

ALINE OLIVEIRA ROCHA

**UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS E O
PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Mestrado Profissional em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania, para a obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Vanessa Lana

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2022**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

R484a
2022
Rocha, Aline Oliveira, 1992-
Uma análise sobre o processo de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e o princípio da integralidade / Aline Oliveira Rocha. – Viçosa, MG, 2022.

1 dissertação eletrônica (138 f.): il. (algumas color.).

Orientador: Vanessa Lana.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa, Departamento de História, 2022.

Referências bibliográficas: f. 132-138.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2022.204>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Saúde pública - Brasil - Administração. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) - História. 3. Medicina alternativa. 4. Medicina integrativa. 5. Saúde holística. 6. Terapia antroposófica. 7. Homeopatia. 8. Medicina oriental. I. Lana, Vanessa, 1982-. II. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de História. Mestrado Profissional em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania. III. Título.

CDD 22. ed. 353.627481

Bibliotecário(a) responsável: Euzebio Luiz Pinto CRB 6/3317

ALINE OLIVEIRA ROCHA

**UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS E O
PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Mestrado Profissional em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania, para a obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 31 de março de 2022

Assentimento:

Aline Oliveira Rocha
Autora

Vanessa Lana
Orientadora

A Deus, que me sustentou, capacitou e permitiu chegar até aqui. Por todas as vezes que Ele fez o que eu não podia mais fazer.

AGRADECIMENTOS

Acredito que escrever os agradecimentos seja um dos momentos mais esperados por aqueles que se dedicam a realização de trabalhos acadêmicos. Normalmente deixamos esta escrita para o final, após termos concluído nosso trabalho, quando estamos repletos de alívio e sentimentos de superação e gratidão. E eu não escapo a essa lógica.

Todo o processo de realização desse trabalho não foi fácil, principalmente por ter sido agravado pela pandemia do Covid-19. Realizar uma pesquisa em meio ao caos que vivenciamos, foi desafiador de muitas formas, e isso torna esse momento, a escrita dos agradecimentos, ainda mais especial.

Eu início agradecendo a Deus, não poderia ser de outra forma. Ele me sustentou e eu não tenho dúvidas que a autoria dessa dissertação deve o ter como coautor. Obrigada Aba Pai!

Agradeço aos meus pais, César e Tannia. Palavras não são capazes de descrever a minha gratidão e amor a vocês. Obrigada por me proporcionarem isso. Por me apoiarem, acreditarem em mim e tornarem algo tão pesado, tão mais leve. Eu não estaria onde estou agora, em todas as áreas da minha vida, sem vocês ao meu lado. Obrigada Pai por todo carinho. Obrigada mãe por todo o incentivo e paciência. Vocês já sabiam que eu chegaria até aqui quando eu já não acreditava mais. Obrigada pelas orações. Todo meu amor e gratidão. Dedico este título a vocês.

Ao meu noivo, Carlos, por estar ao meu lado em todo esse processo. Obrigada pelas broncas, apoio, atenção, carinho e incentivo. Você acreditou em mim quando eu não acreditei. Obrigada por todas as vezes que você reforçou que eu era capaz até que eu acreditasse. Pelo seu amor e ser meu companheiro nesta jornada, obrigada.

À minha orientadora Vanessa Lana, pela paciência, ensinamentos, orientações e disposição. Obrigada por apoiar este trabalho e me direcionar o melhor caminho. Obrigada pelo carinho. Você é um grande exemplo e tem toda a minha gratidão, respeito e admiração.

À Priscila minha psicóloga, por tornar a minha vida mais leve. Você me acompanhou durante este processo e esta conquista é sua conquista também.

À minha amiga Meggie, que me incentivou, animou, torceu e ouviu meus desabafos. Obrigada por ficar e entender a minha ausência. Por todas as conversas, risadas e incentivo a minha “autoestima” intelectual. Você vibra com essa conquista, eu sei disso e sou muito grata. Você nunca duvidou e mesmo longe se fez presente.

Aos meus amigos da turma de 2019 do mestrado, especialmente ao Fabio, Isadora e Vânia. Nós sabemos como foi esse processo. Obrigada por estarem sempre ali dispostos a ajudar e socorrer. Vocês são muito especiais.

À Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Mestrado em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania, pela oportunidade de realizar este sonho em tornar-me mestre.

Aos professores do Mestrado em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania da UFV, pelo conhecimento e aprendizagem nas disciplinas cursadas.

Aos membros da banca de defesa, Leonardo Civalle (UFV), Luís Antônio Teixeira (FIOCRUZ) por aceitarem fazer parte da defesa deste trabalho.

A todos que de alguma maneira colaboraram, oraram, incentivaram e participaram desta trajetória.

A mim mesma, por ter me permitido chegar até aqui.

O presente trabalho foi realizado com apoi da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Uma vida sem gratidão é uma vida vazia!

RESUMO

ROCHA, Aline Oliveira, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2022. **Uma análise sobre o processo de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e o princípio da Integralidade.** Orientadora: Vanessa Lana.

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde a partir de uma análise sobre seu processo histórico de construção. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de natureza exploratória. Para o estudo bibliográfico foram analisados livros e publicações científicas, e para o estudo documental foram analisados documentos oficiais de domínio público e sites oficiais do governo. O objetivo dessa pesquisa é analisar a criação da PNPIC a partir do seu processo de construção enquanto um dos mecanismos na busca de efetivar o princípio da integralidade no SUS. Atualmente, a política conta com uma gama de 29 práticas integrativas e complementares, formando um campo heterogêneo ao incluir diferentes racionalidades médicas e práticas terapêuticas, no âmbito do domínio biomédico de saúde. A fim de analisar a PNPIC, esse trabalho discute os conceitos de promoção de saúde e integralidade ao traçar as historicidades na construção dessa política no contexto nacional. A PNPIC defende uma visão integrativa de saúde frente a hegemonia do modelo biomédico, e marca a institucionalização de práticas integrativas e complementares no sistema público de saúde, representando a crescente demanda pelo cuidado integral.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares. Integralidade. Promoção da Saúde

ABSTRACT

ROCHA, Aline Oliveira, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, March, 2022. **Uma análise sobre o processo de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e o princípio da Integralidade.** Adviser: Vanessa Lana.

This dissertation aims to analyze the National Policy of Integrative and Complimentary Practices from an analysis of its historical process of construction. It's a bibliographical and documentary research, of an exploratory nature. For the bibliographic study, books were analyzed and scientific publications and for the documentary study, official documents in the public domain and official websites were analyzed. The objective of this research is to analyze the creation for PNPIC from its construction process as one of the mechanisms in the search to implement the principle of integrality in the SUS. The National Policy of Integrative and Complementary Practices of Health System, has a range of 29 integrative practices, forming a heterogeneous field because it includes different medical rationales and different therapeutic practices in the biomedical health field. In order to analyze the PNPIC, this work discusses the concepts of health promotion and integrality by tracing the historicities in the construction of this policy in the national context. The PNPIC defends an integrative vision of health in the face of the hegemony of the biomedical model, and marks the institutionalization of integrative and complementary practices in the public health system, representing the growing for comprehensive care.

Keywords: Integrative and Complementary Practices. Completeness. Health Promotion.

RESUMO

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARENA Aliança Renovadora Nacional
CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIPLA Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CFBM Conselho Nacional de Biomedicina
CNS Conferência Nacional de Saúde
CNVS Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
ESF Estratégia de Saúde da Família
GT Grupo de Trabalho
IAPs Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS Instituto Nacional de Previdência Social
MDB Movimento Democrático Brasileiro
MNPC Medicina Natural e Práticas Complementares
MOPS Movimento Popular em Saúde
MTC Medicina Tradicional Chinesa
MT/MCA Medicina Tradicional/ Medicina Complementar e Alternativa
OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde
PIASS Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PICs Práticas Integrativas e Complementares
PND Plano Nacional de Desenvolvimento
PNPIC Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde
RM Racionalidades Médicas
SNS Sistema Nacional de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I.....	15
CAPÍTULO 1 - OS CONCEITOS QUE EMBASAM A PNPIC E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS.....	16
1.1 Modelo biomédico, a medicalização e as racionalidades médicas.....	16
1.2 Antecedentes do SUS.....	27
1.3 Criação do SUS.....	36
1.4 Princípios e Diretrizes do SUS.....	43
CAPÍTULO 2 - O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) - SUS.....	51
2.1 O início da discussão sobre as PICs.....	52
2.2 Os anos 80 e o cenário nacional.....	55
2.3 A discussão sobre as PICs nos anos 90.....	60
2.4 A discussão sobre as PICs nos anos 2000.....	65
CAPÍTULO 3 - A CRIAÇÃO DA PNPIC E SUA RELAÇÃO COM A INTEGRALIDADE.....	79
3.1 A criação da PNPIC.....	79
3.2 Pensando a Integralidade.....	88
3.3 A Integralidade e a PNPIC.....	92
PARTE II.....	97
CARTILHA: CONHECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS.....	98
PRODUTO FINAL.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS.....	132

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é uma grande referência mundial na oferta de práticas integrativas e complementares (PICs) na Atenção Primária à Saúde. A criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS no ano de 2006, reflete as indicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à introdução e valorização de práticas consideradas alternativas aos sistemas de saúde. A PNPIC é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) enquanto a abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a quem podia pagar e, junto com as políticas nacionais de Promoção da Saúde, um forte arcabouço legal para a existência das PICs no SUS¹.

Essa pesquisa tem como objeto de estudo a PNPIC, mais precisamente o seu processo de construção que incluiu no SUS, atualmente, 29 práticas integrativas e complementares, se diferenciando entre sistemas médicos complexos e ações terapêuticas. Apesar de sua implementação no ano de 2006, o caminho percorrido de debates e medidas regulatórias se iniciou no final dos anos 1980 no Brasil e muitos embates foram travados até a sua institucionalização.

No ano de 2006 através da Portaria nº971/2006², incorporou-se aos serviços prestados pelo SUS cinco práticas terapêuticas: a Homeopatia, a Fitoterapia/Plantas Medicinais, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Medicina Antroposófica e o Termalismo Social/Crenoterapia. Já em 2017 pela Portaria nº145/2017³, o MS incluiu ao rol de procedimentos dos SUS as práticas integrativas de Arteterapia, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia e Reiki. Complementando essa Portaria, no dia 28 de março desse mesmo ano, instituiu-se a Portaria nº 849/2017⁴ implementando à PNPIC mais 7 terapias: Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Reflexoterapia, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Em março de 2018, mais 10 práticas foram incorporadas à política por meio da Portaria nº708/2018⁵. São elas: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia, e Terapia de Florais, totalizando 29 práticas integrativas e complementares ofertadas pelo SUS através da implementação da PNPIC.

¹ SILVA, Isis Daniella Carvalho. **Política nacional de práticas integrativas e complementares**: uma análise a partir do tripé epistemológico-crítico, 2014, p. 56

² BRASIL. **Portaria nº971**, de 03 Acesso em: 10/09/2021.

³ BRASIL. **Portaria nº 145**, de 11 de janeiro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0145_11_01_2017.html Acesso em: 10/09/2021.

⁴ BRASIL. **Portaria nº 849**, de 27 de março de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0145_11_01_2017.html Acesso em: 10/09/2021

⁵ Brasil, Opc. Cit, 2006.

Tomando a PNPIC como objeto de estudo, a proposta deste trabalho é analisar e discutir o processo de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, como um mecanismo para efetivar o princípio da integralidade no SUS. Pretendemos analisar o processo de construção da PNPIC através do percurso histórico desde os anos 70, quando se tem as primeiras menções com relação a importância e indicativos de introdução das PICs nos sistemas de saúde incentivados pela OMS, até 2006 ano de sua criação, buscando evidências que embasem a nossa proposta de pesquisa.

Antes de refazermos esse caminho histórico, já constatamos o apelo à integralidade presente nessas práticas através da pesquisa bibliográfica. Segundo Madel Luz, essas práticas possuem maior teor de integralidade no trato da saúde, se contrapondo à premissa da ciência moderna, ao colocar no centro da atenção o sujeito e suas particularidades e não a doença em si. Dessa forma, as práticas são realizadas levando em consideração o todo do sujeito, desde os aspectos fisiológicos a questões psíquicas e espirituais⁶.

A OMS utiliza o termo Medicina Tradicional para se referir às práticas médicas que se originaram da cultura de cada país, como por exemplo a medicina tradicional chinesa. Para a OMS nos países onde o sistema de saúde realiza ações com base na biomedicina, a Medicina Tradicional é classificada como Medicinas Tradicionais/Complementares e Alternativas (MT/CA), que significa o conjunto diversificado de ações terapêuticas que diferem da biomedicina ocidental, incluindo práticas manuais e espirituais, com partes de animais, ervas e minerais, sem o uso de medicamentos quimicamente manipulados, e atividades corporais. Entretanto não há consenso a respeito dessa nomenclatura, devido as diferentes realidades em todo o mundo. Sendo assim, no Brasil utiliza-se o termo: praticas integrativas e complementares (PICs), formulado pelo MS⁷.

Ainda com relação a nomenclaturas há um embate sobre os termos específicos para diferenciar cada uma das práticas. Essa diferenciação se embasa na sua origem e na forma de abordagem. As práticas alternativas, são aquelas que podem substituir, serem usadas no lugar de algum procedimento biomédico. Quando as práticas são usadas juntamente com as práticas biomédicas, são chamadas de complementares, e quando são usadas conjuntamente baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, são chamadas de integrativas. As práticas tradicionais são aquelas embasadas em conhecimentos e crenças

⁶ LUZ, Madel Therezinha. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas**: Novos Paradigmas em Saúde no fim do séx XX. Ciência Saúde Coletiva, 2005. p. 167

⁷ MARQUES, Joyce Viana. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: um olhar sobre a formação profissional, 2020, p. 145

diversas, com aporte cultural⁸. Popularmente, se considera como práticas alternativas qualquer ação médica que não seja do domínio biomédico. Há uma polêmica sobre o termo “alternativa”, pois muitos pesquisadores não consideram que essas práticas possam ser usadas em substituição há algum procedimento biomédico, e sim atreladas, complementando ou integrando a ação médica. Sendo assim o MS adotou o termo já citado, PICs⁹, definindo-as como integrativas e complementares e excluindo o termo “alternativa” da nomenclatura brasileira.

O gatilho que impulsionou a escolha desse tema ocorreu no final do ano de 2020, enquanto pesquisávamos sobre uma prática de cura específica, tema do projeto que antecedeu a esse. Enquanto procurávamos por informações acerca do uso de plantas medicinais nas práticas de cura tradicionais, nos deparamos com uma reportagem que falava sobre a introdução de mais práticas integrativas e complementares ao SUS através da PNPIC. Naquele momento não sabíamos do que se tratava a política, mas ao ler a reportagem nos deparamos com práticas como a Fitoterapia, o Reiki, a Massoterapia, inclusas aos procedimentos do SUS, e isso de imediato chamou nossa atenção.

Ao pesquisarmos mais a fundo sobre a PNPIC nos surpreendemos com a quantidade de práticas inclusas aos serviços do Sistema Único de Saúde, mas o que mais nos impactou foi o fato de não termos sequer o menor conhecimento sobre a existência dessa política. Esse foi o gatilho inicial. Ao iniciarmos a pesquisa bibliográfica percebemos o baixo número de trabalhos sobre o tema, assim como o acesso aos dados também é bastante limitado. Isso se deve em partes ao ano de instauração da política, tornando-a muito recente, o que abre a possibilidade para o desenvolvimento de vários estudos pioneiros.

Partimos então para a pesquisa sobre as práticas integrativas e complementares e nos deparamos com os estudos de Madel Luz que analisava as PICs com base em um conceito que ela denominou como: “racionalidades médicas”. Segundo Luz essas práticas poderiam se constituir como sistemas médicos complexos ou ações terapêuticas e possuíam um grande teor de integralidade, diferente do modelo biomédico¹⁰.

Ao lermos o texto da Portaria nº 971/2006, nos deparamos com o termo integralidade e o identificamos um princípio normativo do SUS. A referência direta a esse princípio, desencadeou nosso objetivo de pesquisa. Queríamos entender como ocorreu esse processo, como a criação dessa política estaria ligada a integralidade, pois sabemos que a criação de algo

⁸ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês. **A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde**. *Ciencia Saúde Coletiva*, 2013, p. 3425.

⁹ *Ibid.*, p. 3432

¹⁰ LUZ. *Op. Cit.*, p. 32

é sempre precedida por um processo de construção que envolve discussões, embates, pequenas e gradativas conquistas. Nosso objetivo era analisar a criação da PNPIC enquanto um mecanismo de efetividade do princípio da integralidade no SUS, a partir do seu processo de construção.

A pesquisa se dividiu em dois momentos. No primeiro momento realizamos nossa pesquisa bibliográfica, analisamos conceitos e embasamos teoricamente nosso trabalho, já no segundo momento partimos para a análise das nossas fontes, relatórios finais de conferências, portarias normativas, análise de projetos de comissões e medidas regulatórias, tudo disponibilizado através de plataformas digitais. A escolha das fontes seguiu as indicações do próprio texto da Portaria nº971/2006 que elenca os principais eventos e documentos importantes no processo de construção da PNPIC. Além disso, pretendíamos analisar os dados que estivessem ligados ao processo de institucionalização da política, conectadas as principais discussões realizadas por órgãos oficiais do governo. A análise das nossas fontes seguiu da problematização e busca por averiguar nossa hipótese de pesquisa. Desenvolvemos ainda o “produto final”, exigência do mestrado profissional, visando integrar a teoria à prática.

Estruturamos nossa dissertação em quatro capítulos divididos em duas partes. Na primeira parte se encontram os três primeiros capítulos e na segunda parte, o “produto final”.

O primeiro capítulo se constitui de uma revisão bibliográfica na qual analisamos os principais conceitos e problematizações que embasam as questões teóricas referentes ao processo de construção da PNPIC. Abordamos a hegemonia do modelo biomédico, a medicalização, o conceito de racionalidades médicas e a relação com a integralidade. Finalizamos esse capítulo percorrendo o processo de construção do SUS, que em alguns pontos se assemelha com o próprio processo de constituição da política nacional. Esse percurso se faz necessário pois a PNPIC se desenvolve no SUS atrelada a um de seus princípios.

No segundo capítulo desenvolvemos o trabalho com as fontes buscando analisar o processo de construção da PNPIC, de 1985 a 2006, a partir de um percurso histórico embasado nos principais eventos e documentos, que são elencados como os mais importantes nas tentativas de construção da política. Percorreremos cada uma de nossas fontes focando nos pontos relacionados à introdução de PICs ao sistema de saúde, nos atentando para a relação feita com a integralidade.

O terceiro capítulo se constitui por meio de problematizações nas quais analisamos a relação entre o princípio da integralidade e a criação da política no SUS com base no trabalho com o nosso problema: A PNPIC pode ser considerada uma forma de se alcançar a integralidade no SUS? Dessa forma buscamos alcançar nosso objetivo de pesquisa que é, analisar a criação

da PNPIC enquanto um dos mecanismos de efetivação do princípio da integralidade no SUS, a partir do seu processo de construção. Nesse capítulo discutimos essa relação como parte essencial do novo paradigma de saúde que se busca alcançar em todo o mundo.

Na segunda parte do trabalho, apresentamos nosso “produto final”, fruto de todo o percurso realizado até então. Diante da importância da PNPIC e da pouca informação sobre a mesma, confeccionamos uma cartilha: “Conhecendo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”, que tem como objetivo informar a sociedade sobre a importância, existência e maneiras de se ter acesso as práticas inclusas pela política no SUS.

Finalizamos essa pesquisa com nossas considerações finais a cerca de todo o conhecimento percorrido e criado. É possível encontrar nas paginas finais do trabalho a listagem das nossas fontes de pesquisa.

PARTE I

CAPÍTULO 1 - OS CONCEITOS QUE EMBASAM A PNPIC E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

O objetivo deste capítulo é analisar os principais conceitos e problematizações que embasam a construção do nosso objeto de pesquisa, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Além disso, percorreremos o processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, berço da política em análise.

Iniciaremos o capítulo debatendo sobre o “Modelo biomédico” e o processo de medicalização diante das suas limitações enquanto um sistema médico integral. Em seguida, em contraponto a esse conceito, analisaremos os principais pontos para se pensar a categoria “Racionalidades Médicas” e sua relação com a possibilidade de construção de um modelo mais integral de saúde. A análise desses conceitos se faz necessária pela dominância da medicina biomédica com relação aos serviços prestados pelo SUS e pelo baixo teor de integralidade, um dos princípios do sistema, dentro desse modelo. A discussão acerca do conceito de Racionalidades Médicas se justifica pela sua presença na construção da PNPIC, diante da incorporação de outros sistemas médicos complexos e práticas integrativas e complementares de caráter mais integral, ao sistema.

