve questionamento.**

Ata 162 CNS – (08 e 09 de fevereiro 2006)

ITEM 11 – APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE ACUPUNTURA E TERMALISMO DENTRO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

Os Conselheiros **José Eri de Medeiros** e **Clóvis A. Bouffleur** assumiram a coordenação dos trabalhos convidando para compor a mesa a representante do DAB/SAS/MS, **Camem Lúcia De Simoni**. Conselheiro **José Eri de Medeiros** lembrou que, na última reunião do CNS, o Plenário aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e constituiu GT para contribuir na re-elaboração do capítulo da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura e na elaboração do capítulo do Termalismo. Assim, informou que o GT reuniu-se e fez alterações ao capítulo da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura e elaborou o capítulo do Termalismo. Feitos esses esclarecimentos, destinou prazo para que os conselheiros fizessem a leitura dos textos.

Concluída a leitura, a representante do DAB/SAS/MS, **Camem Lúcia De Simoni**, apresentou o texto relativo ao Termalismo, com destaques para os seguintes pontos: novo nome - Termalismo Social/Crenoterapia; inclusão da caracterização conceitual do Termalismo/Crenoterapia; definição das diretrizes; e melhoria do glossário e da bibliografia. **Não havendo destaques, o texto foi aprovado por unanimidade.**

Na sequência, passou à apresentação do texto da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, detalhando as várias alterações feitas no texto original, dentre as quais se destacam: **1) marco conceitual:** nova redação para os seguintes trechos: “A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos”; e “**Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas Unidades Federais**”; **2) item 4.1.** Na Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura: nova redação nos seguintes termos: “Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura **em caráter multiprofissional**, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção”; **3) Diretriz 1:** **a)** item 1 “Na estratégia Saúde da Família e na atenção básica” - supressão de todo texto; **b)** item 2. Centros especializados, letra a: substituição de “médicos” por “Profissionais de saúde”; **4) Diretriz 5 – item 2** - inclusão do trecho: “Regulamentação dos códigos SAI/SUS para registro dos procedimentos de acupuntura realizado pelas categorias profissionais contempladas nesta política: Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Psicologia.”; e **5) Diretriz 7 –** não definir os critérios de pesquisa clínica, pois os mesmos deveriam ser balizados pela CONEP/CNS. **Não havendo destaques, o texto foi aprovado.** Conselheiro **José Eri Medeiros** apresentou a proposta de manter o GT para acompanhar a implementação da PNPIC no SUS. **Não houve posições contrárias à proposta.**