Analisaremos posteriormente o processo de construção do SUS e seus antecedentes históricos, que englobam os conceitos e discussões elencados acima. A construção do Sistema Único de Saúde percorreu um longo processo de intensas discussões, movimentos e lutas em prol da construção de um sistema de saúde unificado e universal. Esse processo em muitos pontos converge com o percurso de construção da própria PNPIC e os princípios e diretrizes do sistema abrem espaço para a criação dessa política e sua incorporação ao SUS.

1.1 Modelo biomédico, a medicalização e as racionalidades médicas

A Medicina Ocidental Contemporânea ou Biomedicina tem por base uma forma específica de cuidar da saúde: o modelo biomédico, que a partir de uma análise especializada e fragmentada do sujeito doente, considera a doença como objeto primordial de intervenção e produção do conhecimento. Entendemos nesse trabalho que o “modelo biomédico” se concentra em fatores biológicos, tecnicista, individualista, curativista, hospitalocêntrico e exclui as influências sociais, ambientais e psicológicas na promoção da saúde, não abordando a totalidade do indivíduo. O foco nos processos físicos da doença, não leva em consideração o

papel dos fatores subjetivos do sujeito refletindo até mesmo na relação entre médico e paciente¹¹.

O conceito biomédico da doença é definido por Cléroux e Jenicek como:

desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou ausência de reações a estímulos a cuja ação está exposto [...], processo que conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais¹².

Esse modelo denota da compreensão dos fenômenos de saúde e doença a partir da biologia, na qual a doença está associada ao desajuste ou ausência de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, com a presença de perturbações da estrutura viva que causa desorganização na função de sistema, organismo ou órgão. Segundo Luz, o modelo biomédico diante da etiologia da doença adota uma lógica unicausal ou linear, ao buscar identificar a causa do adoecer por determinação unidirecional, mecânica e progressiva, explicando o fenômeno do adoecimento de maneira universal¹³.

Segundo Tesser e Luz, na biomedicina “a construção das teorias das doenças associou-se à organização institucional de prática clínica especializada e de produção de saber esotérico em torno das especialidades”¹⁴. Entende-se por saber esotérico os conhecimentos produzidos pelos centros de produção, desenvolvimento e inovação, que nesse contexto seriam os cientistas e médicos. Em contraponto a esse saber, tem-se os círculos exotéricos, que seriam os leigos, usuários e pacientes dos serviços de saúde dessa medicina.

Essa organização em torno das especialidades do saber esotérico se orienta em relação as partes específicas do corpo humano (aparelhos, órgãos, sistemas), as doenças, e apresenta umacoscologia de caráter analítico, que segundo Tesser e Luz, estão

embasadas no imaginário mecânico da física clássica, e uma doutrina implícita que vê a doença como entidade concreta, que se expressa por sinais e sintomas objetiváveis, manifestação de lesões que devem ser buscadas nos amago do organismo físico e corrigidas por algum tipo de intervenção

¹¹ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês.

A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, 2013. p, 3598.

¹² JENICEK; CLÉROUX apud HERZLICH, C. **Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada ea esfera pública.** *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

¹³ LUZ, Madel Therezinha. **Natureza e razão no tempo e no espaço mecânicos.** In: *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.* São Paulo: Hucitec, 1988.

¹⁴ LUZ, Madel Therezinha; TESSER, Charles Delcanale. **Racionalidades Médicas e Integralidade.** *Ciência Saúde Coletiva*, 2008. p, 199.

concreta¹⁵.

Nesse universo as patologias ganham centralidade na produção do conhecimento, ou seja, as doenças dominam cognitivamente o exercício clínico dos círculos intermediários se tornando o objeto principal de atenção dos indivíduos promotores da cura biomédica. Todo o saber terapêutico centra-se no controle e combate das doenças, o que tira o foco do paciente, padronizando progressivamente o processo de cura. Os pacientes perdem a sua individualidade e foco central, sendo vistos cada vez mais como “unidades homogêneas”¹⁶. Essas concepções mecanicistas e materialistas do paradigma biomédico, centradas na doença e no controle do corpo social e biológico, são compatíveis com a ideia de controle sobre a natureza presente na ciência contemporânea.

A relação de cura, dentro do modelo biomédico, esta pautada na díade curador-doente, na qual o doente enquanto pessoa espera ser o destinatário de todas as ações e interpretações curador. Quando isso não ocorre há um enfraquecimento na relação de cura e na integralidade do cuidado. A interpretação do modelo biomédico não leva em consideração outros fatores que não os fisiológicos, deixando de lado as subjetividades, individualidades, crenças, preferências terapêuticas, história de cada paciente, enfraquecendo a relação de cura. Raramente importa quem é o portador daquela doença, a não ser pelo seu histórico médico, não faz diferença com relação a quem é o paciente e sim qual problema será tratado, podendo utilizar o mesmo tratamento para diferentes pessoas.

O modelo biomédico, que seria segundo Barros o paradigma hegemônico de saúde e doença, se coloca como universal e apresenta uma visão mecanicista do homem e da natureza¹⁷. Esse modelo se espalhou e ocupou um espaço de autoridade tão grande na sociedade contemporânea que passou a impor regras e a apontar aquilo que é visto como normal ou fora da normalidade enquanto os desvios de saúde, definindo o que seria considerado como são ou doente. Essa questão é bastante complexa, pois essa hegemonia é colocada tanto no campo epistemológico quanto no campo político, e se encontra em uma área de disputa mercadológica, transformando as práticas, saberes e cuidados de saúde em mercadorias.

Produto da expansão progressiva do campo da intervenção da biomedicina, a medicalização social é um processo sociocultural bastante complexo e está associado a várias

¹⁵ LUZ, Madel Therezinha; TESSER, Charles Delcanale, Op.Cit., p. 201.

¹⁶ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês, Op. Cit., p. 3588

¹⁷ BULSING, Muriel. **Um estudo sobre o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Santa Maria, 2013, p. 68

transformações políticas, sociais, científicas e culturais relacionadas a incorporação de normas de conduta de origem biomédica. Esse processo transforma as necessidades médicas, vivências, sofrimentos e dores, que antes eram administrados de outras maneiras, com outras interpretações e técnicas de cuidado autóctones e no próprio ambiente familiar comunitário, ao cuidado através da realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, que podem ser muitas das vezes danosos e desnecessários aos pacientes. “Na cultura geral há uma redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos”¹⁸, o que leva a redução da perspectiva terapêutica desvalorizando a abordagem dos fatores subjetivos e sociais e os modos de vida relacionados ao paradigma saúde-doença. Há nesse processo formas oficializadas, legitimadas e profissionalizadas de tratamento e cuidado na modernidade liderada pelo modelo biomédico, diante da crescente dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial.

O conceito de medicalização passou por um longo processo de construção e desconstrução ao decorrer do tempo. A princípio, ele significava a ampliação da assistência médica e do uso de novas técnicas terapêuticas, até chegar ao seu significado mais amplo que compreende a crescente incorporação de diferentes aspectos sociais, econômicos ou existenciais da vida humana sob o domínio do diagnóstico médico, da patologia. O conceito de biopolítica foucaultiano sugere que esse processo teve seu início no processo de regulação médico-sanitária da vida e é usado como estratégia para ordenar a relação entre indivíduos e o Estado¹⁹.

Segundo Zorzaneli *et al.* Foucault é um dos autores que enriqueceu o debate sobre a medicalização. Sua análise do fim do século XVII ao início do século XIX se refere sobretudo as medidas de saúde como formas de constituição do Estado-nação, na qual a medicalização se constitui como um dispositivo central do exercício do nascimento da biopolítica. Destaca-se na sua obra, pelo menos dois sentidos para esse termo, porém cronologicamente distintos: o primeiro ligado as medidas coletivas tomadas pelo Estado de contenção, registros de doenças, práticas de salubridade e controle, e o segundo sentido, desdobramento do primeiro, porém situado no contexto pós- Segunda Guerra, com relação a impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, de alguma forma, pelo saber médico²⁰.

No período pós-guerra acentua-se um processo, que segundo Foucault é latente desde o

¹⁸ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês, op. Cit., p. 3588

¹⁹ TESSER, Charles Delcanale. **A colhimento e (des)medicalização social**: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cien Saúde Coletiva*, 2008

²⁰ FOUCAULT, Michel apud ZORZANELLI, Rafaela Teixeira (et. al.). **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6): 2014, p. 1860

século XVIII. O que antes era dever do Estado, o cuidado com os corpos dos indivíduos para assegurar a cidadania, passa a ser responsabilidade de cada indivíduo, no qual cada ser se torna responsável pela sua saúde. Nesse contexto o autor desenvolveu um novo conceito complementar: a medicalização indefinida, que amplia a ação da medicina para além da demanda de cura de um sofrimento. Dentro desse conceito o autor elenca dois sentidos, sendo o primeiro definido pelas ações autoritárias e a imposição, e o segundo pautado na ausência de experiências não médicas do corpo. No decorrer do século XX os espaços “não médicos” se tornam cada vez mais raros, tirando os limites da dimensão da medicalização, que se antes incorporava somente a salubridade passa a elencar a saúde, bem estar, a partir de uma normatização que define os limites daquilo que se considera normal e anormal²¹.

A partir da década de 90 há uma ressignificação do conceito da medicalização, formulando o conceito da biomedicalização²². Segundo Clarke et al, desde 1985 algumas mudanças tecnocientíficas na organização, constituição e práticas da biomedicina contemporânea originaram a ideia da biomedicalização. Basicamente entende-se esse conceito como uma nova economia política da medicina, doença e saúde, por mudanças ocasionadas na forma de viver e morrer e por um apanhado de conhecimentos biomédicos, tecnologias e serviços intrincados e otimizados com o foco no aperfeiçoamento individual por meios tecnocientíficos e na elaboração da vigilância em nível coletivo e individual da população²³. O conceito de medicalização se refere ao contexto da modernidade e a biomedicalização ao da pós-modernidade.

Esse novo conceito não nega as teses da medicalização, mas aponta para sofisticções técnicas e para novas ferramentas que a tecnociência pode produzir, conduzindo o indivíduo a campos de interseção com a bioética “diante da necessidade de um debate amplo, sobre o que nos permitem as tecnologias reprodutivas, os transplantes de órgãos, a utilização de células tronco, as técnicas de *screening* fetal, a escolha de embriões, o uso de psicofármacos para aumento da performance cognitiva”²⁴, por exemplo. Na biomedicalização o aspecto clínico continua sendo central, porém a preocupação com a saúde passa a ser vista como um atributo moral do indivíduo, que deve estar ciente dos novos conhecimentos e práticas de cuidado de si próprio, da prevenção, tratamento de doença e estar disposto a praticar o autocuidado.

²¹ Ibid., p. 1862.

²² ZORZANELLI, Rafaela Teixeira (et. al.). **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6): 2014, p. 1860.

²³ CLARKE Adele et al. **Biomedicalization:** Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68, 2003 apud ZORZANELLI, Rafaela Teixeira (et. al.). **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6):2014, p. 1866.

²⁴ Ibid., p.1866.

Uma das grandes críticas ao modelo biomédico e a medicalização é a ausência ou baixa garantia da integralidade no trato da saúde. A integralidade, um dos princípios normativos do Sistema Único de Saúde refere-se, no âmbito dos serviços públicos e de seus profissionais, a uma “atenção à saúde de boa qualidade que considere as múltiplas dimensões e dê conta de várias complexidades dos problemas de saúde pública e das pessoas, bem como dos riscos da vida moderna”²⁵. Dentro desse princípio espera-se que os profissionais tenham uma abordagem ampla, integral e pluridimensional da saúde coletiva e individual, garantindo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa e contemple o indivíduo em todos os níveis de atenção considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural, o que não ocorre satisfatoriamente dentro do modelo biomédico e no sistema de saúde brasileiro.

A biomedicalização, a partir de 1985, aponta para uma ressignificação da relação entre médico-paciente, e outros conhecimentos e saberes médicos ganham cada vez mais espaço e relevância no trato da saúde nos últimos anos, como o conceito de Racionalidades Médicas, desenvolvido por Madel Luz e seu grupo de estudo, CNPq Racionalidades Médicas, que propõe a existência de outros sistemas médicos complexos, além do sistema biomédico, e práticas integrativas e complementares que podem garantir maior integralidade ao nosso sistema de saúde. Essa perspectiva se contrapõe à premissa da ciência moderna, que produz discursos de concepção de mundo e regula ações sociais, na medida em que legitima uma racionalidade e dificulta o reconhecimento e conhecimento de outras teorias. O conceito de RM é o aporte teórico que embasa a criação da Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares e nos permite pensar nosso objeto.

Segundo Luz, há uma descontextualização das Racionalidades Médicas orientais e uma homogeneização da Medicina Ocidental Contemporânea que despreza o significado filosófico e médico dos orientais. Os trabalhos desse grupo enfocam o campo da saúde coletiva no Brasil e levam em consideração a multiplicidade dos saberes e das práticas presentes nas instituições de saúde e na sociedade, em sua diversidade cultural, epistemológica e política²⁶.

O contexto que antecedeu a formulação da categoria Racionalidades Médicas foi marcado pelo fortalecimento do discurso em prol da preservação e valorização da natureza. Os movimentos de contracultura no final dos anos 60, mais precisamente nos EUA e na Europa, abriram espaço para uma proposta ativa de promoção da saúde, indo além do combate as doenças, característica do modelo biomédico, propondo um conjunto de sistemas terapêuticos e práticas de medicação e cuidados tendentes ao naturismo. Nos anos 70 a crítica à farmacologia

²⁵ LUZ, Madel Therezinha; TESSER, Charles Delcanale, Op. Cit., p. 144.

²⁶ LUZ, Madel Therezinha; TESSER, Charles Delcanale, Op. Cit., p.1666

química com base na terapêutica médica por autores como, Foucault, Dupuy, Illich, acabaram por complementar o discurso naturalista em saúde. A Conferência Internacional da Alma-Ata no ano de 1987, afirmou os cuidados primários como elementos chave para se alcançar um nível aceitável de saúde, defendendo a realização de medidas sanitárias e sociais legitimando as práticas tradicionais, alternativas e complementares²⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou na Conferência da Alma-Ata a insuficiência da medicina tecnológica e especialista para a resolução de problemas de saúde de mais da metade da humanidade. No ano de 1986 na I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada no Canadá, defendeu-se que esses serviços deveriam adotar uma postura que respeitasse as peculiaridades culturais, ao mesmo tempo que incentivassem a participação e colaboração de outras disciplinas, setores e comunidade. No âmbito nacional, nesse mesmo ano na VIII Conferência Nacional de Saúde, se propôs a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde de modo a possibilitar ao usuário o direito democrático de escolha da terapêutica preferida. No ano de 1988, o texto constitucional faz referência a um atendimento integral que priorize as atividades preventivas e a participação da comunidade. De forma geral, nos anos 70 e 80 há um aumento da demanda por outras formas de bens e serviços de saúde entre os setores da população urbana²⁸.

Essa categoria segue o modelo de um tipo ideal weberiano²⁹ e constitui um conceito que permite identificar a presença de dimensões e traços fundamentais dos sistemas médicos, com maior ou menor grau de explicitação teórica, podendo ser definida como:

um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiológica), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia³⁰.

O estudo da categoria RM propôs a comparação da medicina ocidental contemporânea

²⁷ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês, Op. Cit., p. 3588.

²⁸ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês, Op. Cit., p. 3588.

²⁹ Weber (1864-1920) propôs o uso do tipo ideal como uma metodologia na qual seria possível analisar ações sociais sem juízo de valor por parte do pesquisador, mantendo o caráter imparcial da ciência. Para Max Weber é a ação social que compreende os sentidos dados pelos sujeitos referentes à conduta de outros, sendo orientada por ações de outros sujeitos seja no passado, presente ou daquilo que se espera no futuro. Nessa perspectiva, o tipo ideal se apresenta como uma metodologia que permite a análise da ação social determinando características “puras”, que nem sempre são identificadas dessa forma, mas que através desses tipos se torna possível analisar ações sociais.

³⁰ LUZ, Madel Therezinha; TESSER, Charles Delcanale, Op. Cit., p. 196.

(biomedicina) com as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica, através da análise de aspectos socio epistemológicos históricos, dos saberes e da interação sociopolítica dessas práticas. A hipótese central da primeira fase da pesquisa é que “existe mais de uma racionalidade médica contrariamente ao senso comum ocidental que admite somente a biomedicina como portadora, no sentido científico do termo”³¹, provando que diversas e distintas racionalidades médicas coexistem na cultura atual.

Para ser considerada uma racionalidade médica, deve-se apresentar um sistema medicocomplexo estruturado segundo as seis dimensões elencadas, sistematizadas em menor ou maior grau. A sexta dimensão, cosmologia, só foi constatada ao final da primeira fase da pesquisa e qualifica as raízes filosóficas das racionalidades médicas. Isso permitiu a constatação dos limites na racionalidade dos sistemas, já que a cosmologia é enraizada em um universo simbólico de sentidos do imaginário social, irreduzível ao plano de proposições empíricas e teóricas apresentadas pelo método científico³². As seis dimensões apontadas são condições necessárias para se estabelecer uma racionalidade médica.

O que as racionalidades médicas tem em comum é o fato de se constituírem em práticas e saberes nas quais as proposições e concepções podem-se demonstrar empiricamente, através de tecnologias cientificamente avançadas ou demonstração empírica tradicional. Outro ponto é a relação com sistemas institucionalizados tanto na cultura ocidental quanto na cultura de origem, como no caso da China. O estudo não se propôs a comparar sistemas culturais diferentes e sim comparar sistemas médicos presentes em uma mesma cultura, a pós-moderna, sem um posicionamento quanto ao valor epistemológico ou ético dos sistemas médicos definidos como racionalidade médica.

Na primeira fase do estudo, ao considerar apenas sistemas médico complexos estruturados segundo as seis dimensões elencadas, excluiu-se as práticas terapêuticas integrativas e complementares. De caráter teórico conceitual, essa fase inicial apresenta dois paradigmas em saúde: o biomédico e o vitalista. Como já apresentado o paradigma biomédico tem seu foco em uma concepção mecanicista, centrada na doença e no controle do corpo biológico e social, e na ideia de dominação da natureza presente na ciência contemporânea. Já o paradigma vitalista centra-se na saúde e na busca da harmonia do indivíduo com o seu meio ambiente natural e social, valorizando a subjetividade individual, a promoção e prevenção da saúde e a integralidade do cuidado. Esse último paradigma conquista espaço na atualidade desde

³¹ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês, Op. Cit., p. 3597.

³² BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês, Op. Cit., p. 3597.

os anos 60, como portadoras do ideário da contracultura, ao pregar a preservação e sustentabilidade nos níveis social, biológico e natural, com raízes presentes nas antigas tradições culturais³³.

Ainda na primeira fase do estudo identificou-se no interior de cada racionalidade a coexistência de duas formas de interpretação. A primeira de caráter teórico, definida pela razão, a segunda de natureza prática, definida pela experiência singular, a intuição e a sensibilidade proporcionada pela percepção do terapeuta. No exercício dessas racionalidades, essas duas interpretações não só coexistem como são complementares, ainda que alguma delas possa em determinado sistema médico ou contexto histórico específico, ser mais proeminente.

A segunda fase do projeto foi desenvolvida no Rio de Janeiro junto a profissionais e usuários de serviços de saúde da rede pública através de entrevistas e observação direta, e analisou representações e sentidos atribuídos à saúde, doença, tratamento, cura, corpo, relação corpo-mente, em médicos ou terapeutas e pacientes de três racionalidades médicas: biomedicina, homeopatia e medicina tradicional chinesa (MTC). A Ayurveda não foi acompanhada por não haver serviços públicos desta racionalidade no Rio de Janeiro na época. A principal hipótese dessa fase era que os profissionais e a clientela de um determinado sistema médico “tendem a partilhar paradigma e representações de sua racionalidade e que este partilhar cultural tende a facilitar as relações médico-paciente ou terapeuta-paciente, facilitando assim o processo terapêutico”³⁴.

Com relação a homeopatia observou-se que o compartilhamento de paradigmas e representações era claro. Já com a biomedicina esse compartilhamento era parcial e na medicina tradicional chinesa o compartilhamento de informações se mostrou menos presente, devido as representações dos terapeutas se diferirem dos da clientela, que vê na acupuntura um procedimento quase mecânico para o alívio de inflamação ou dor. Nas três racionalidades observou-se que as representações não se mostram puras, no que tange os sentidos e significados atribuídos, não se restringindo ao universo da racionalidade do sistema médico. Isso aponta a presença de ecletismo, hibridismo e até mesmo sincretismo na simbologia contemporânea sobre o corpo, doença, tratamento, saúde, cura etc., e que a clientela transita de uma racionalidade para a outra de acordo com sua necessidade, variação do adoecimento e do sentido atribuído ao seu problema, e os médicos e terapeutas acabam conjugando

³³ Ibid., p. 3597.

³⁴ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês, Op. Cit., p. 3597.

procedimentos e diagnósticos de mais de uma racionalidade no seu dia-a-dia³⁵.

A terceira fase do projeto centrou-se nas práticas terapêuticas e elencou as diferenças entre as racionalidades médicas e estas práticas. Segundo o estudo, as práticas terapêuticas são elementos de determinadas dimensões de uma racionalidade médica específica e são regularmente aplicadas de forma isolada, desalocada do seu contexto de significados para um outro contexto, estabelecendo uma lógica empírica de eficiência no estilo da biomedicina, proporcionando o sincretismo e hibridismo nas práticas de cuidado da saúde³⁶. O Ministério da Saúde denominou essas práticas de PIC, Práticas Integrativas e Complementares, que engloba tanto as racionalidades médicas vitalistas, assim como as práticas terapêuticas integrativas e complementares em saúde.

As PICs, com exceção da medicina tradicional chinesa, a homeopatia e a ayurveda, não são consideradas racionalidades médicas por não se enquadrarem no referencial teórico utilizado pelo grupo para se definir uma RM. Essas práticas preenchem lacunas do sistema biomédico com relação a resolutividade terapêutica dos serviços prestados, ao mesmo tempo em que sustentam significados, valores, sentidos, diante do adoecimento e sofrimento e proporcionam tratamentos de cura diferentes do sistema dominante³⁷. A incorporação dessas práticas no sistema de saúde, na Atenção Básica de saúde, favorece a integralidade, a autonomia das pessoas na busca de uma vida mais harmoniosa com equilíbrio físico e mental e mais solidaria no plano familiar e social. As PICs acompanham a multiplicidade dos sujeitos integrando o processo de medicalização da saúde.

Na quarta e última fase do projeto, a Medicina Antroposófica também foi elencada como uma racionalidade médica. A pesquisa encontra-se em andamento através do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, que é sede do grupo, Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos e Práticas Complementares e Integrativas³⁸.

Luz, ao longo do seu trabalho, faz uma análise sócio-histórica da racionalidade científica moderna, da sua intervenção e inserção na vida social, e dos seus efeitos políticos a partir de duas disciplinas: a sociologia e a medicina³⁹. Para a autora, os efeitos da ordenação racional da realidade são de natureza política e social. Neste sentido, toda disciplina moderna é

³⁵ Ibid., p. 3599

³⁶ Ibid., p. 3598

³⁷ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês, Op. Cit., p. 3600

³⁸ Ibid., p. 3601.

³⁹ MATTA, Isabela Braga. **As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) e a sua inserção no Sistema Único de Saúde**: o caso do município de Sant'Ana do Livramento, 2021, p. 24.

social, embora nem sempre tematize esse conceito nos seus enunciados teóricos⁴⁰. Dessa forma se considerarmos a medicina como uma “disciplina do social” podemos questionar em que medida a razão médica se contrapõe e elimina dela conceitos, categorias e teorias convergentes e divergentes, por meio da produção de discursos e políticas. A ciência moderna é marcada pela burocratização e especialização que indicam a existência de uma rede que determina uma ordem social racionalizada, se materializando por meio de discursos, instituições e políticas sociais. Dessa forma, a ciência moderna legitima diversas ações por produzir concepções de mundo e regular “ações individuais na medida em que os indivíduos a consideram legítima”⁴¹, o que faz com que a racionalidade científica na medicina impossibilite ou dificulte o reconhecimento de outras teorias, conceitos e verdades.

No que tange a integralidade, a medicina biomédica altamente racional e científica é alvo de críticas quanto ao trato do ser humano como uma máquina, em que o processo de adoecimento é encarado como um problema nas peças que compõe essa máquina. O caráter autoritário no trato curador e paciente, o uso de medicamentos e tratamentos invasivos, a ausência de autonomia na escolha dos tratamentos pelos usuários, a imposição de uma medicina como racional e a consequente marginalização de outras práticas terapêuticas, acabam por afastar do domínio biomédico aquilo que se entende como integralidade. Não é necessário comparar racionalidades médicas e práticas terapêuticas para se tecer essa crítica. A especialização dentro desse domínio nos permitiu alcançar níveis altíssimos de conhecimentos e tratamentos com profissionais especialistas em partes do corpo, órgãos e sistemas, e apesar de todos os avanços que essa especialização proporciona no sentido da promoção da cura, ela acaba por transformar o indivíduo detentor daquele problema, ao problema em si.

O sistema médico brasileiro é pensado na lógica biomédica racional voltado para o controle das patologias, enquanto a lógica das outras racionalidades, não biomédicas, centra-se na vitalidade do sujeito, que é o centro da intervenção dessas medicinas e terapias. É um grande desafio conciliar lógicas tão divergentes. Para a racionalidade biomédica aquilo que foge dos seus pressupostos é considerado não científico e dessa forma, não verdadeiro, e suas intervenções estão centradas nas medicações e procedimento cirúrgicos. As Racionalidades Médicas não biomédicas e suas derivações como, as práticas integrativas e complementares, buscam reestabelecer um equilíbrio permanente, ainda que instável, e suas intervenções tendem a ser menos invasivas e mais integrais.

⁴⁰ LUZ, Madel Therezinha, Op. Cit., p. 198.

⁴¹ GOMES, J. V. L.; MAGALHÃES, R. F. **Max Weber e a Racionalidade**: Religião, Política e Ciência. Teoria e Cultura, v. 3, n. 1 e 2, 2008, p.78

Segundo Luz, as Racionalidades Médicas e as PIC não lidam com a causa das patologias e sim com a origem do adoecer do sujeito e a reposição da sua saúde. Essa questão aponta para um grande problema enfrentado pela lógica da medicina biomédica, que com o foco nas patologias está sempre tratando doenças, porém não enfrentando a causa daquelas doenças, não impendido que o mesmo problema acometa novamente aquele sujeito ou a população como um todo. Se não se trata a origem do problema, lógica das PICs, esse problema se mante permanente na sociedade.

Essas Racionalidades Médicas e as PIC nos permitem pensar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A base teórica da construção dessa política centra-se nos estudos realizados e, já apontados, pelo grupo RM. As 29 práticas hoje incorporadas ao SUS por essa política, apesar dos grandes desafios existentes, nos direcionam para a promoção da saúde de forma mais integral, universal, diversa e mestiça. É interessante pensar que o SUS tem seu parâmetro médico centrado na biomedicina científica, ao mesmo tempo em que se constitui como berço para a consolidação dessa política, abrindo espaço para outras Racionalidades Médicas e práticas terapêuticas, além da medicina biomédica.

A integralidade, diretriz do SUS, não é oferecida de maneira satisfatória pelo modelo biomédico. São necessárias algumas mudanças no sistema para se alcançar essa integralidade. A implementação da PNPIC, que agrega práticas e sistemas médicos complexos que garantem um maior grau de integralidade no seu trato, pode ser um pequeno passo para a superação de grandes desafios no interior da própria política como do nosso sistema de saúde.

A trajetória da construção do SUS, desde seus antecedentes, apresentam proposições, projetos, ideias que convergem com a história da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Algumas das bases ideológicas da formação do SUS são elementos que ajudaram pensar a própria política. É necessário percorrermos esse caminho para entendermos as bases da constituição do sistema de saúde, no qual nosso objeto de pesquisa sedesenvolve.

1.2 Antecedentes do SUS

O contexto político, social, econômico de cada momento histórico, estabeleceram estreitas relações com a história do Sistema de Saúde Pública no Brasil. Até o ano de 1960 a assistência à saúde caracterizou-se pelo modelo médico sanitário que se baseava no controle de epidemiologias e assistência clínica, voltada para atendimentos médicos somente aos que fizessem parte do sistema previdenciário. A partir do séc. XX nota-se o início de uma

mobilização em prol de políticas nacionais voltadas para a área saúde, mediante a sistematização de práticas sanitárias⁴².

Segundo Carlos Henrique Assunção Paiva e Luiz Antônio Teixeira, no cenário mundial, “os anos de 1960 iniciam-se sob o signo da intensificação da Guerra Fria”⁴³, o mundo dividido entre as potências capitalistas e socialistas e uma intensa instabilidade política, fez com que diversos países da América Latina passassem por golpes de Estado e com isso a instauração de regimes autoritários. No Brasil esse contexto gerou diversas mudanças nos âmbitos político e social. Em 1964 instaurou-se o regime autoritário no país, após o golpe militar. Uma característica desse período foi a desarticulação da participação popular, destituindo todas as iniciativas identificadas como ideários socialistas. A extensa ditadura militar (1964-1985) promoveu um efeito desorganizador na política nacional, todavia, uma nova geração política em formação, interessados em ideais relacionados ao território da saúde, estava em formação⁴⁴.

No âmbito da saúde, existiu uma duplicidade que marcou esse sistema no país: a medicina previdenciária e a saúde pública. Nessa época foram poucos os investimentos feitos no que tange ao sistema público, enquanto muitas alianças e investimentos eram realizadas no setor privado. A medicina previdenciária dirigia-se à saúde individual dos trabalhadores formais, voltada para as zonas urbanas, sob direção dos institutos de pensão, e a saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde, “era direcionada principalmente as zonas rurais e aos setores mais pobres da população e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo”⁴⁵.

As políticas dos governos militares buscaram expandir os investimentos no setor privado, ampliando a compra de serviços pela previdência. Logo no surgimento da previdência social, com a organização do Instituto de Aposentadoria e Pensão -IAPs- construído em torno das categorias profissionais, teve-se uma “segmentação das clientela”⁴⁶. Para se ter acesso ao benefício era necessário estar vinculado a um contrato de trabalho formal. Dessa forma a política de saúde no Brasil apresentou dois polos completamente diferentes, tanto no campo institucional quanto no campo funcional. Ficava a cargo do

⁴² PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.- mar. 2014, p. 17.

⁴³ Ibid., p. 17.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid., p. 19.

⁴⁶ MENUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde**: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciência, Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2014.

Ministério da Saúde as ações de caráter coletivo e assistências básicas, e à Previdência Social, a saúde curativa direcionada apenas aos assegurados.

No ano de 1966 ocorreu a junção de todos os Institutos no Instituto Nacional da Previdência Social- INPS- que ampliou sua cobertura a todos os assalariados urbanos⁴⁷. Para dar conta dessa nova demanda, o Estado ao invés de promover os serviços diretamente passa a compra-los do setor privado, ou seja, essa política pública incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde no país, berço dos futuros planos de saúde, enquanto no setor público esse momento foi marcado pelo enfraquecimento da capacidade de ação do Ministério da Saúde pela instauração de uma crise de recursos. Essa crise tomou grandes proporções, junto a outras crises decorrentes das ações da ditadura militar, não apenas na saúde, mas também nos setores sociais e econômicos.

No cenário econômico, no final dos anos 60 e início dos anos 70, o Brasil viveu um momento de significativo crescimento econômico, porém esse crescimento não acarretou em melhorias nas condições de vida de grande parte da população. O aumento dos preços, concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, crise nos serviços públicos de transporte e de saúde, caracterizavam o cenário brasileiro, e a crise econômica internacional, derivada do aumento do preço do petróleo em 1974, atingiu grandemente o país, levando ao fim um ciclo de forte crescimento econômico⁴⁸. A década de 70, no cenário global, foi marcada pela queda desse ciclo de crescimento econômico, iniciado no pós-guerra, que repercutiu no que se chamou de: estado de bem-estar social. A ascensão do neoliberalismo (Margareth Thatcher na Inglaterra em 1979 e Ronald Reagan nos EUA em 1980), marcou um momento em que se desfez o “consenso acerca dos papéis desempenhados pelo Estado como ente produtivo, promotor do desenvolvimento e da solidariedade social e provedor direto de serviços considerados básicos, como a previdência social, a saúde, a educação e a assistência social”⁴⁹.

No que tange a saúde, apresentou-se em escala continental, um quadro sanitário preocupante, com a disseminação de doenças (como as verminoses) e baixa cobertura assistencial. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)⁵⁰, as formas indicadas para enfrentar esse quadro:

[...] envolviam o planejamento e avaliação de ações, o que implicava a instituição de unidades especializadas nos ministérios e a gestão adequada de

⁴⁷ MENUCCI, Telma Maria Gonçalves, Op. Cit., p. 32.

⁴⁸ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio, Op. Cit., p.18.

⁴⁹ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio, Op. Cit., p.18.

⁵⁰ OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Reunión de Ministros de Salud** (grupo de estudio). Washington: Oficina Sanitaria Panamericana. 1963.

estatísticas vitais e sanitárias; a administração coordenada dos serviços de saúde, com a articulação dos âmbitos nacional e local, assim como a integração da prevenção com a assistência curativa; e a ênfase na formação e capacitação dos recursos humanos (OEA, 1961)⁵¹.

Delineou-se então, em âmbito internacional, as principais premissas para a organização de sistemas de saúde.

Esses debates em torno da saúde, no contexto brasileiro, ocorreram em meio a grandes transformações políticas e sociais. Os anos de 1970 também foram marcados pelos primeiros passos rumo a redemocratização. Diante de um cenário marcado pelas desigualdades sociais, problemas significativos na área da saúde, piora das condições de vida de grande parte da população e uma conjuntura econômica de crises e ascensão dos movimentos sociais, que envolveram a classe trabalhadora, intelectuais, setores populares e profissionais da classe média, a eleição de 1974 mostrou a canalização dos votos para o partido de oposição ao regime militar. O MDB elegeu dezesseis senadores contra seis do partido do regime, ARENA, o que demonstrou que os setores mais empobrecidos da população assim como a classe média, haviam retirado o seu apoio ao regime militar⁵².

Segundo Sarah Escorel⁵³, pretendeu-se no início dos anos 70 a restauração das bases desgastadas, de legitimidade social do regime. Pôde-se ver essa gradual abertura democrática não apenas nas eleições para o Senado no ano de 1974, mas também com o abrandamento da censura em 1975, e em 1979 com lei da anistia, o fim do AI-5 e a volta ao pluripartidarismo. Outro marco importante é o segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (IIPND), que apesar de ter tido seus avanços econômicos barrados pela crise internacional, levou para a agenda do planejamento estatal algumas prioridades sociais na área da educação, infraestruturas de serviços urbanos e saúde. No que tange a saúde, especificamente nesse momento, houve maior articulação do Ministério da Saúde, que ampliou o repasse das verbas para os estados e desenvolveu projetos direcionados a algumas doenças, como a tuberculose e o câncer. Por meio da lei n 6.229⁵⁴, em 1975, instaurou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS)⁵⁵. Nos anos de 1970 iniciam-se os debates acerca do processo de medicalização e autores como Illich e Foucault analisaram as medidas de saúde como formas de constituição do Estado-nação, na qual a medicalização se constitui como um dispositivo central do exercício do nascimento da

⁵¹ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio, Op. Cit., p.20.

⁵² RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde**: uma abordagem histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. Mar. 2014, p.49⁵³ ESCOREL, Sarah, Op. cit., p.125.

⁵³ ESCOREL, Sarah, Op. cit., p.125.

⁵⁴ BRASIL, Lei n 6.229, de 17 de setembro de 1975.

⁵⁵ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio, Op. Cit., p.21.

biopolítica.

As narrativas em torno do movimento pela reforma sanitária brasileira, tiveram sua origem no contexto da segunda metade da década de 70⁵⁶, tendo nascido e provavelmente sido influenciada, pela instauração do SNS. O movimento sanitário pregou um sistema de saúde universal e de caráter igualitário. Os atores desse movimento, tiveram em comum uma concepção ideológica e política, na qual defenderam a saúde como uma questão sociopolítica abordada no espaço público, que buscou aproximar as decisões relativas à política da saúde aos destinatários das mesmas, não apenas ao Estado. Esse contraponto em que a saúde passou a ser vista não como uma questão exclusivamente biológica, que deveria ser tratada pelos serviços médicos, ressignificou o processo saúde-doença, e fez necessário um novo olhar para a prática médica e para as políticas, planejamentos, recursos humanos e a organização dos serviços nessa área.

No início esse movimento não teve uma denominação específica e foi composto por diferentes atores da sociedade desde as associações médicas, o Movimento Popular em Saúde (MOPS), os partidos de esquerda, a Igreja, aos estudantes, professores universitários e intelectuais⁵⁷. Esses atores, forjados na própria trajetória da política de assistência à saúde no Brasil, desenvolveram instituições importantes, ideais e até a mudança da percepção da sociedade, dos trabalhadores organizados, que gostavam de ter acesso aos planos de saúde. Segundo Escorel, o movimento passou por diferentes fases e questionamentos de seus integrantes, que debateram abertamente a política setorial e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais e precisou lidar com conflitos e tensões existentes em seu interior, principalmente com relação a como o movimento deveria se dirigir, se seria politicamente, para a inserção e atuação nas instituições governamentais, ou se manter-se-ia atuante na sociedade civil.

Sergio Arouca foi um dos principais líderes e teóricos do movimento da Reforma Sanitária. Articulador da construção do Sistema Nacional de Saúde, uma das suas maiores produções literárias, sua tese de doutorado, contribuiu para a compreensão e crítica da medicina preventiva, fornecendo fundamentos teóricos estruturantes que contribuíram para com a constituição da base conceitual da saúde coletiva. Sua participação nas Conferências Nacionais de Saúde delineavam os princípios que fundamentariam a construção do SUS, como: a criação de um serviço descentralizado, universal, integral e com controle social.

O movimento sanitário articulou-se dentro dos seus limites e possibilidades, a partir da

⁵⁶ ESCOREL, Sarah, Op. Cit., p. 125.

⁵⁷ MENUCCI, Telma Maria Gonçalves, Op. Cit., p. 16

penetração na prática dos serviços e da ocupação de espaços político-institucionais nas instituições setoriais, diante da valorização das questões sociais pelo governo daquela época. Ao mesmo tempo em que o movimento cresceu no país, concebeu-se algumas ações visando a introdução de mudanças progressivas nas bases de organização do sistema de saúde, como a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), lançado em 1976, vinculado ao Ministério da Saúde, que foi uma iniciativa de investimentos visando a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior. Esse programa estratégico, buscou uma aproximação com a política defendida pela Organização Mundial da Saúde, em âmbito internacional, e com a Organização Pan-americana da Saúde (Opas), em âmbito regional. O Piass teve dois grandes propósitos: o aumento do alcance da cobertura dos serviços médicos, principalmente nas áreas rurais e a viabilização da regionalização da atenção e da assistência médica, de forma hierarquizada e descentralizada, com foco nos cuidados primários em saúde. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps), foi uma resposta à necessidade de ampliação dessa cobertura da atenção médica, formando e capacitando pessoas nas funções técnicas e auxiliares para a saúde⁵⁸.

No mesmo período em que as narrativas apontaram a origem do movimento sanitário, e que essas ações, citadas a cima, foram concebidas e implementadas, em 1976 teve-se a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e em 1979 a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o que configurou a institucionalização de ideais dos grupos progressistas da saúde, mesmo que criados cronologicamente após o Sistema Nacional de Saúde. Os intelectuais que compuseram essas duas associações, atuaram como interlocutores políticos nas discussões e formulações de políticas de saúde desse período e através dessas instituições apontaram as contradições e cobraram a efetiva regulamentação e implementação do SNS.

A criação do Cebes e da Abrasco foram resultados dos avanços do movimento da reforma sanitária que alcançou maiores níveis institucionais. O Cebes foi instituído por um grupo de sanitaristas da Universidade Federal de São Paulo que buscavam editar um periódico institucionalizado”. Segundo Escorel, a partir desse momento o Cebes se tornou uma referência como entidade da sociedade civil e “Saúde em Debate” passou a ser um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento. O Cebes representou um lugar de discussão, frente à realidade dos serviços de saúde, sobre a atuação do médico. A Revista “Saúde em Debate:

[...] representou a consolidação nos meios acadêmicos e políticos da proposta

⁵⁸ MENUCCCI, Telma Maria Gonçalves, Op. Cit., p. 17.

da Reforma Sanitária. Sua produção não significou apenas o registro de opiniões médicas, mas a memória escrita de um grupo de intelectuais, ou seja, a sistematização das experiências de uma época em que foram montadas, organizadas e registradas⁵⁹.

Concomitante a criação do Cebes, teve-se a institucionalização da Abrasco, como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da saúde coletiva e da medicina social. As lideranças dessas associações se reuniram, no ano de 1979, no primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, no qual sintetizaram as principais reivindicações do movimento sanitário, através da produção de um texto pelos pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado e pelo Cebes. Esse documento, aprovado nesse primeiro simpósio, estabelecia os princípios centrais adotados pela reforma sanitária, como:

[...] o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (Cebes, 1980)⁶⁰.

O programa de saúde coletiva no Brasil deve muito à Abrasco e ao Cebes. Essas instituições participaram ativamente do processo de construção da identidade dessa área de conhecimento. Elas defenderam a participação social, a promoção da saúde, melhoria na qualidade de vida, um sistema universal e unificado, no lugar de uma perspectiva autoritária, que defendeu políticas de controle de doenças, e um setor dividido entre medicina previdenciária e saúde pública. Esse campo foi palco de críticas às velhas formas de se praticar saúde pública, pautado pela diversidade de disciplinas e saberes, perspectivas e abordagens. Relacionado ao contexto político, essa agenda se confundiu com o processo de crise da ditadura e da redemocratização da sociedade brasileira, já que grande parte dos ideais e propostas estavam ligadas a iniciativas de democratização do Estado.

No campo econômico, as duas crises do petróleo, 1973 e 1979, levaram a uma crise oriunda da política de endividamento do regime militar. A dívida externa brasileira elevou-se em 14% entre o final de 1978 e o final de 1983⁶¹. A crise da dívida, no início dos anos 80,

⁵⁹ SOPHIA, Daniela Carvalho. **Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde**: o papel da revista Saúde em Debate. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.36, n. 95, p. 555.

⁶⁰ SOPHIA, Daniela Carvalho. Op. Cit.

⁶¹ RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde**: uma abordagem histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. Mar. 2014, p.50

acarretou mudanças internas que aceleraram a transição do regime militar para a democracia, ao mesmo tempo, criaram dificuldades no campo econômico e financeiro, e também refletiram nas bases para a implantação das futuras diretrizes das políticas sociais que seriam estabelecidas em 1988, pela Constituição Federal. Características bastante contraditórias permearam esse momento de retorno à democracia. Pela primeira vez houve participação dos movimentos populares nos rumos do país, e a ampliação das políticas e dos gastos sociais do Estado, apontaram para um cenário com caminhos totalmente novos para a reversão da desigualdade social brasileira, porém, esse mesmo cenário, impôs grandes limites e dificuldades no processo de redemocratização.

O país seguiu o padrão neoliberal de enfrentamento da crise econômica, após a assinatura do acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI), que pôs fim ao projeto nacional-desenvolvimentista com drástica contenção do gasto público. Esse ajuste estrutural, implicou na redução dos investimentos e na contenção dos salários e de novas contratações no setor público. Essas medidas desencadearam descontentamento no setor empresariado industrial nacional e de parcela das classes médias urbanas que trabalhavam no setor público e em empresas estatais, ou seja, partes importantes da base de sustentação social e política do regime. Esse descontentamento social foi decisivo para a mobilização política das “Diretas já”, nos anos de 1984, e acelerou a transição política⁶². O regime militar encerrou-se em 1985, com a eleição indireta do, até então, senador Tancredo Neves e a posse do seu vice Jose Sarney, após sua morte. Nesse mesmo ano realizou-se eleições diretas para prefeitos das capitais e no ano seguinte o Congresso criou uma nova Constituição para levar o país de volta à democracia⁶³.

No contexto médico, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), houve grande mobilização social em prol da reforma do sistema de saúde. Foi discutido e aprovado as principais demandas do movimento sanitário: “fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único”⁶⁴ e os principais temas discutidos na conferência, segundo Paim⁶⁵, foram: o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde, o financiamento do setor, a reformulação do sistema nacional de saúde, a hierarquização dos cuidados médicos de acordo com a especialização e complexidade e a participação popular nos serviços de saúde. Foi na 8ª CNS que foram realizadas as primeiras reivindicações acerca da integração de práticas

⁶² COUTO, Cláudio G. **A agenda constituinte e a difícil governabilidade**. Lua Nova, São Paulo, n.39, p.33-52. 1997.

⁶³ Op. Cit.

⁶⁴ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio, Op. Cit., p. 25.

⁶⁵ PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador:Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

integrativas e complementares nos serviços públicos de saúde.

Segundo Daniela Sophia, a VIII CNS, solicitada pelo Ministro da Saúde e convocada pela Presidência da República, ocorreu entre os dias 17 e 21 de março de 1986 em Brasília, e reuniu diferentes setores da sociedade para discutir todas as propostas de mudanças. O processo de discussão até a realização da Conferência, passou por diversas fases, sendo a primeira delas, discussões ocorridas nos estados e municípios, nas diferentes instituições e entidades referente a área da saúde, sobre os objetivos e propostas para o evento, nas quais buscou identificar as principais propostas nas diferentes localidades. Posteriormente realizou-se conferências estaduais e municipais e as propostas definidas foram levadas a Assembleia Nacional Constituinte.

É importante ressaltar a participação do Cebes e da Revista “Saúde em Debate” e de seus representantes como, Sergio Arouca, não só na intensa participação em todos os setores da 8ª Conferência, mas também nos debates que abriram caminhos para políticas de institucionalização de um sistema de saúde democrático. Na 8ª CNS, muitos médicos, sanitaristas e autores de diversos artigos do periódico participaram da organização, dos debates de propostas e da apresentação de painéis. Uma das maiores parcerias que foi estabelecida nesse momento foi entre o Cebes e a Abrasco, e diversos temas debatidos pelo Cebes, nas edições anteriores à 8ª Conferência, foram discutidas na mesma. Isso aponta mais uma vez a importância do Centro e suas contribuições, para que as mudanças no sistema de saúde deixassem de ser apenas uma utopia, e passassem a ser incluídas em diferentes plataformas de reivindicação e movimentos que lutaram pela democratização da saúde⁶⁶.

As propostas dos temas da 8ª Conferência apontaram três questões principais: “a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento setorial”⁶⁷. Uma grande característica da conferência foi o amplo debate sobre as relações entre saúde e democracia, que abordou pautas que dialogaram com o contexto eminente e que mais tarde foram reafirmados pela Constituição Federal de 1988, como: a saúde e sua descentralização, a unificação e participação popular nos serviços de saúde e a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especializações.

Em 1988, mesmo diante de aspectos desfavoráveis nos cenários mundial e nacional, a Constituição Federal de 1988 propôs políticas de caráter universal e a construção de um sistema de saúde pública com essa mesma característica, o que significou uma grande mudança na história social brasileira. A Constituição Cidadã, como ficou conhecida, é uma das mais

⁶⁶ SOPHIA, Daniela Carvalho, Op. Cit., p. 559.

⁶⁷ SOPHIA, Daniela Carvalho, Op. Cit., p. 562.

extensas constituições, com 245 artigos e mais de 1,6 mil dispositivos. Os princípios fundamentais da carta eram: a soberania; a cidadania; a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; o pluralismo político; Legislativo, Executivo e Judiciário, como poderes da União; a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantia do desenvolvimento nacional; erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais; promoção do bem de todo, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; a independência nacional; a prevalência dos direitos humanos; a autodeterminação dos povos; a não-intervenção; igualdade entre os Estados; a defesa da paz; a solução pacífica dos conflitos; o repúdio ao terrorismo e ao racismo; a cooperação entre os povos para progresso da humanidade; a concessão de asilo político⁶⁸.

Basicamente as principais determinações da carta fazem menção sobre o sistema presidencialista do governo, com eleições diretas em dois turnos para presidente, a transformação do Poder Judiciário em um órgão independente, apto para julgar e anular atos do Executivo e Legislativo; Intervencionismo estatal e nacionalismo econômico; Assistência social, ampliando o direito dos trabalhadores e de forma geral, os direitos fundamentais do cidadão⁶⁹. A Constituição de 1988 se caracteriza por ser amplamente democrática e liberal, ampliando bastante os direitos, inclusive os referentes à saúde, deixando claro a proposta de uma grande reforma. Porém, essa mesma Constituição até os dias atuais, é alvo de muitas críticas por ainda não cumprir efetivamente alguns de seus princípios e colocar muitas atribuições econômicas e assistenciais ao Estado. De todo modo, a Constituição Federal de 1988 é uma peça fundamental para a consolidação do Estado democrático de direito no país e do SUS.

O percurso pelos antecedentes da criação do Sistema Único de Saúde muitas vezes se funde ao processo de criação do Sistema. Todo o arcabouço e configuração do SUS foi construído nessa trajetória ao longo das décadas. Tudo o que apontamos até aqui, com ênfase na Reforma Sanitária e seus autores, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, delinearão a construção do sistema. Exploraremos no próximo capítulo os principais documentos que embasam a constituição, estrutura, organização e formalização do SUS.

1.3 Criação do SUS

⁶⁸ BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 23.

A base legal do SUS é constituída por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde pública brasileiro: A carta da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que garantem a seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social; A lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre a organização, regulamentação dos serviços e ações de saúde em todo o território brasileiro e a lei nº8.142 de 28 de Dezembro de 1990, que estabeleceu o formato da participação popular no SUS e dispôs sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde⁷⁰.

A Assembleia Nacional Constituinte que redigiu a Constituição de 1988 foi formada pelos deputados e senadores eleitos nas eleições gerais no Governo Sarney. O trabalho da redação da Constituição foi bastante longo por ter sido redigido do zero e contou com ampla participação popular, tornando o processo de produção do documento bastante democrático. A Assembleia contou com 559 congressistas que atuaram diretamente na composição da nova Constituição brasileira, e buscaram garantir um regime democrático que assegurasse os direitos e liberdades dos cidadãos e a constituição de instituições democrática que se sustentassem em momentos de crise política. Durante aproximadamente um ano e oito meses realizou-se os esforços de produção, que resultaram na promulgação da Constituição no dia 5 de outubro de 1988. O texto final foi apresentado pelo presidente da Constituinte, Ulysses Guimarães e foi considerado símbolo máximo do período pós-ditadura, conhecido como Nova República⁷¹.

A Constituição da República Federativa do Brasil tornou-se o principal símbolo do processo de redemocratização nacional. Buscando a retomada do caminho para a democracia e a recuperação dos direitos dos cidadãos, ela se contrapôs diretamente à Constituição anterior, de 1967, considerada a mais autoritária das constituições brasileiras, mobilizando e definindo pautas em prol dos direitos humanos reconquistando a ideia de cidadania e democracia. A ampla mobilização social e participação popular através de associações, comitês pró-participação popular, plenários de ativistas, sindicatos etc, fez com que o texto produzido fosse considerado bastante avançado nas questões que abarcam os direitos dos cidadãos e das minorias existentes no país⁷².

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado a

⁷⁰ MATTA, Correa Gustavo. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: EPSJV. (Org.). Estudos de Politecnia e Sa´de. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

⁷¹ CHWARCZ, Lilia Moritz e STARLING, Heloísa Murgel. **Brasil: Uma Biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p. 488.

⁷² CHWARCZ, Lilia Moritz e STARLING, Heloísa, Op. Cit., p. 43.

ordem social, com o objetivo de garantir o bem-estar e a justiça social. No Art. 6º, a saúde assim como, a educação, lazer, trabalho, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, foram estabelecidos como direitos sociais fundamentais. Em seguida no Art. 196, reconheceu-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua proteção, promoção e recuperação. Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas e à proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico-constitucional brasileira⁷³.

Nos Arts. 198 a 200, a Constituição atribuiu ao Sistema único de Saúde a coordenação e a execução das políticas para a promoção e proteção da saúde no Brasil e indicou como seria a atuação desse órgão administrativo e os objetivos que deveria buscar, não se limitando a prever a criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde, formulando o esboço do que seria o SUS⁷⁴.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, foi um dos desdobramentos de um amplo processo de mudanças nas relações políticas entre o Estado e a sociedade. Possibilitou o reconhecimento da saúde como direito social a ser contemplado por políticas públicas, de acordo com o modelo social-democrata, que regeu todas as políticas sociais brasileiras com base no reconhecimento do direito de cidadania e garantias como dever do Estado. O contexto histórico, único e particular, em que ocorreu a criação do SUS, promoveu grandes influências em seu processo de implantação, e determinou seus limites e dificuldades enfrentadas até hoje, muitos deles, não superados.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e diretrizes para uma reorganização do sistema de saúde partindo da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia desta igualdade. Uma nova ordem social no âmbito da saúde é inaugurada com a criação do SUS, baseada nos princípios da igualdade e universalidade, organizado sob diretrizes do atendimento integral, da descentralização e da participação da comunidade. O texto constitucional referente à saúde, defendido por um grupo de parlamentares apoiados pelo movimento da Reforma Sanitária, representa um grande avanço ao ser reconhecido internacionalmente como referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional⁷⁵.

⁷³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 35.

⁷⁵ SCAFF, Alfredo; CHIORO, Arthur. **A Implantação do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf. Acesso em: 27/08/2021.

A Constituição de 1988 incorpora princípios, conceitos e uma nova lógica de organização da saúde articulados pela reforma sanitária. Os artigos 196 a 200 apontam que a saúde é um direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais um direito previdenciário, assim como define o conceito de saúde entendido dentro de uma perspectiva de articulação de política sociais e econômicas que ficam a cargo de serviços e ações sociais com relevância pública, propondo a criação de um Sistema Único de Saúde integral que garanta a Seguridade Social⁷⁶. Mesmo com a previsão constitucional, os procedimentos adequados para o funcionamento do SUS, assim como as atribuições específicas dos órgãos, só puderam ser concretizadas a partir da elaboração das Leis específicas da saúde: Lei 8.080 e a Lei 8.142 que dispõe sobre as condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, regulamentando o capítulo de saúde na Constituição.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui o Sistema Único de Saúde e regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A constituição do SUS se dá pelo conjunto de serviços e ações de saúde, prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, diante da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público. As ações e serviços públicos de saúde, assim como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema, foram desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal. A Lei Orgânica da Saúde trata da organização, direção e gestão do SUS; das competências e atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; e da política de recursos humanos e recursos financeiros da gestão e do planejamento do orçamento⁷⁷.

A abrangência da lei, em âmbito nacional, dispõe da regulamentação para a saúde corretiva ao mesmo tempo em que norteia vários aspectos da saúde preventiva, determinando que essas devem ser um direito fundamental do ser humano ao estabelecer a obrigatoriedade do Estado em fornecê-la. Ao regular os serviços em todo o território, seja em caráter permanente ou eventual, dentro da esfera pública ou privada, a lei aponta que a saúde não se limita apenas ao trato médico e compreende vários outros fatores como: o meio ambiente, alimentação, saneamento básico, moradia, trabalho, renda, lazer, transporte, educação e acesso a bens e

⁷⁶ BRASIL, Op. Cit., 1988.

⁷⁷ BRASIL, **Lei n 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, Acesso em: 12/03/2021

serviços essenciais, relacionados a promoção do bem-estar físico, mental e social. É dever e objetivo do sistema de saúde identificar e divulgar os fatores que a condiciona e a determina, apontando os problemas e desafios existentes e enfrentados para a promoção universal da mesma. Através da formulação de políticas, deve-se criar as condições necessárias para que os problemas sejam resolvidos, reforçando a ideia de um sistema que não se limite ao tratamento, mas também na prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida⁷⁸.

Formado por órgão das três esferas de poder e por meio de instituições de administração direta e indireta o SUS pode contar com a participação da iniciativa privada, em caráter complementar, quando os serviços da rede do próprio sistema forem insuficientes. A iniciativa privada poderá integrar o SUS através da formalização de contratos ou convênios com preferência para instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. Segundo a Lei Orgânica da Saúde, também é responsabilidade do sistema a execução da vigilância sanitária e epidemiológica, participação no saneamento básico, colaboração na proteção ambiental, fiscalização constante dos fatores transitórios ou permanentes que possam colocar a saúde populacional em risco, assim como garantir a assistência terapêutica integral e farmacêutica.

No Art. 8º a lei delibera sobre a organização do sistema e reitera a regionalização e a hierarquização como princípios estruturantes para garantir a mesma. A reafirmação desses princípios tem relação com a longa história de centralização do sistema de saúde em estruturas federais ligadas a prestação de serviços aos trabalhadores que possuíam cobertura previdenciária. Ainda com relação a organização e gestão do SUS, no Art. 9º observa-se a declaração de que o SUS deve ter comando único em cada instancia e coloca a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais a responsabilidade por realizar esse comando⁷⁹.

A intersetorialidade é uma característica fundamental para a organização do SUS apontada na lei. O Art. 12º institui a obrigatoriedade da criação e funcionamento de comissões permanentes que dialoguem sobre as interfaces de determinadas políticas públicas e promovam melhor interação de benefício mútuo entre serviços de saúde, e instituições formadoras de profissionais em nível superior. Essas comissões são vinculadas à Comissão Inter gestores Bipartite⁸⁰.

Fica a cargo do poder público estadual mediar a relação entre os sistemas municipais, assim como o federal deve mediar os sistemas estaduais. Os fóruns de negociação viabilizam

⁷⁸ BRASIL, Op. Cit., 1990

⁷⁹ BRASIL, Op. Cit., 1990, p. 9

⁸⁰ Ibid., p. 11

os propósitos integradores pelos gestores municipal, estadual e federal- Comissão Inter gestores Tripartite (CIT)-, composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretárias de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelos gestores estadual e municipal- Comissão Inter gestores Bipartite (CIB) -, composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A CIB e CIT discutem as composições dos sistemas municipais de saúde e regiões, os tetos financeiros possíveis, oriundos dos recursos das três esferas de governo⁸¹.

Resumidamente é competência do governo federal coordenar o sistema de saúde, fiscalizar a execução de recursos federais, formular políticas e diretrizes nacionais e fomentar programas. Cabe ao governo estadual: articular as regiões de saúde, apoiar técnica e financeiramente as ações do município, mediar o acesso à alta complexidade e planejar no âmbito estadual. Por fim, é dever do governo municipal: administrar os serviços de saúde, executar ações de saúde e garantir acesso ao sistema⁸².

Com relação ao financiamento do SUS a Lei Orgânica delibera que o orçamento da seguridade social destinará ao SUS os recursos necessários, de acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e elenca outras fontes de recursos como: ajuda, contribuições, doações, donativos, alienações patrimoniais, rendimentos de capital e serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde. No âmbito da Gestão Financeira a lei aponta que os recursos financeiros devem ser movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde e que na esfera federal, os recursos financeiros deverão ser administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS)⁸³.

A Lei Orgânica ainda aponta para a Instituição do Subsistema da Saúde Indígena, para o Subsistema de Internação Domiciliar, promovendo a ideia de cuidado integral das pessoas, e também sobre o Subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós parto. Com relação a assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde, a lei define o que compõe a assistência terapêutica integral: a dispensação de medicamentos e produtos e a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar⁸⁴. O apanhado geral da Lei 8.080 mostra que a mesma não regula apenas o funcionamento de hospitais e postos de saúde, mas trabalha com todos os itens em todas as esferas necessárias para a prevenção de problemas de saúde e na promoção de uma melhor qualidade de vida.

⁸¹ BRASIL, Op. Cit., 1990

⁸² BRASIL, Op. Cit., 1990, p. 14

⁸³ Ibid., p. 14

⁸⁴ Ibid., p. 16

O outro documento base que estrutura e organiza o SUS, a Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Essa lei aborda parte dos temas que foram vetadas na Lei 8.080 e juntamente com esta, compõe o bloco das Leis Orgânicas da Saúde.

O controle social, uma das diretrizes e princípios do SUS, atua como mecanismo de participação nas ações de saúde em todas as esferas de governo. Os conselhos e as conferências de saúde são organizações que propõem, avaliam, controlam e fiscalizam a execução da política de saúde nos três níveis de gestão do SUS, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo. O Art. 1º da Lei aponta que as Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos e tem como objetivo principal avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde ou pela própria Conferência de Saúde. Com relação ao Conselho de Saúde a Lei aponta que este é de caráter deliberativo e permanente, tem poder decisório, não existe um período para acontecer e não se dissolve. Deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, tanto nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo⁸⁵.

A Lei 8.142/90 define que a composição das instâncias colegiadas do SUS deve ser paritária, ou seja, deve existir um quantitativo equivalente de usuários do Sistema em relação ao segmento de trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. A composição dos Conselhos e das Conferências de saúde deve ser definida em 50% por usuários do SUS, pode-se subdividir em movimentos e organizações sociais e não pode ser representado por profissionais do segmento, ainda que estes sejam usuários do Sistema; 25% por trabalhadores do SUS de diferentes categorias profissionais defendendo os interesses dos trabalhadores; e 25% por gestores e prestadores de serviços do SUS da área da saúde da rede própria e conveniada⁸⁶.

Os três documentos, o texto da Constituição Federal de 1988, a Lei nº8.080 de 1990 e a Lei nº 8.142 de 1990, são a constituição formal e oficial da criação, legislação, estruturação e organização do Sistema Único de Saúde em todas as suas esferas. Há ainda diversos decretos,

⁸⁵ ARAUJO, Eliana Cardoso de; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Oliveira Denise. **Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde**. UNIFESP. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf Acesso em: 20/03/2021

⁸⁶ ARAUJO, Eliana Cardoso de; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Oliveira Denise. Op. Cit.

portarias, normatizações, medidas provisórias, que revisam, alteram e atualizam os aspectos operacionais e organizacionais do sistema, porém a estrutura formal do SUS, está disposta nesses documentos já citados.

Esboçamos nesse subcapítulo, de maneira geral, os principais documentos que expressam os elementos básicos, estruturais e organizacionais do SUS. Na próxima sessão discorreremos sobre os princípios e diretrizes do Sistema. Alocamos o tema num subcapítulo, pois acreditamos que esses pontos são de grande relevância para a pesquisa e nos permitem visualizar melhor as conjunturas que envolvem o nosso objeto de estudo e a análise do princípio que embasa a construção da PNPIC

1.4 Princípios e Diretrizes do SUS

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica que se constitui como um produto resultante de um processo político que engloba concepções sobre doença e saúde, gestão, direitos sociais e as relações entre as diferentes esferas do governo. São três os elementos que compõe a base cognitiva, filosófica e ideativa do sistema brasileiro inscritos na Constituição Federal de 1988 como princípios do SUS: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

O artigo 196º da Constituição afirma que:

Art.196. A saúde é 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 as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁸⁷.

Ou seja, a saúde é vista como um direito e não como um serviço prestado através de contribuições ou pagamentos. Essa noção de direito à saúde difere bastante da noção de seguro social presente no Brasil desde 1923, quando os trabalhadores e empregados financiavam as Caps, e perdurou até o modelo do Inamps em 1990. Devido a história da assistência de saúde no Brasil e a cultura do consumo nas sociedades contemporâneas muitas pessoas associam a universalidade à ideia de gratuidade. A noção de universalidade deve ser entendida como um direito garantido ao cidadão brasileiro e não como um serviço oferecido gratuitamente. Obviamente, é necessário um financiamento para administrar todos os serviços oferecidos e

⁸⁷ BRASIL, Lei n°8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 12/08/2021

esse financiamento se dá através da arrecadação de impostos e outras formas de obtenção de recursos, administrados para atender os princípios do SUS e as demandas de saúde da população, que não deve realizar nenhuma espécie de pagamento para obter os serviços de saúde no SUS⁸⁸.

Essa noção de direito expressa na Constituição Federal de 1988, parte da concepção do Estado de Bem-estar-Social, na qual o Estado tem o importante papel de corrigir as iniquidades sociais e reduzir os riscos decorrentes da expansão dos mercados. De acordo com a Constituição, as condições de saúde da população resultam do contexto econômico e social brasileiro e não se reduzem a concepção biomédica do processo saúde-doença. Dessa forma, é necessário políticas econômicas e sociais que assegurem a igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento social⁸⁹.

O princípio da universalidade aponta para o conceito ampliado de saúde, descrito na 8ª Conferência Nacional de Saúde como resultante das condições de alimentação, renda, habitação, educação, meio ambiente, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. Esse direito garantido mediante políticas públicas aponta para a questão do direito a vida e à igualdade de acesso sem distinção de religião, raça, sexo ou qualquer outra forma de discriminação. A proposta do SUS vai além de um projeto de reformulação do setor saúde, abrangendo a ideia da concepção de uma sociedade mais democrática, justa e igualitária⁹⁰.

O princípio da Equidade dialoga diretamente com essa proposta, enquanto resultado de um dos maiores problemas históricos da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades na gestão, produção e acesso aos serviços de saúde, então se faz necessário atentar para as necessidades coletivas e individuais investindo onde a iniquidade é maior.

Segundo Escorel, a noção de equidade não está presente nos textos fundacionais do SUS e apresentou-se como um norteador das políticas nos documentos legais e nos textos acadêmicos apenas algum tempo depois. No período da construção constitucional do Sistema a preocupação principal naquele momento estava relacionada a necessidade de produzir a ideia de igualdade, presente na concepção da cidadania, no qual todos os brasileiros teriam o direito político de acesso à saúde. Porém diante do conceito ampliado de saúde, o espaço da igualdade não seria suficiente para fazer frente às diferenças entre os diversos grupos populacionais, diversas regiões, entre outros. O princípio da equidade atua no espaço da diferença, não no

⁸⁸ MATTA, Correa Gustavo, Op. Cit., p. 75

⁸⁹ MATTA, Correa Gustavo, Op. Cit., p. 62

⁹⁰ Ibid., p. 63

espaço da igualdade, regulando as diferenças no sentido de atentar ou reduzir as iniquidades, na medida em que reconhece a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas potencialidades e necessidades⁹¹. O grande desafio aqui é “construir estratégias que reflitam a participação e a emancipação cívica e social, expressa no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país”⁹².

O princípio da Integralidade tem influenciado modelos de gestão e participação popular, estruturado a formação de trabalhadores para a saúde, e formulado políticas, práticas e saberes em saúde. Segundo Mattos, há quatro sentidos para esse princípio. O primeiro está ligado ao sentido histórico, contrapondo a ideia da gestão e prevenção de assistência médica no país em relação a construção de um sistema único de saúde⁹³. A integralidade se apresenta no texto constitucional como uma ruptura histórica e institucional, partindo de críticas a dicotomia entre ações preventivas e curativas. De acordo com a Constituição o atendimento integral deve sempre priorizar as ações preventivas, sem prejudicar as ações assistenciais, afirmando que os usuários do SUS tenham o direito à serviços que atendam suas necessidades, em maior ou menor escala, priorizando as ações de caráter preventivo. A ênfase nas ações preventivas se deve a quase inexistência dessas durante o período da ditadura militar e a ideia de um sistema único de saúde, integra em seu rol de serviços procedimentos de caráter preventivo e curativo, integralizando este sistema⁹⁴.

O segundo sentido se pauta no campo epistemológico da concepção de saúde na organização de uma prática integral. Neste sentido de integralidade há a crítica ao reducionismo biomédico, incorporando o conceito ampliado de saúde. Se faz necessário compreender as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e doença, levando em consideração todos os aspectos que envolvem o sujeito e não apenas sua organização e descrição biológica. As ações e serviços de saúde devem atender as necessidades das pessoas e dos grupos sociais, localizando o sujeito como centro da ação médica e não a doença ou o corpo⁹⁵. O conceito de integralidade dentro do campo das Racionalidades Médicas está diretamente ligado a este sentido.

O terceiro sentido proposto, relacionado ao planejamento em saúde na formulação de políticas pautadas na atenção integral, compreende as necessidades de grupos específicos, como

⁹¹ ESCOREL, Sarah, Op. Cit., p. 125

⁹² MATTA, Correa Gustavo, Op. Cit., p. 65

⁹³ Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec- ABRASCO; 2004

⁹⁴ MATTA, Correa Gustavo, Op. Cit., p. 67

⁹⁵ Ibid., p. 67

na política de atenção a DST/Aids ou na atenção integral à saúde da mulher⁹⁶.

O quarto e último sentido se refere as relações de trabalho, educação e saúde na formação e gestão do trabalho em saúde. A formação dos trabalhadores dessa área deve se organizar em torno da organização dos conhecimentos e das práticas que viabilizem o reconhecimento da integralidade como eixo norteador do processo educativo. Nessa perspectiva “a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre a divisão social e técnica do trabalho em saúde, deve ser superada na articulação entre trabalho, educação e saúde com base na integralidade”⁹⁷.

Esses sentidos do princípio da integralidade, quando alcançados transformarão o sistema vigente em modelo real de prática integral em saúde⁹⁸. Nos pautaremos na temática de que a integralidade é um termo plural, democrático e ético com diferentes usos e sentidos, que tem seu alicerce pautado na qualidade do atendimento prestado ao usuário, envolvendo questões como cuidado, acolhimento e visão ampliada, promovendo a integração de atos preventivos, assistenciais, curativos, coletivos e individuais.

O trabalho dos profissionais de saúde deve estar voltado a compreensão dos elementos relevantes para a elaboração do processo terapêutico dos pacientes, levando em consideração e valorizando as expectativas, temores e sofrimentos. Os principais instrumentos para que os profissionais da saúde desenvolvam uma assistência integral estão embasados no: acolhimento, que se apresenta como uma “ferramenta que permite o acesso universal aos serviços, tornando-os humanizados, integrais e com resolutividade e qualidade fazendo com que os problemas de saúde se tornem responsabilidades dos profissionais”⁹⁹; promovendo a humanização, segundo instrumento, na relação entre profissional-paciente, que vai além da melhoria dessa e promove o desenvolvimento do sentido da participação crítica, da cidadania e do cuidado, que é definido como um fenômeno relacionado ao apoio e assistência para promover uma melhor condição humana ou forma de vida. Esses conceitos fazem parte da ideia de integralidade e devem estar interligados no cotidiano dos serviços de saúde valorizando a cidadania e a subjetividade.

A medicina biomédica pautada na especialização nos permitiu alcançar níveis altíssimos de conhecimentos e tratamentos com profissionais especializados em partes do corpo, órgãos e sistemas. Apesar de todos os avanços que essa especialização proporciona no sentido de promoção da cura, ela acaba por transformar o indivíduo detentor daquele problema, ao problema em si. Por exemplo, se um indivíduo tem um problema cardíaco ele vai buscar

⁹⁶ Ibid., p. 68

⁹⁷ MATTA, Correa Gustavo. Op. Cit., p.68

⁹⁸ Mattos RA, Pinheiro R, organizadores, Op. Cit., p. 24

⁹⁹ Mattos RA, Pinheiro R, organizadores, Op. Cit., p. 23

um especialista, um médico cardiologista, e dependendo dos seu diagnostico ele vai buscar um especialista cardíaco especializado naquela doença específica. O paciente se reduz ao problema que ele tem, não fazendo diferença se ele é o sujeito X ou Y, mas sim qual é a disfunção que ele apresenta. O médico poderia trata-lo, usando mecanismos provenientes da biomedicina, sem ao menos saber o seu nome, e nesse sentido se perde totalmente a proposta da integralidade.

O nosso Sistema de Saúde sobrecarregado acaba por reforçar todas essas questões. Quanto mais rápido se atende os pacientes, seguindo uma cartilha objetiva de identificação do problema e tratamento, mais rápido se reduz as filas dos postos, e conseqüentemente alcança-se uma certa satisfação no usuário, que recebe uma receita ou uma medicação e volta para sua casa. Há uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, valores de fatores sociais e subjetivos relacionados ao processo saúde-doença.

As Diretrizes, caminhos para se alcançar os princípios, previstas na Constituição Federal de 1988 são o conjunto de recomendações organizacionais e técnicas voltadas para problemas específicos, que atuam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, se adaptando as especificidades de cada unidade federativa e municipal. A partir da análise da legislação do SUS e dos textos que tematizam sua organização podemos elencar três diretrizes que devem ser articulados aos princípios do SUS: Descentralização, Regionalização e Hierarquização, e a Participação da Comunidade.

O texto da Constituição delibera que o SUS deve se organizar a partir da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”¹⁰⁰. A diretriz da descentralização se refere a distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. É a desconcentração do poder da União para os municípios e estados e apresenta-se tanto como uma estratégia de constituição de um Estado federativo e como uma estratégia de organização do sistema de saúde.

A legislação e as Normas Operacionais (NOB-SUS) definem as atribuições comuns a União pelo Ministério da Saúde, do Distrito Federal e estados por meio das secretarias estaduais de saúde, e dos municípios através das secretárias municipais de saúde, definindo os papeis e responsabilidades de cada esfera do governo, tanto na operacionalização quanto na organização do SUS. O texto da Lei 8.080 de 1990 descreve de maneira genérica e abrangente as competências e atribuições dessas instancias, dificultando muitas vezes o reconhecimento específico de cada uma. As NOB-SUS especificam com mais clareza os detalhes e processos da descentralização ao estabelecer as estratégias e condições necessárias para conduzir os

¹⁰⁰ MATTA, Correa Gustavo. Op. cit., p.69

estados e municípios a assumir suas responsabilidades diante desse processo. As estratégias que regulam e organizam a descentralização como diretriz que incorpora em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, estabelecem instancias de representação, pactuação de política e monitoramento nas três esferas do governo. Essas instancias são: O Conasems, o Conass, a CIB e a CTI¹⁰¹.

A NOB-96 determina o desenho de reorientação do modelo de assistência e estabelece as funções e responsabilidades de cada esfera do governo:

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção a saúde, na medida que a redefine:

- a. os papéis de cada esfera do governo e, em especial, no tocante a direção única;
- b. os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviço e assumam seus respectivos papeis de gestores do SUS;
- c. os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviço e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactadas e integradas;
- d. a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos edesempenho com qualidade;
- e. os vínculos dos serviços com seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando assim, condições para uma efetiva participação e controle social¹⁰².

Um ponto bastante discutido por diversos autores nos últimos anos com relação a descentralização é a questão da municipalização do SUS. Apesar dos grandes avanços no processo de descentralização, a União ainda concentra poder e decisões nessa esfera do governo na indução de políticas e organização do modelo de atenção, principalmente no tocante aos incentivos financeiros. A municipalização é encarada como um grande desafio do Sistema Único de Saúde.

A descentralização para os municípios estava associada a ideia de que essa ação facilitaria a maior participação da sociedade nas políticas de saúde, devido a maior proximidade entre a população e os governos municipais. Essa descentralização visou ampliar a participação na política de saúde, em todo os níveis e etapas. Porém a realidade demográfica da maior parte dos municípios brasileiros não pareceu ter sido levada em consideração, já que muitos dos

¹⁰¹ MATTA, Correa Gustavo. Op. Cit., p.70

¹⁰² Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990._____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**

municípios não tinham população suficiente para demandar um sistema de saúde. O fato é que a maioria dos municípios brasileiros tem um percentual populacional bem baixo. Segundo Rodrigues, com base em dados levantados no ano de 2014, 70,5% dos municípios tem menos de 20 mil habitantes, com características inteiramente rurais com a atividade econômica e social girando em torno do sistema agropecuário, cujo abastecimento e atendimento, quando necessário, se direcionam ao comércio e serviços das redes urbanas e 89,4 % dos municípios tem até 50 mil habitantes, não sendo também suficiente para justificar a existência de unidades de saúde de caráter secundário ou terciário. A opção pela gestão municipal trouxe dificuldades para organização da rede de serviços em moldes regionais¹⁰³.

Outro ponto é o repasse de verbas. Como os municípios não podem ter serviços secundários ou terciários, ter de compartilhar esses serviços com os municípios vizinhos, gerou desafio complexo não só da parte administrativa, mas também do ponto de vista político. A dificuldade em organizar a rede de serviços em moldes regionais é ampliada quando se pensa que nem os recursos financeiros, nem a rede de serviços são geridos a nível regional¹⁰⁴. O SUS sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória do governo federal, com a escassez de financiamento.

A necessidade da regionalização e da hierarquização da rede de serviços é apontada na lei 8.080 e se refere a uma organização do sistema que deve ter seu foco na noção de território no qual se “determinam os perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as áreas e serviços de saúde de uma região”¹⁰⁵. Essa diretriz estreita os laços entre a gestão municipal e os problemas de saúde, as condições de vida e da cultura presente nas regiões e distritos que compõem os municípios. Entende-se que quanto mais próximo da população, maior é a capacidade do sistema de identificar as necessidades de saúde e consequentemente melhor será a gestão do acesso e dos serviços para a população¹⁰⁶.

A hierarquização dos níveis de complexidade requerida pelas necessidades de saúde das pessoas norteia a regionalização. Orientada pelo princípio da integralidade, a rede de ações e serviços de saúde deve se organizar desde as ações de promoção e prevenção, até os serviços de maior complexidade, sem reproduzir uma divisão social e técnica do conhecimento que obedeça a racionalidade biomédica, como supor que as atividades que envolvem a atenção primária à saúde possuem menor nível de complexidade com relação as atividades de âmbito

¹⁰³ RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde**: uma abordagem histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p. 45.

¹⁰⁴ Ibid., p. 46.

¹⁰⁵ MATTA, Correa Gustavo, Op. Cit., p. 72.

¹⁰⁶ Ibid., p. 73.

cirúrgico ou hospitalar¹⁰⁷.

A organização do sistema pode requerer uma rede de serviços além dos limites do município, fazendo com que seja necessário estabelecer convênios com outros municípios para atender as demandas de saúde. Através das instancias de pactuação com a CIB, a diretriz da descentralização participa da constituição dessa rede e também do estabelecimento das estratégias de referência e contrarreferência intermunicipal.

A participação popular, desde a Reforma Sanitária brasileira, com o posicionamento dos sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais organizados e políticos engajados na luta pela saúde como um direito e na abertura democrática em prol de um projeto social mais justo, equânime e participativo, se tornou um marco histórico popular. A proposta de construção de um novo sistema de saúde com base na universalidade, integralidade e participação da comunidade questionou as bases das formas de produção da desigualdade e da opressão no sistema capitalista¹⁰⁸.

A participação da comunidade se tornou uma diretriz na forma de organizar e operacionalizar o SUS em todas as suas esferas de gestão, muitas vezes se confundindo como um princípio, é uma das marcas identitárias do sistema e um poderoso instrumento da sociedade, reconhecido e instituído para a participação social, controle no campo da saúde e desenvolvimento e consolidação da democracia no país. A lei 8.142 de 1990, regulamentou as instâncias de participação da comunidade no SUS, institucionalizando e formalizando-as enquanto “dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento das políticas no interior do sistema”¹⁰⁹. Essas instâncias são os conselhos e as conferências de saúde.

O conceito ampliado de saúde apontado pelo SUS é resultado de um processo de embates teóricos e políticos que encararam a saúde para além da ausência de doenças e que evidenciou um quadro, até então, repleto de exclusão, insatisfação, desigualdades, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional. Os princípios e as diretrizes são as bases do SUS e desenham os principais objetivos e necessidades do sistema indicando os caminhos para alcança-los.

No próximo capítulo analisaremos o processo e percurso histórico da construção da PNPIC ao longo das décadas com base na análise das nossas fontes de pesquisa.

¹⁰⁷ MATTA, Correa Gustavo, Op. Cit., p. 72¹⁰⁸MATTA, Correa Gustavo, Op. Cit., p. 73¹⁰⁹ Ibid., p. 74

¹⁰⁸ MATTA, Correa Gustavo, Op. Cit., p. 73

¹⁰⁹ Ibid., p. 74

CAPÍTULO 2 - O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) - SUS

O objetivo deste capítulo é analisar o processo de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, com base no trabalho com as fontes. Abordaremos discussões, eventos, documentos oficiais, tais como relatórios finais de conferências, portarias normativas e medidas institucionais, que são partes importantes e indissociáveis do processo de construção da política nacional, elencados pelo próprio texto da Portaria nº971/2006, desde o ano de 1985 quando se tem a primeira institucionalização relacionada com práticas integrativas e complementares no Brasil, ao ano de 2006 com a criação da PNPIC.

Entendemos que o processo de construção da política se difere do seu processo de criação, com base na própria definição de ambas as palavras. Segundo o Dicionário Aurélio, o significado de construção é “o conjunto de atividades para se desenvolver algo”¹¹⁰ e o significado de criação pode ser definido como “ato ou efeito de criar algo”¹¹¹. Sendo assim, como processo de construção, analisaremos com base no trabalho que as fontes nos permitem desenvolver, todo o percurso histórico traçado ao longo dos anos de discussões e regulamentações que permitiram a criação da política em si, no ano de 2006. Como processo de criação da PNPIC analisaremos os fatos que diretamente se relacionaram com a implantação da política nacional, após se definir a necessidade de se desenvolver uma política que contemple práticas integrativas e complementares no Brasil.

Analisaremos nesse capítulo o processo histórico de debates que abriram espaço, embasaram e fortaleceram o processo de construção da PNPIC. Nesse momento retornaremos ao início das discussões acerca do tema, desde os anos 70 no âmbito internacional e nacional, e em seguida desenvolveremos o trabalho com as fontes analisando os eventos e documentos na mesma ordem cronológica citada pelo texto de criação da política que “merecem destaque na regulamentação e tentativa de construção da PNPIC”¹¹². Justificamos a composição desse capítulo a partir dos conteúdos abordados pelo texto da Portaria nº971/2006, tanto do retorno

¹¹⁰ CONSTRUÇÃO. In.: Dicio, Dicionário Online de Português. Porto: 7 Graus, 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/construcao/> Acesso em: 10/11/2021

¹¹¹ CRIAÇÃO. In.: Dicio, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/criacao/> Acesso em: 10/11/2021

¹¹² BRASIL. **Portaria nº971**, de 03 de maio de 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html Acesso em: 10/09/2021.

ao início da discussão relacionada a PICs, quanto nos destaques nacionais apontados pela mesma. Entendemos como institucionalização, as ações que são relativas as instituições do Estado, ou seja, as medidas regulatórias relacionadas com as organizações públicas, mais especificamente para esse trabalho, as ações que tornaram legais e introduziram de alguma forma as PICs ao sistema público de saúde.

2.1 O início da discussão sobre as PICs

Desde a década de 1970 destaca-se no âmbito internacional o crescimento do uso de práticas integrativas e complementares no Ocidente e a definição de alguns parâmetros de organismos internacionais. A OMS passou a declarar abertamente em seus documentos a importância das PICs no cuidado à saúde das populações. A futura formalização dessas práticas fez parte de um processo apoiado e incentivado pela OMS da revalorização de práticas locais de saúde. A ênfase centrava-se na atenção integral, encabeçada pela criação do Programa de Medicina Tradicional em 1976, estimulando a criação de alternativas de cuidado frente aos altos custos dos sistemas de saúde, para responder aos reflexos da transição demográfica e epidemiológica. A nível internacional, nessa época existiam apenas duas publicações sobre esse tema, uma que tratava das normas internacionais de nomenclatura em Acupuntura e outra que era uma espécie de guia da OMS para a avaliação de produtos fitoterápicos¹¹³.

A OMS afirmou sua grande influência através do seu discurso promotor de estratégia de integração de PICs aos sistemas de saúde. Diante das contestações sociais no interior dos movimentos de contracultura¹¹⁴, estimulados pela juventude americana e europeia durante os anos 60 e 70, o apelo ao retorno da revalorização dos saberes e práticas de cuidado popular ganha força. O crescimento e oferta do uso das PICs diante do reconhecimento dos limites da biomedicina, frente a deterioração da relação profissional-paciente à desumanização das práticas com ênfase aos diagnósticos, passa a ser latente.

Um importante marco nesse processo de revalorização e integração das PICs aos sistemas de saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata em 1978. A partir dessa conferência, a OMS passou a recomendar a incorporação da

¹¹³ LUZ, Madel Therezinha. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do séx XX.** Ciência Saúde Coletiva, 2005. p, 167

¹¹⁴ Na sociologia, a contracultura refere-se a um movimento libertário de contestação que surgiu na década de 60 nos Estados Unidos. Representou um movimento de rebeldia e insatisfação que rompeu com diversos padrões, ao contestar de forma radical comportamentos da cultura dominante. Possuía um teor social, artístico, filosófico e cultural, e se posicionou contra valores disseminados pela indústria e o mercado cultural. Isso mudou significativamente os valores e os comportamentos dessa época, sobretudo nos jovens, os grandes líderes do movimento.

Medicina Tradicional na atenção primária em saúde, frente ao fato de grande parte da população mundial depender de práticas tradicionais em cuidados primários de saúde, como por exemplo, o uso das plantas medicinais. A necessidade de ações de todos os Governos a fim de promover a melhoria da saúde mundial até os anos 2000, foi reafirmada na conferência¹¹⁵.

O Relatório de Alma-Ata enfatiza a definição de saúde para além da ausência de enfermidades, e a aponta como um estado de completo bem-estar físico, social e mental como um direito humano fundamental. Essa nova concepção da promoção de saúde, ainda que no momento idealizada e abstrata, apresenta a mesma como um componente essencial e central para o desenvolvimento da sociedade. Essa ampliação da visão do cuidado em saúde em sua dimensão setorial e do envolvimento da própria população é notório na Declaração¹¹⁶. Com relação a participação social e a democratização da saúde, aponta-se uma nova direção para as políticas desse setor, enfatizando a necessidade da “participação comunitária através de incremento de poder das comunidades e incitando a cooperação entre os diferentes setores da sociedade na formulação de políticas”¹¹⁷.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reconheceu-se 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”¹¹⁸. Essa proposta formulou um desenho ideológico de valorização dos cuidados médicos essenciais e também do conhecimento popular e informal, como forma de garantir acesso a saúde à população de países desprovidos de atenção especializada e também como uma opção menos invasiva, resolutiva, segura e com menor custo financeiro, para países que já contam com uma boa estrutura desses serviços. Se mostrou necessário a superação da dependência ao modelo assistencial e econômico, centralizado na doença e na intervenção médico-hospitalar.

Outro ponto expresso na Declaração, que nos leva a uma problematização, é o apontamento com relação aos cuidados primários em saúde que “devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos”¹¹⁹. Ao mesmo tempo em que esses cuidados devem evoluir a partir das condições políticas, econômicas e das características socioculturais

¹¹⁵ LUZ, Op. Cit., p. 169.

¹¹⁶ Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 09/09/2021

¹¹⁷ BULSING, Muriel. **Um estudo sobre o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Santa Maria, 2013, p. 68

¹¹⁸ Declaração de Alma-Ata. Op. Cit., p.2 item VII, subitem 6.

¹¹⁹ Declaração de Alma-Ata. Op. Cit., p.2 item VI, subitem 61

do país e das comunidades, baseando-se na aplicação “dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública”¹²⁰. A questão que devemos nos atentar aqui é que ao mesmo tempo em que a Declaração aponta para a especificidade das comunidades, ela também reafirma o poder dominante do modelo biomédico de saúde e a homogeneização desses serviços. Menciona-se a incorporação dos detentores dos conhecimentos tradicionais em saúde às atividades de atenção primária desse setor, mediante o devido treinamento correspondente, mas o que ocorre majoritariamente é o treinamento das técnicas tradicionais para os profissionais de saúde oriundos da biomedicina, reforçando a soberania desse modelo, com relação a gerencia dos serviços de saúde, em detrimento da legitimação dos praticantes tradicionais¹²¹.

Sem dúvida a Declaração de Alma-Ata é um pilar essencial que permitiu e embasou as futuras discussões acerca das PICs a nível internacional. Recomendou-se mundialmente o reconhecimento e incorporação dessas práticas aos cuidados primários de saúde, não apenas por ser um recurso de menor custo financeiro, mas também por sua resolutividade, valor cultural e demanda. O novo olhar sobre o conceito de saúde e suas implicações refletiram em uma maior abertura para o diálogo e formalização dessas práticas. A ideia de saúde para além da ausência de enfermidades, a busca de um cuidado mais humanizado e integrado, que leve em consideração o todo e garanta um completo bem-estar físico, social e mental, embasam significativamente os ideais de construção e implementação do SUS e também da PNPIC.

Não há no discurso da Declaração de Alma-Ata uma crítica direta ao modelo biomédico, mas apontou-se a necessidade da ampliação da visão e do trato da saúde de maneira diferente da executada até então. Um ponto interessante para a nossa pesquisa nesse momento, é refletirmos sobre a recomendação da OMS para a incorporação mundial da Medicina Tradicional nos cuidados primários de saúde frente a uma necessidade de melhoria do modelo de saúde vigente. O novo olhar sobre o conceito de saúde, o apontamento para uma assistência mais humanizada e integrada, de alguma forma associou-se desde o início, ainda que minimamente, a incorporação de práticas tradicionais de cura aos cuidados médicos. A associação de um modelo de saúde mais integral à incorporação de PICs a esse sistema é um fator incontestável e esse fato também é perceptível no cenário nacional.

No Brasil, a partir dos anos 70, observou-se o crescimento do uso de terapias e medicinas não convencionais pela classe média urbana, mas somente na década seguinte esse

¹²⁰ Declaração de Alma-Ata. Op. Cit., p.25 item VII, subitem 2.

¹²¹ BULSING, Muriel. **Um estudo sobre o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Santa Maria, 2013, p. 71

processo começou a dar os primeiros passos rumo a institucionalização¹²². O caminho percorrido que precedeu a criação da PNPIC se iniciou nesse momento, e todas as discussões que nortearam o setor da saúde no âmbito internacional foram incorporadas pelo cenário brasileiro dando início ao processo de construção da política.

2.2 Os anos 80 e o cenário nacional

No ano de 1985 ocorreu a primeira ação de institucionalização das PICs através do Convênio realizado entre o INAMPS, a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro. Estabeleceu-se ações de atendimento médico envolvendo a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Homeopatia e a Fitoterapia, assim como a realização de atividades de pesquisa¹²³.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ªCNS) que é um grande marco nesse setor no Brasil. Presidida pelo então presidente da Fiocruz, Sergio Arouca, essa conferência teve ampla participação social e seu relatório final embasou o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, como uma ação que resultou na criação do Sistema Único de Saúde. Se discutiu a política de saúde para além da reforma financeira e administrativa do Estado e se apontou a necessidade de uma reformulação nos moldes vigentes a respeito da ampliação do conceito de saúde e da proteção, prevenção e promoção da mesma. Dentro dessa proposta de reformulação, a introdução de práticas alternativas de assistência foi reivindicada pela primeira vez nos serviços públicos de saúde. No relatório final da 8ª CNS concluiu-se que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro só seriam alcançadas se esse conceito fosse ampliado e se realizasse uma revisão da legislação que superasse as reformas administrativas e financeiras¹²⁴.

Foram cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª CNS foi um dos momentos mais importantes na definição do SUS e se debateu três temas principais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”¹²⁵. As primeiras reivindicações acerca da integração das PICs nos serviços públicos de saúde foram

¹²² LUZ, Op. Cit., p. 178

¹²³ Ibid., p. 167.

¹²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf, Acesso em 15/09/21.

¹²⁵ Ibid., p. 17.

realizadas nessa conferência e no relatório final registraram-se quatro propostas relacionadas a PICs pensando a reformulação do SNS.

As considerações relacionadas às PICs no relatório final da 8ª Conferência no tema da “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” com relação a organização dos serviços públicos desse setor, foram sobre a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida”¹²⁶; relacionado a “Política de Recursos Humanos”, indicou-se a “inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento de práticas alternativas”¹²⁷ e a incorporação dos agente populares de saúde como pessoal remunerado; com relação ao desenvolvimento científico e tecnológico deliberou-se por “aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativa de atenção à saúde”¹²⁸.

É importante lembrar que a 8ª CNS contribui para a formulação dos princípios e diretrizes que norteiam a organização do SUS. A associação de saúde e democracia presente nessa Conferência adquiriu sentido social e contribuiu de certa forma, como um dispositivo para produzir culturas de saúde mais sensíveis as diversidades. As ideias de universalidade, equidade, integralidade, regionalização, descentralização, participação popular, foram apresentadas nessas discussões e embasaram a organização do nosso Sistema Único de Saúde no qual se desenvolveu a PNPIC.

Ao analisarmos a primeira proposta apresentada no item “Organização dos Serviços Públicos de Saúde”, que aponta a introdução das práticas de assistência no sistema público de saúde e a escolha democrática do paciente com relação a terapêutica preferida, nota-se uma abertura do SNS para outros sistemas médicos complexos ou práticas terapêuticas assistências, além do modelo biomédico. Esse fato está ligado à proposta da reformulação do sistema e a ampliação do conceito de saúde. A introdução de práticas assistenciais, PICs, foi associada ao contexto da nova proposta de organização dos serviços públicos de saúde, apontando para a necessidade de se ampliar esse conceito abordando as diversidades, participação popular e a integralidade. A proposta da escolha da terapêutica preferida enquanto um direito democrático, coloca no centro do tratamento médico o paciente e não sua doença. Essa autonomia, a visão integral do sujeito, apresentada nessa primeira proposição, são marcos quando pensamos na criação de um SNS mais integral e no princípio do processo de construção e institucionalização da futura PNPIC.

¹²⁶ Ibid., Item 02, alínea a tema 02, p.18.

¹²⁷ Ibid., Item 03, alínea c, tema 02, p.21.

¹²⁸ Ibid., Item 20, tema 02, p.25

A segunda e terceira propostas elencadas no item “Política de Recursos Humanos” apresentaram a necessidade da inclusão dos conhecimentos das práticas alternativas no currículo do ensino de saúde, e também trataram da incorporação dos agentes populares de saúde como parte do pessoal remunerado. Essas propostas elucidam o reconhecimento de outros saberes da área da saúde para além do conhecimento dominante, e mais uma vez reforçam a ideia da ampliação do conceito de saúde e alternativas para se reformular o SNS que contam com a introdução das PICs. Essa proposta é muito interessante, pois reconhece não só a existência e funcionalidade das práticas integrativas e complementares, como as coloca em outro nível ao propor que elas sejam inclusas no currículo do ensino de saúde. O currículo vigente até o momento era pautado apenas nos conhecimentos e aplicações da medicina biomédica. Quando se tem uma proposta que aponta para a incorporação de outros conhecimentos à essa formação, se reconhece a importância e relevância desses saberes para a aplicação prática do cuidado em saúde. De maneira reduzida: se abre espaço para a introdução de conhecimentos tradicionais lado a lado dos conhecimentos biomédicos. Ainda que a realidade, até os dias atuais, não aponte para a efetiva incorporação desses conhecimentos aos currículos de saúde, diante de muitos impasses e limitações, a simples proposta de mudança já abre os olhares para o longo e necessário processo de transformação do conceito de saúde e introdução de PICs nesse sistema.

É importante observarmos a terceira proposta referente à incorporação dos agentes populares de saúde ao pessoal remunerado. São extensas as burocracias para essa efetivação, esse fato é inegável, mas queremos observar que essa proposição não tratou apenas da necessidade de se incorporar esses conhecimentos à formação dos profissionais da saúde, mas foi de reconhecer aqueles que já são os detentores desse saber e legitimar essas ações através da remuneração. Quando pensamos no conceito da integralidade, no embasamento cultural que essas práticas possuem, entendemos ainda mais a relevância dessa proposição. Não incluir os agentes já detentores desses conhecimentos e apenas incorporar os saberes ao currículo de formação em saúde, poderia deslegitimar essas práticas, por destituírem-nas de seus embasamentos culturais e as aplicarem apenas como mais uma técnica médica.

Com relação a quarta proposta referente a PICs na 8ª CNS quanto ao desenvolvimento científico e tecnológico, deliberou-se sobre a necessidade de aprofundar o conhecimento e a utilização de formas alternativas de atenção à saúde. Outra vez se reconheceu a necessidade de conhecer mais sobre os saberes e utilização dessas práticas já presentes no cotidiano na sociedade, contemplando uma demanda popular, em uma conferência que se destacou, entre outros motivos, pela proposta de reformulação do SNS. Se conhecia pouco sobre as formas

alternativas de atenção à saúde no âmbito da aplicação médica e era necessário aprofundar os conhecimentos e a utilização desses saberes através de pesquisas científicas e análise do conhecimento popular para introduzi-las ao sistema de maneira formal.

O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, nos permite afirmar que apesar dos grandes desafios para a reformulação do SNS, quando essa proposição foi pensada e discutida, tem-se a presença das PICs nesse processo. Quando se traz a necessidade de criarmos um sistema público de saúde mais integral tem-se ali, pela primeira vez em âmbito institucional, a presença das PICs. Consideramos que no âmbito nacional a 8ª CNS foi o primeiro passo de um longo processo de legitimação da construção da PNPIC.

Nesse mesmo ano, no contexto internacional, a Carta de Ottawa¹²⁹ aprovada durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, trouxe a luz o termo “promoção da saúde” e o desenvolvimento desse conceito abrangendo não apenas a redução a um tipo de consideração da biologia humana, mas tirando o peso da saúde exclusivamente desse setor e avançando para um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. É nesse contexto que se reconhece que os fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer quanto prejudicar a saúde. A responsabilidade pela promoção da saúde é apontada aqui como dever de todos e ela deve ser construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo, diante da capacidade de tomar decisões e de ter o controle sobre as circunstâncias da própria vida, enquanto lutam por uma sociedade que ofereça condições equitativas de saúde. Nessa perspectiva de uma saúde, que se constrói e se vive nas atividades diárias, nos espaços individuais e comuns, nos direitos e deveres, vem à tona o cuidado, a integralidade e a ecologia, termos essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde¹³⁰. Tanto no cenário internacional quanto no cenário nacional era notório o apelo à necessidade de transformação desse setor.

Definitivamente o ano de 1986 é um marco quando pensamos em saúde. O desenvolvimento do conceito de promoção da saúde no campo coletivo, norteando ações em prol da melhoria nas condições de vida, fazendo adentrar nesse processo, o cuidado, que é o sentido primário da saúde, assim como no Brasil o apontamento para a necessidade de ampliar o conceito de saúde, que basicamente é entendermos que essa é resultante das condições de

¹²⁹ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. In: BRASIL.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 10/09/2021

¹³⁰ SILVA, Isis Daniela Carvalho. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: Uma análise a partir do tripé epistemológico-crítico*, Recife, 2014, p. 27.

alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde, é notoriamente um divisor de águas nesse setor. Os sistemas de saúde, pelo menos na teoria, apresentaram a necessidade da implementação de uma nova visão para além de apenas enxergar o corpo humano como uma máquina que as vezes apresenta defeitos e precisa de reparos. E é ainda mais interessante pensarmos que é nesse contexto de ideias que se apresentam pela primeira vez reivindicações com relação a PICs no sistema público de saúde.

Desde a Conferência Internacional da Alma-Ata em 1987 a OMS vem apontando a insuficiência da medicina tecnológica e especializada para a resolução dos problemas de saúde de 2/3 da população mundial. A recomendação para que o setor avance gradativamente no sentido da promoção da saúde, que vai além de prover serviços clínicos de urgência que segue uma abordagem cartesiana de saúde objetificada, como apontado na carta de Ottawa, para se alcançar uma prática médica capaz de entender e respeitar as necessidades do indivíduo e da comunidade em seu contexto cultural, é reafirmada. Nesse período, em escala mundial, se estabelece a necessidade da transformação das ações embasadas nesse novo conceito de saúde que deve superar a medicalização e promover mudanças no estilo de vida que favoreçam a autonomia dos sujeitos. Nesse contexto é cada vez mais latente as discussões e proposições a respeito de PICs e da incorporação desses conhecimentos aos sistemas de saúde.

Especificamente com relação as PICs, ainda no ano de 1988, as Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), de números 04, 05, 06, 07 e 08¹³¹, estabeleceram de modo geral as normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Termalismo e Técnicas Alternativas de Saúde Mental. Nas resoluções 04 e 05 tratou-se especificamente da Acupuntura e da Fitoterapia, com relação as suas definições, eficácias e aplicações. A resolução 08 chamou atenção para a Fitoterapia enquanto terapêutica milenar, com uso secular no Brasil, que utiliza a flora brasileira e se constitui como uma terapêutica eficaz em algumas patologias comuns da saúde pública, com o benefício da diminuição dos custos para os cofres públicos diante da sua utilização. Essas resoluções foram repostas diante da necessidade de um cuidado especial por parte do Estado à uma demanda social. A população já fazia uso dessas práticas e era necessário organizar os princípios e

¹³¹ Brasil. **Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN**. Resolução de 08 de março de 1988. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 11 de março de 1988. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6212&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Comiss%E3o%20Interministerial%20de%20Planejamento%20e%20Coordena%E7%E3o&numero=4&ituacao=VIGENTE&data=08-03-1988> Acesso em: 15/09/2021

diretrizes para orientar suas aplicações. Se inicia a legislação e o reconhecimento oficial das PICs no Brasil.

2.3 A discussão sobre as PICs nos anos 90

O próximo evento institucional que apresentou proposições com relação às PICs no sistema público de saúde, ocorreu no ano de 1992. A 9ª Conferência Nacional de Saúde contou com a participação popular e teve como tema central: “Municipalização é o Caminho”, e como temas específicos: “Sociedade, Governo e Saúde”, “Implantações do SUS”, “Controle Social” e “Outras deliberações e recomendações”¹³². Foi a primeira Conferência Nacional de Saúde após a promulgação da nova Constituição Federal e das leis que regulamentam o SUS. Seguindo a lógica do tema central proposto pela conferência, indicou-se a expectativa social diante da efetivação da descentralização política-administrativa da gestão em saúde e do aumento consequentemente, da autonomia operacional de estados e municípios na gestão e prestação de serviços em saúde. A municipalização da atenção à saúde estava em seu auge e permitiu algumas experiências novas na gestão e prestação dos serviços, promovendo propostas inovadoras e reais para a melhoria da prestação dos serviços de saúde no país, ainda que para efetiva-las fosse necessário maior envolvimento e participação de trabalhadores, gestores e usuários do SUS¹³³.

No relatório final da 9ª CNS, registrou-se duas propostas relacionadas ao tema das PICs, inseridas no eixo: “Implementação do SUS”. A primeira proposta relacionada ao modelo assistencial, se apresentou na reflexão sobre a necessidade de uma grande mudança do modelo operado no Brasil, buscando atingir os objetivos do novo sistema de saúde. Nessa proposição o relatório aponta que as práticas alternativas, as tecnologias populares e as ações de promoção da saúde devem ser incorporadas ao modelo assistencial de saúde, que não configura um exemplar simplificado portanto, esse deve ser constituído sobre uma base epidemiológica que garanta à população o acesso universal em equidade, resolutividade, integralidade em um sistema de complexidade crescente, no qual se desenvolva práticas diferenciadas de acordo com cada realidade local¹³⁴. Mais uma vez a proposta de inclusão de PICs no sistema público de saúde, agora já configurado como SUS, está associada a

¹³² BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. 1992. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_9, acesso em 15/09/21

¹³³ GOBO, Juliano Del. **A política nacional de práticas integrativas e complementares SUS: um estudo a partir de Conferências Nacionais de Saúde (1986-2015)** Ponta Grossa, 2017, p.47

¹³⁴ BRASIL, Op. Cit., 1992

transformação desse sistema, a mudança do modelo assistencial operado no país, em busca, entre outros fatores, da integralidade.

A proposta da integralidade se assemelha à busca da equidade quando pensamos no primeiro conceito apontado por Mattos, como discutimos no primeiro capítulo, com relação à uma integralidade que contemple aspectos psicológicos e sociais, além dos fatores biológicos, fugindo de uma visão reducionista da promoção da saúde, abrangendo as diversidades e diferenças¹³⁵. O princípio da equidade busca promover ações em prol de reduzir as iniquidades sociais que levam a desigualdades na gestão, produção e acesso aos serviços de saúde, sendo necessário atentar para as necessidades coletivas, individuais e regionais. A colocação das PICs nessa primeira proposta apresentada na 9ª CNS, busca uma solução que contemple os princípios da equidade e integralidade promovendo uma maior resolutividade dos serviços de saúde, com a inclusão de diferentes práticas alternativas de acordo com cada realidade local.

A segunda proposta apresentada nessa Conferência, relacionada a “Política de Recursos Humanos”, deliberou por “promover a inclusão da Fitoterapia e outras práticas alternativas nos currículos da área da saúde”¹³⁶, reproduzindo as questões já aprovadas pela 8ª CNS se diferenciando por nomear pela primeira vez, uma prática específica, no caso, a Fitoterapia. Também se reafirmava as recomendações acerca da necessidade de democratização do acesso às informações sobre PICs. As propostas de revisão dos currículos, assim como da inserção de conteúdos relacionados às PICs, estão ligadas a presença de profissionais, atuando desde a formação profissional à gestão pública, empenhados com a necessidade de desenvolver um novo sistema de saúde mais integral.

Em 1995, A Secretária Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº2.543/GM¹³⁷, o Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não Convencionais. Buscava-se expandir os serviços denominados como medicinas não convencionais, nas redes pública e privada de assistência à saúde, diante da necessidade de regulamentar e controlar essa área, de forma a assegurar a qualidade dos serviços e dos produtos dessas medicinas oferecidas à população. O grupo deveria contribuir para a normatização dos serviços e também com o estabelecimento de padrões de qualidade de substâncias e produtos das medicinas não convencionais, com vista ao controle.

¹³⁵ Mattos RA & Pinheiro R, **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO; 2004.

¹³⁶ BRASIL, Op. Cit., 1992

¹³⁷ BRASIL, **Portaria nº 2.543**, de 14 de dezembro de 1995. Disponível em:

12/03/2021 <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6426&tipo=PORTARIA&orgao=Minist%20da%20Sa%20FAd/Gabinete%20do%20Ministro&numero=2543&situacao=VIGENTE&data=14-12-1995>, Acesso em: 15/09/2021

A instauração dessa Portaria é mais uma medida institucional diante da demanda populacional que sempre fez uso de diversas medicinas não convencionais. Desde o período colonial brasileiro quando as instituições médicas eram extremamente raras, quando não inexistentes e não era comum a presença de profissionais da saúde, a população colonial estabeleceu seus próprios meios de cura que envolviam a religiosidade, os conhecimentos indígenas acerca das plantas e raízes e os rituais africanos. Desde o período em que os jesuítas atuaram como médicos e mantinham suas boticas e casas de cura, suas ações se baseavam naquilo que observavam das práticas de cura dos indígenas e dos negros e conjugava-as aos conhecimentos letrados da época, destituindo-as das conotações mágicas e espirituais das práticas de cura¹³⁸. Claramente não estamos falando das PICs hoje incorporadas ao SUS, mas estamos apontando a cultura do uso de medicinas não convencionais enraizadas na população desde o período colonial que reforçam essa demanda popular por práticas integrativas e complementares até os dias atuais.

Mesmo diante do estabelecimento do ensino médico no Brasil, que buscava a aculturação da medicina local para se estabelecer a medicina europeia, com a premissa da cientificidade e da batalha instaurada contra as práticas de curas tradicionais, que passaram a ser considerados arcaicas e criminosas, a população nunca abandonou o uso desses saberes no trato da saúde. Essa demanda sempre existiu no território brasileiro e à medida que mais conhecimentos foram introduzidos à cultura de cura brasileira, como a Medicina Tradicional Chinesa, essas práticas foram abraçadas pela população, mesmo sendo ignoradas durante muitos anos pela medicina biomédica dominante¹³⁹. O que queremos com esse breve retorno na história é apontar a legitimidade cultural que embasou a demanda existente nos dias atuais e já latente no ano de 1995, quando a Portaria 2.543/GM foi instaurada, com o intuito de expandir e regulamentar os produtos e serviços das medicinas não convencionais utilizados pela população.

No próximo ano, em 1996 entre os dias 2 e 6 de setembro aconteceu a 10ª Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência não trouxe um tema central do encontro, como as anteriores, mas as discussões giraram em torno do SUS e da construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida. O relatório final foi organizado a partir dos subtemas: “Saúde, Cidadania e Políticas Públicas”; “Gestão e Organização dos Serviços de Saúde”; “Controle Social na Saúde”; “Financiamento da Saúde”; “Recursos Humanos para a

¹³⁸ VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677- 1808)**, 2017, p. 29

¹³⁹ Ibid., p. 38.

Saúde”; “Atenção Integral à Saúde”¹⁴⁰.

O próprio documento da Conferência aponta que no contexto em que a mesma ocorreu, o país passava por crises estruturais que desafiavam a democracia e o governo de Fernando Henrique Cardoso. A novidade dessa Conferência foram as discussões com relação a Gestão e Organização dos Serviços de Saúde diante dos esforços para a execução do SUS ao nível da gestão microrregional e municipal¹⁴¹.

O relatório da Conferência discorre sobre o contexto político e econômico da década de 1990, na qual ocorreram estratégias de desmonte do sistema público como: ajuste fiscal, barateamento da força de trabalho, enxugamento do Estado, reconcentração do capital pela privatização do patrimônio público e o subfinanciamento do SUS, devido ao modelo econômico utilizado. O posicionamento apontado na Carta da 10ª CNS foi com relação aos avanços democráticos e institucionais, as condições sanitárias e as instituições de saúde, que continuavam em crise no país. A política econômica neoliberal era, segundo o documento, a responsável por gerar a dependência e endividamento interno e externo, desemprego, empobrecimento, exclusão social, quebra de direitos trabalhistas, violência, mortes e doenças, estabelecendo o Estado Máximo para o capital financeiro nacional e internacional e o Estado Mínimo para as políticas sociais¹⁴².

Todas essas questões, de acordo com os atores reunidos na conferência, demandavam soluções urgentes que agissem em prol da redistribuição de renda, da geração de emprego, da reforma agrária e de amplas políticas urbanas. Com relação à saúde, para garantir a efetividade desse direito, deveria -se implementar a construção de um novo modelo de atenção à saúde, totalmente pautado nos princípios e diretrizes do SUS. O documento ainda aponta que o SUS permitiu nas cidades que avançaram na aplicação dos seus princípios e diretrizes, a resolução de problemas de saúde, a reversão de indicadores e a satisfação da população, o que provava sua viabilidade¹⁴³.

O relatório final da 10ª CNS menciona em três momentos deliberações acerca de PICs. O primeiro momento está relacionado ao aprofundamento dos conhecimentos e pesquisas com o objetivo de averiguar a efetividade das práticas alternativas populares, dentro da discussão que busca garantir o pleno desenvolvimento do SUS através do apoio de pesquisas sobre temas e assuntos de interesse social na área da saúde.

¹⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. 1996. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf, acesso em 15/09/21.

¹⁴¹ Ibid., p. 23.

¹⁴² Ibid., p. 27.

¹⁴³ GOBO, Op. Cit., p.55

O segundo momento é quando o relatório orienta as Secretárias Municipais de Saúde a garantir a atenção integral da saúde por meio da incorporação de práticas populares como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia no SUS, em todo o país. Aqui temos, pela primeira vez em um documento oficial, uma relação direta, apontada por órgãos oficiais, entre a garantia da integralidade na atenção da saúde e as práticas integrativas e complementares. Não se apresentou apenas a necessidade da incorporação de PICs ao sistema de saúde como mais um mecanismo de promoção e transformação desse sistema, mas se apontou, dentro da discussão do tema da atenção integral à saúde, as PICs como mecanismos para se alcançar esse princípio.

O terceiro momento apresentado no relatório da 10ª CNS, com relação a práticas integrativas e complementares, no item referente à “Política de Medicamentos”, foi com relação ao uso das plantas medicinais com ênfase no controle institucional, para se garantir “a universalização do acesso aos medicamentos e desenvolvimento de ações de vigilância farmacológica para medicamentos e plantas medicinais”¹⁴⁴, e ainda apontou para a formulação de políticas de saúde que contemplem “particularidades e especificidades culturais, de costumes, étnicas, epidemiológicas, política e sociais de cada local, rompendo-se com a tradição de Programas e Políticas Verticais”¹⁴⁵.

Nessa conferência registrou-se pela terceira vez consecutiva propostas de incorporação de PICs ao sistema de saúde pública nas Conferências Nacionais de Saúde. A ampliação e inovação das proposições apresentadas pela Conferência tiveram um importante papel na garantia e continuidade das indicações relacionadas as práticas integrativas e complementares.

Três anos após a 10ª CNS, em 1999, a implementação da Portaria nº1.230/GM¹⁴⁶, possibilitou o acompanhamento do primeiro indicador de monitoramento da oferta de PICs no SUS, através do registro de consultas médicas em Homeopatia e Acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS, e ainda estabeleceu o repasse financeiro aos municípios por consulta realizada. Esse ponto é muito importante quando pensamos na formulação da PNPIC pois foi nesse momento, através desses registros, que se tem o início do levantamento que permitiu a incorporação de PICs ao SUS. Até então tinha-se apenas orientações, indicações, para a introdução dessas práticas no sistema público de saúde. É através dessa Portaria que, pela primeira vez, inseriu-se na tabela SIA/SUS práticas integrativas e complementares.

Dos anos 70 ao final dos anos 90 as discussões sobre as PICs se caracterizam por seu aspecto teórico, de intensos debates e sugestões daquilo que deveria ser feito no sistema de

¹⁴⁴ BRASIL, Op. Cit., 1996, p.9

¹⁴⁵ Ibid., p. 12

¹⁴⁶ BRASIL. **Portaria nº1.230/GM**, de 03 de maio de 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1230_14_10_1999.html Acesso em: 10/09/2021

saúde. Várias proposições foram elencadas e cada vez mais se reforçou a necessidade de inserção das práticas integrativas e complementares ao setor. Esse debate se intensifica com a criação do SUS, e desde então a relação entre as PICs e a integralidade se constitui de maneira direta, mútua e orgânica nas pautas de saúde.

2.4 A discussão sobre as PICs nos anos 2000

As proposições e regulamentações de PICs no sistema de saúde se tornavam cada dia mais presentes nas discussões acerca desse tema. A 11ª CNS ocorreu no ano 2000 e teve como tema geral “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”¹⁴⁷. O extenso Relatório final dessa conferência analisou os cenários e aspectos da política de saúde, sínteses das discussões dos grupos e apresentou várias questões, entre elas: o modelo assistencial e a integralidade da atenção, que dialogam diretamente com as PICs desde 1986 com a 8ª CNS e a Carta de Ottawa. Exigiu-se que o sistema de saúde tivesse 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”¹⁴⁸.

Relacionado a essa proposição a 11ª CNS apresentou críticas ao modelo de saúde vigente no país e aos valores hegemônicos da modernidade, alegando que esses mantêm caráter assistencialista, o que os torna incapazes de corresponder às necessidades da população, por serem modelos curativistas, obsoletos, assistencialistas, operados por profissionais despreparados para atuarem respeitando os direitos e necessidades dos pacientes, com a qualidade necessária. Ainda afirmam que o modelo vigente é centrado na figura do médico, voltado para as doenças, o que gera a ideia de que a única forma de se resolver os problemas de saúde seja tratando a doença medicamente”¹⁴⁹.

Diante dessas colocações e pensando um modelo assistencial adequado à realidade e sensível à diversidade cultural e regional, a 11ª CNS deliberou “pela adoção de soluções de acordo com a diversidade do território nacional, respeitando as realidades locais, regionais e estaduais”¹⁵⁰, contribuindo para a 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

¹⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. 2000. Disponível em, http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf, acesso em 15/09/21.

¹⁴⁸ Ibid., p. 7.

¹⁴⁹ BRASIL, Op. Cit., 2000, p. 9.

¹⁵⁰ GOBO, Op. Cit., p. 37

integrado”¹⁵¹, reforçando o princípio da integralidade.

Com relação a PICs, o relatório da 11ª CNS registrou seis propostas. No primeiro momento, como parte das proposições relacionadas à organização dos serviços e do modelo assistencial, PICs foram apresentadas como práticas não hegemônicas, citando a Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia, como possíveis alternativas assistenciais, mais acessíveis financeiramente, eficazes e com potencial preventivo e curativo, apesar do pouco estímulo e inexistência de modelo adequado de Atenção à Saúde no país. Percebe-se que até então, todas as proposições em todas as conferências, portarias, registros, apontam para a introdução de práticas alternativas e complementares no sistema de saúde de modo geral, mas analisando especificamente, as ações se voltam apenas para essas práticas citadas a cima.

A segunda proposta foi apontada no eixo “Gestão de Recursos em Saúde” e pela primeira vez foi apresentada uma preocupação orçamentaria com as PICs. Deliberou-se por investir em medicamentos naturais e alternativos e práticas terapêuticas alternativas, priorizando também a utilização de remédios genéricos, para racionalizar o gasto com esses insumos e a implantação de farmácias populares públicas, na perspectiva de corresponder as necessidades sociais. A terceira proposta, seguindo a direção dessa última apresentada, foi aprovada no eixo “Financiamento da Atenção à Saúde” e apontava a necessidade de se garantir financiamento suficiente para núcleo regionais específicos e incentivos a Fitoterapia, na elaboração dos Planos de Saúde e Planos de Investimento, em todos os níveis de administração.

No eixo “Organização da Atenção à Saúde” foi apresentada a quarta proposta que incentivou a ampliação do acesso aos serviços de saúde, contemplando os residentes de localidades onde não há suficiência de recursos assistenciais, e a incorporação de práticas terapêuticas não convencionais, citando a Acupuntura e a Homeopatia, já reconhecidas formalmente como especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Pela primeira vez nos relatórios se apresenta a perspectiva tecnicista que condicionou a incorporação de PICs ao reconhecimento do CFM.

A quinta proposta foi apresentada na perspectiva do eixo “Medicamentos e Assistência Farmacêutica” e recomendou-se, a implementação de Programa de Fitoterapia na rede pública com regularização do uso de plantas medicinais, garantindo parcerias com universidades para a realização de pesquisas e controle de qualidade sob fiscalização da Vigilância Sanitária. Outra recomendação foi a criação de legislação que facilite a produção e comercialização de produtos fitoterápicos e plantas medicinais, implementando programas de incentivo ao desenvolvimento

¹⁵¹ BRASIL, Op. Cit., 2000, p.9.

de projetos de fitoterapia e outros tratamentos alternativos, fomentando a implantação de “laboratórios fitoterápicos inseridos dentro da Política de Assistência Farmacêutica do Estado”¹⁵². Ainda nessa proposta considerou-se “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”¹⁵³ e a viabilização da distribuição de medicamentos homeopáticos na rede de saúde.

A sexta e última proposta apresentada nessa conferência, se relaciona com a proposição anterior. No eixo “Formação de Pessoal para a Saúde” deliberou-se para a formação de profissionais para o uso de fitoterápicos na rede pública. Percebe-se que, assim como nas conferências anteriores, o incentivo à Fitoterapia foi mais presente do que com relação as demais práticas. Associamos esse fator à presença marcante do uso de raízes e plantas com propriedades medicinais pela população brasileira desde o início da formação do país, assim como a diversidade da flora nacional que permite maior acesso a esses recursos.

A presença constante de PICs nas deliberações e discussões nas Conferências Nacionais de Saúde desde 1986 seguiu associada a grandes temas na política de saúde. Quanto mais se discute sobre a integralidade e sobre o modelo de atenção à saúde, maior é o fortalecimento da associação de PICs, enquanto dispositivo de promoção e valorização da saúde, em relação ao modelo assistencial vigente.

No ano seguinte, em 2001, ocorreu a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (CNVS) realizada entre os dias 26 a 30 de novembro em Brasília. O teor dessa conferência se pautou em reflexões e debates acerca dos entraves e avanços no processo de efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Envolveu gestores do SUS e do setor regulado público e privado, usuários do Sistema de Saúde e representantes dos trabalhadores desse setor, e se constituiu como um espaço importante de reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS. Buscava-se efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, protegendo e promovendo a saúde e construindo a cidadania.

O Relatório final¹⁵⁴ dessa conferência dividiu os temas apresentados em duas partes. A primeira parte nomeada como “Cenário”, elencou o contexto vivenciado e a relação desses fatores com o processo de construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), que para se tornar um componente efetivo do SUS, deveria obedecer nas três esferas do governo, os mesmos princípios e diretrizes. Com relação a integralidade, o relatório aponta que a

¹⁵² BRASIL, Op. Cit., 2000, p.144.

¹⁵³ Ibid., p. 145

¹⁵⁴ BRASIL, Op. Cit., 2000, p. 122.

Vigilância Sanitária se organiza de forma dissociada do SUS e atua isolada dos demais setores da sociedade, portanto há fragmentações nas ações e falta articulação na atuação com relação as três esferas do governo, além da inexistência de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária clara e de conhecimento público. Todas essas questões dificultam a efetividade das ações de proteção e promoção da saúde, propósito da Vigilância Sanitária.

A segunda parte do relatório, “Proposições”, aponta as discussões e propostas realizadas na conferência, salientando que as práticas de vigilância sanitária, quanto a proteção e promoção da saúde, são direitos instituídos no exercício da cidadania e recuperam a dimensão ampliada do conceito de saúde, reafirmando que a saúde é um direito social estabelecido na legislação que cria e organiza o SUS. Nessa parte do relatório se apresentam as recomendações e deliberações resultantes das questões debatidas na conferência em eixos de discussão.

No eixo “Função Regulatória e desafios a Vigilância Sanitária” deliberou-se sobre a regulação de medicamentos fitoterápicos e o estímulo a pesquisas com plantas nacionais, com vista à oferta segura e eficaz à população, ampliando o acesso principalmente no âmbito da Atenção Básica¹⁵⁵. A institucionalização das PICs, ao longo desse processo que embasou a construção da PNPIC, acompanhou a demanda social e a necessidade de transformar o SNS diante da busca pelo conceito ampliado de saúde. A deliberação realizada na 1ª CNVS era uma resposta à necessidade estatal de se regulamentar uma prática bastante difundida no território brasileiro. O uso de medicamentos fitoterápicos aumentava cada vez mais e era necessária uma regulamentação que controlasse e ampliasse o acesso. Todas essas ações reguladoras visavam a necessidade estatal de implementar e controlar o uso das PICs na sociedade. O foco maior à Fitoterapia se deve primeiro ao hábito populacional do uso desses conhecimentos, o que cria a demanda, e em seguida a necessidade de regular os produtos fitoterápicos por se constituírem como medicamentos, necessitando de maior atenção e regulação estatal.

O ano de 2003 foi sem dúvida alguma um momento muito importante para a construção da PNPIC. Quatro eventos com relação a PICS marcaram esse período. O documento lançado pela OMS “*Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*”¹⁵⁶ se constituiu como uma estratégia global, no âmbito de desenvolvimento e melhoria da saúde mundial, após diversas discussões em seminários, convenções, encontros, etc. Apesar de se constituir como uma estratégia global, a aplicação das diretrizes contidas no documento deveria levar em

¹⁵⁵ BRASIL, **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, 2001, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf acesso em: 18/09/2021.

¹⁵⁶ World Health Organization. Programme on Traditional Medicine. (2002). *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Organización Mundial de la Salud. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/op000023.pdf> acesso em: 18/09/2021.

consideração as diversidades regionais e os diferentes contextos históricos, geográficos e culturais, no papel e no uso das medicinas complementares, tradicionais e alternativas.

Em termos de definição o documento aponta a “medicina tradicional” como um termo amplo para se referir à Medicina Tradicional Chinesa, a Ayurvédica Indiana, a Medicina Unani Árabe, assim como várias outras formas de medicina indígena. Com relação às terapias da medicina tradicional, o documento elenca que essas podem se desenvolver como terapias medicamentosas, quando há o uso da Fitoterapia ou envolve partes de animais ou minerais, e terapias não medicamentosas, que ocorrem a princípio sem o uso de medicamentos como no caso da Acupuntura, terapias manuais e espirituais. Ainda com relação à definição de termos, nos países onde a medicina tradicional não é incorporada ao sistema ou se baseia na medicina alopática, essas práticas são frequentemente denominadas como: medicina complementar, alternativa ou não convencional.

Esse documento representa um plano de ação estratégico para os anos 2002-2005. A partir de uma revisão global do uso da medicina tradicional, dos desafios e considerando as políticas nacionais, os marcos regulatórios, a necessidade de garantia, eficácia, qualidade, segurança, acessibilidade e do uso racional dessas práticas, a OMS apresenta o seu papel e os recursos nacionais e internacionais para colocar esse plano em ação.

A mobilização, incentivo e regulamentação de PICs em âmbito internacional galga cada vez mais espaço dentro dos sistemas e discussões acerca da saúde. Não se pode mais ignorar a presença e eficácia de PICs nas sociedades e passa a ser necessário se debater sobre o tema, ampliar os conhecimentos e legislar essas práticas. No cenário nacional em junho de 2003 ocorreu a constituição do grupo de trabalho no Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) no SUS, que hoje se configura como a atual PNPIC.

Representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica se reuniram com o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, por solicitação do próprio Ministro, para se instituir um grupo de trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica/SAS e pela Secretaria Executiva, com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a Política Nacional¹⁵⁷.

¹⁵⁷ BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília/DF. 2ªed. 2015, p. 77. Disponível em <https://b1vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso em 18/09/2021

Iniciou-se a fase de formulação de um plano de ação. Não nos aprofundaremos agora nessa questão, pois a constituição desse grupo de trabalho é o início efetivo do processo de criação da PNPIC. Consideramos esse momento um ponto crucial tanto do processo de construção da política quanto do processo da criação em si. A formulação da PNPIC se inicia nesse momento, porém outros acontecimentos ainda no ano de 2003 e nos anos de 2004 e 2005 influenciaram e reforçaram as bases que fortaleceram a constituição da mesma. Retomaremos esse ponto, mais profundamente, quando formos tratar da criação efetiva da política no próximo capítulo. Neste momento daremos continuidade a exploração das fontes que embasaram essa construção, mas que não estão ligadas, diretamente, com o processo de elaboração da PNPIC.

Entre os dias 15 e 18 de setembro, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) na qual, segundo o Relatório final, o Brasil começa a “pensar e formular uma política de Assistência Farmacêutica sob o olhar, voz e a perspectiva dos usuários, prestadores, gestores e profissionais que debateram e deliberam, desde 2002, a partir dos municípios e dos estados”¹⁵⁸.

A CNMAF foi a primeira conferência convocada para tratar especificamente do tema: Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil. Sua principal característica foi traçar um quadro da situação dessa área no SUS e com a escolha dos delegados, seleção dos convidados, realização das inscrições e definição dos temas, a Comissão Organizadora percebeu o montante, quase inesgotável de assuntos a serem tratados. O Tema central da conferência foi: “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, organizado em três subtemas.

O primeiro foi “Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores públicos e privado de atenção à saúde”, o segundo subtema foi “Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a Produção de Medicamentos” e o terceiro foi sobre a “Qualidade na Assistência Farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos”¹⁵⁹. Foram aprovadas 647 propostas e 31 moções e ficou evidente que o caráter da assistência farmacêutica é universal e permeia toda a rede de serviço do SUS.

De acordo com o Relatório final dessa conferência, a política de Assistência Farmacêutica implementada pelo governo vigente, engloba a eliminação da fragmentação, que era uma das principais características dessa área, buscando a descentralização da assistência farmacêutica, o desenvolvimento tecnológico e a capacitação do setor produtivo nacional e

¹⁵⁸ BRASIL, **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**, Brasília, 2001

¹⁵⁹ Ibid., p. 5.

medidas destinadas a superar a atual dependência tecnológica e econômica do País. Assim como, apoiar a capacitação dos laboratórios oficiais e priorizar o acesso da população mediante ações integradas.

Com relação a PICs, no item “Fitoterápicos/ Biodiversidade/Homeopáticos”¹⁶⁰ foram aprovadas propostas envolvendo medicamentos homeopáticos e fitoterápicos e deliberou-se sobre a necessidade da elaboração de uma política nacional de plantas medicinais. Também se incentivou o desenvolvimento de pesquisas e apontou para a necessidade de disponibilizar tratamentos complementares reconhecidos pela OMS, como: “fitoterapia, acupuntura e homeopatia, com capacitação profissional, incluindo estes serviços na tabela SAI/SUS, apoiando projetos que impliquem na redução de custos da terapêutica”¹⁶¹.

A institucionalização de PICs ao sistema público de saúde se torna cada vez mais latente, e paralelamente a isso tem-se a necessidade de incentivar pesquisas e institucionalizar medidas, muitas das vezes relacionadas ao setor farmacêutico, para a implementação desses conhecimentos e recursos no trato da saúde. As discussões, propostas e legalização dessas práticas alcançam níveis cada vez maiores, sendo incorporadas na sociedade e se constituindo como tema a se debater nas principais discussões da área da saúde.

Ainda em 2003, entre os dias 7 e 11 de dezembro, ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que ficou conhecida como a Conferência Sérgio Arouca. O tema geral foi: “Saúde um direito de Todos e um Dever do Estado: a Saúde que temos, o SUS que queremos”¹⁶². Essa conferência estava prevista para acontecer em 2004, mas foi adiantada por uma articulação entre o MS e CNS, para que ocorresse no primeiro ano do novo Governo. Os resultados deveriam ser assimilados pelos instrumentos de gestão e elaborados ainda no início do mandato, norteando o planejamento de quatro anos do Governo.

O Relatório final da conferência indicou grande otimismo e entusiasmo com os rumos a serem dados pela política de saúde, diferente da 11ª CNS, na qual os delegados presentes fizeram diversas críticas ao modelo social e econômico vigente, que privilegiava o capital financeiro e internacional em detrimento das políticas sociais. O entusiasmo pode ser relacionado a vitória eleitoral do candidato político, Luiz Inácio Lula da Silva, que representava os anseios da esquerda pelo aperfeiçoamento do SUS. Outro fator, é que a coordenação da conferência ficaria à cargo de Sérgio Arouca, grande figura da 8ª CNS e da reforma sanitária brasileira, que acabou falecendo alguns meses antes da realização da etapa nacional da

¹⁶⁰ BRASIL, Op. Cit., 2001, p. 99.

¹⁶¹ Ibid., p. 100.

¹⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. 2003. Disponível em, http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf, acesso em 15/09/21.

discussão. A 12ª CNS abarcava em si o propósito de se constituir como um novo marco histórico para o SUS e “tamanho 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”¹⁶³.

No relatório o ministro Humberto Costa, reconheceu o SUS como a maior política de inclusão social do país, saudou a posse do Governo Lula e apontou a participação popular como ação política concreta. Porém, também apresentou um grande paradoxo do sistema de saúde vigente que, ao mesmo tempo em que oferecia serviços de excelência para todos os cidadãos em tratamento oncológicos, transplantes, acesso a medicamentos para a AIDS, também apresentava uma enorme dificuldade de garantir acesso aos serviços básicos de urgência às consultas.

As discussões produzidas com relação as pautas sociais e as PICs nos anos de 1980 e 1990, encontraram nos anos 2000, diante de um ambiente de esperança e grandes expectativas com o novo governo, que retornou à Constituição Cidadã reafirmando a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, um clima político favorável e um cenário econômico e social próspero para efetivá-las. Ou seja, todas as discussões, mobilizações e pautas construídas desde 1986, se tornaram mais palpáveis com a mudança na conjuntura política na esfera federal nos anos 2000.

O Relatório foi dividido em eixos temáticos e cada um deles apresentava uma introdução, os desafios e as diretrizes para se alcançar as proposições e superar as dificuldades. No eixo temático “A Organização da Atenção à Saúde”¹⁶⁴, apontou-se como o maior desafio do momento a implementação do direito à saúde no cotidiano dos serviços desse setor.

Eram necessárias mudanças radicais no modo de se fazer a saúde, reafirmando pressupostos de organização já definidos pelo SUS, com relação a: organização dos serviços, que deveriam estabelecer práticas e processos que garanta, a universalidade, o acesso e o acolhimento aos usuários; o aumento da resolutividade; a democratização com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão; a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população, e a integralidade na atenção¹⁶⁵.

Com a criação do grupo de trabalho (GT) em junho de 2003, através da reunião das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica e o ministro da Saúde, Humberto Costa, para se discutir sobre a inserção de PICs no SUS, através

¹⁶³ GOBO, Op. Cit., p.44.

¹⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde**, 2003, p.48 Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf acesso em 15/09/21.

¹⁶⁵ BRASIL, Op. Cit., 2003, p. 49.

da formulação da Política Nacional de Medicina e Práticas Complementares (PNMNPC), atual PNPIC, fortaleceu-se a pauta das PICs, de modo que na 12ª CNS esse tema teve maior destaque que nas conferências anteriores. Comprovando a tendência da maior presença de proposições acerca do tema, aprovou-se quinze propostas e pela primeira vez foram aprovadas moções relacionadas a PICs.

A efetiva implementação de PICs nos serviços do SUS, como a Fitoterapia, Reflexologia, Homeopatia, Acupuntura e Massoterapia, foi apontada como diretriz geral do Sistema de Saúde, destacando a importância de ofertas de opções de cuidados para além da racionalidade biomédica. O texto também recomenda o incentivo a estudos sobre práticas consideradas “alternativas, holísticas, complementares e naturais”¹⁶⁶, assim como a normatização e reconhecimento das atividades dos facilitadores das PICs. A inserção da Homeopatia, Acupuntura e outras práticas integrativas em saúde, como conteúdo de educação permanente para todas as categorias desse setor, também é apontada na discussão.

As propostas aprovadas se encontram dispostas em seis eixos temáticos: “Intersetorialidade das Ações de Saúde”, “Organização da Atenção à Saúde”, “Trabalho na Saúde”, “Ciência, Tecnologia e a Saúde”, “Financiamento da Saúde”, “Comunicação e Informação em Saúde”¹⁶⁷.

No eixo “Intersetorialidade das Ações de Saúde” deliberou-se pelo desenvolvimento de programas conjuntos entre os setores de saúde, agricultura, educação e comunidades, implantando resoluções do Seminário Nacional sobre Políticas de Fitoterápicos e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Nota-se o fortalecimento e o amadurecimento dos espaços de controle social com relação as PICS, através de diversos encontros temáticos para formular diretrizes envolvendo diferentes setores.

No eixo “Organização da Atenção à Saúde” apontou-se a necessidade de garantir a efetiva implementação de PICs, reconhecidas oficialmente e que respeitem a legislação dos serviços do SUS, por se constituir como um direito do indivíduo ter acesso a diferentes opções terapêuticas, reforçando o princípio da integralidade. Também dever-se-ia assegurar a garantia de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, assim como o “acesso a informações sobre sua eficácia e efetividade, comprovadas por meio de métodos de investigação científica dessas racionalidades terapêuticas”¹⁶⁸. Essa é a proposta que se apresentou como uma diretriz geral da conferência, abrangendo e contemplando dimensões de uma política pública, através

¹⁶⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. 2003, p.52
Disponível em, http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf, acesso em 15/09/21.

¹⁶⁷ Ibid., p. 62

¹⁶⁸ BRASIL. Op. Cit., p.70

da assistência, implementação, garantia de informação sobre efetividade e eficácia, partindo de uma averiguação científica adequada. A indicação de práticas que não haviam sido apresentadas anteriormente como a Massoterapia e a Reflexologia, mostram uma ampliação dos conhecimentos de PICs nos espaços de saúde pública.

Uma diferença da 11ª CNS para essa conferência é que anteriormente a incorporação de PICs dependia do crivo do CFM e a partir da proposta da 12ª CNS, reconheceu-se que os critérios para se avaliar a eficácia, devem ser adequadas a cada racionalidade terapêutica, dando maior autonomia as PICs.

Ainda nesse eixo temático a Fitoterapia, campeã de proposta, foi apresentada em mais duas deliberações, diante da necessidade de aumentar a oferta de insumos e medicamentos da farmácia básica das unidades de saúde, assim como “garantir a inserção dos fitoterápicos validados pelo Ministério da Saúde na política nacional de assistência farmacêutica e de medicamentos”¹⁶⁹. Com relação a Homeopatia deliberou-se que se deveria “apoiar e determinar a implantação da mesma no SUS, inclusive nas unidades de Saúde da Família”¹⁷⁰, diante da grande convergência de princípios entre essa terapêutica e a visão holística e integradora necessária à saúde pública, frente ao alto índice de resolução e redução de custos. Também dever-se-ia destinar recursos específicos para sua efetiva implantação e para a realização de pesquisas na área.

No eixo “Trabalho em Saúde”, o tema que mais envolveu as PICs foi a regulação das profissões. Deliberou-se por reconhecer e normatizar a atividade dos facilitadores de PICs e encaminhar “discussão do reconhecimento profissional das parteiras atuantes na Região Amazônica e em outras áreas onde constituem alternativas adequadas à atenção ao parto”¹⁷¹. Ainda nesse eixo, no subitem “Educação Permanente e Educação em Serviço” apontou-se a necessidade de inserir os conteúdos de Fitoterapia, Acupuntura, Homeopatia e outras práticas integrativas de saúde no processo de “[...] educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde”¹⁷². Essa é uma proposição que reforça discussões presentes nas conferências anteriores e é interessante pois, a garantia da integralidade está diretamente associada a prestação dos serviços de saúde e no trato da execução da prática médica. Portanto, deliberações e investimentos relacionados a atuantes dessas práticas e a formação dos profissionais da saúde, diante de novos conhecimentos, reforçam o princípio da integralidade e a crescente presença das PICs nesse setor.

¹⁶⁹ Ibid., p. 78

¹⁷⁰ BRASIL. Op. Cit., 2003, p.78

¹⁷¹ BRASIL. Op. Cit., 2003, p. 103

¹⁷² Ibid., p. 109

As PICs foram discutidas na perspectiva de investir, viabilizar e desenvolver tecnologias no eixo “Ciência, Tecnologia e a Saúde”. Diante da necessidade de aprofundar a utilização de PICs na saúde e de incentivar o desenvolvimento de projetos de Fitoterapia e outros tratamentos alternativos, assim denominados pela conferência, buscou-se a integração dos saberes populares e científicos. A 12ª CNS reforçou as propostas realizadas nas conferências anteriores, deliberando pela viabilização dos estudos sobre práticas de cuidado de saúde consideradas holísticas, alternativas, naturais, complementares e integrativas. O incentivo no desenvolvimento e na pesquisa tecnológica da flora brasileira que permita a produção de medicamentos homeopáticos, assim como financiar através do Ministério da Agricultura, Saúde, Meio Ambiente e Ciência e Tecnologia, pesquisas realizadas por instituições nacionais sobre plantas medicinais, biodiversidade nacional e alimentos alternativos, também foi apontada.

Com relação ao “Financiamento da Saúde”, a proposta registrada associada às PICs, assim como na 11ª CNS, foi relacionada a garantia e ampliação de recursos destinados à “[...] assistência farmacêutica, nas três esferas de governo, para custeio de medicamentos da farmácia básica, incluindo homeopáticos, manipulados e fitoterápicos”¹⁷³.

No eixo “Comunicação e Informação em Saúde” a proposta registrada visava possibilitar o acesso aos usuários à informação sobre novas modalidades de manutenção, promoção e recuperação da saúde desenvolvidas no SUS, “[...] como a medicina natural, fitoterapia, práticas tradicionais indígenas e práticas complementares e alternativas de saúde”¹⁷⁴, através da elaboração de folhetos que orientem sobre o uso correto de medicamentos e campanhas de estímulo à utilização de medicamentos manipulados, genéricos e fitoterápicos.

Com relação as duas moções aprovadas na 12ª CNS, relacionadas à PICs, mais especificamente, à homeopatia e fitoterapia, deliberou -se que o Plenário da conferência aprovava o apoio à implantação oficial da homeopatia no SUS e no Programa Saúde da Família, visando a convergência entre os princípios dessa 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”¹⁷⁵. Cabia aos Governos Federal, Estadual e Municipal disponibilizar recursos materiais, financeiros e humanos para garantir a “efetiva implantação e para a realização de pesquisas na área e estabelecer uma política de fornecimento

¹⁷³ BRASIL. Op. Cit., 2003, p.156

¹⁷⁴ Ibid., p.176

¹⁷⁵ Ibid., p. 179

gratuito de medicamentos homeopáticos para os usuários que optarem por essa terapêutica”¹⁷⁶.

Na moção o Plenário apoiou a “[...] redefinição do paradigma de saúde adotado nas instancias oficiais do país, de um modelo centrado na saúde e nas capacidades da natureza, e não na doença, nas conveniências do mercado farmacológico e tecnológico”¹⁷⁷ e aprovou o apoio à inclusão do uso de medicamento fitoterápicos na rede básica do SUS.

É notório o aprofundamento e dimensão das discussões envolvendo PICs na 12ª CNS, confirmando a tendência do seu fortalecimento no SUS. Essa conferência deve ser considerada um grande marco na área das PICs, pela aprovação expressiva de propostas relacionadas ao tema, com relação a política de saúde, em um encontro nacional. O campo estava fortalecido para a institucionalização de uma política normativa do SUS e todas as pautas debatidas nessa conferência reforçaram a necessidade de se investir em recursos e conhecimentos sobre essas práticas. O destaque permanece para a Homeopatia, Acupuntura e especialmente a Fitoterapia, mas nota-se uma abertura nesse processo com a menção de outras duas práticas, a Reflexologia e Massoterapia. O cenário político favorável na qual ela ocorre, a esperança latente diante da efetivação do Sistema Único de Saúde e dos seus princípios devem ser levados em consideração, pois após muitos anos de discussões e trabalhos com relação às PICs, é nesse mesmo momento que ocorre a formulação do primeiro passo para a criação da PNPIC.

Após um ano intenso e definidor dos caminhos traçados pelas PICs no sistema público de saúde, em 2004 ocorreu a II Conferência Nacional de Ciência Tecnológica e Inovação em Saúde (CNCTIS), convocada pelos setores da saúde, da ciência e tecnologia e da educação, diante da necessidade de aprofundar os mecanismos de cooperação e coordenação intragovernamental nessa área. A ênfase dada ao caráter intersetorial, se deve ao reconhecimento por parte do setor da saúde, da experiência e credibilidade acumulada pelos dois outros setores nas atividades de fomento à pesquisa no país.

As discussões realizadas na 2ª CNCTIS foram organizadas em dois eixos temáticos: “Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde” e “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde”¹⁷⁸, e as discussões foram orientadas pelo Documento Base da Conferência e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que representa a síntese das discussões realizadas no MS, na Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do

¹⁷⁶ Ibid., p.187

¹⁷⁷ Ibid., p. 192

¹⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde**. 2004, disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2CNCTISfinal.pdf> acesso em 19/09/2021

Conselho Nacional de Saúde (CICT/CNS) e na comunidade científica e tecnológica.

Esse documento identifica os desafios e as lacunas a serem enfrentadas, propõe diretrizes em busca do avanço do conhecimento científico no setor da saúde, orienta o desenvolvimento tecnológico e de inovação da indústria de equipamentos e medicamentos imunobiológicos e outros insumos básicos à saúde, assim como busca promover maior convergência entre a PNCTI/S e as necessidades da população brasileira nesse setor.

A 2ª CNTCIS deve ser vista como um foro privilegiado para as discussões das ações de P&D em saúde no país, na perspectiva da construção de marcos norteadores de um novo momento para a ciência, inovação em saúde e tecnologia, cujo tema central foi: “Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população”. Com relação à PICs, nessa conferência deliberou-se por incluir medicamentos fitoterápicos e homeopáticos em várias propostas do conjunto de prioridades em diferentes temas discutidos na conferência e a MNPC (atual PNPIC) foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agência Nacional de Prioridades em Pesquisa¹⁷⁹.

Nota-se que com as discussões e deliberações, (especialmente) das Conferências Nacionais de Saúde, da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária de 2001, da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica de 2003 e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde de 2004, iniciou-se um processo crescente de legitimação de PICs, diante da identificação de um conjunto de direitos a serem efetivados.

Os eventos aqui apresentados se diferenciam em duas perspectivas: uma de caráter teórico, em que as discussões, proposições, monções, foram apontadas enfatizando a importância e necessidade do reconhecimento e incorporação das PICs ao sistema de saúde, e outra de caráter prático institucional, na qual se estabeleceram portarias, normas, regulamentações com relação as práticas. As discussões teóricas e posteriormente as regulamentações, são partes importantes desse processo de construção da PNPIC. Primeiro evidencia-se as ideias, as questões, e posteriormente, após a formulação do embasamento teórico, inicia-se o processo de institucionalização.

A criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC/SUS) de 2006 é fruto desse processo. A instauração da PNPIC reflete a demanda social existente, práticas culturais, reconhecimento de saberes, problematizações, estudos, discussões e normatização de diversas terapêuticas de saúde, discutidas ao longo desses anos. A política não só reconhece, como legitima e implementa outras racionalidades médicas e práticas

¹⁷⁹ BRASIL, Op. Cit., 2004.

integrativas e complementares, além do modelo biomédico vigente, no sistema nacional de saúde ampliando a integralidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO 3 - A CRIAÇÃO DA PNPIC E SUA RELAÇÃO COM A INTEGRALIDADE

O objetivo deste capítulo é analisar a relação entre o princípio da integralidade e a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, com base no nosso objetivo de pesquisa que é: discutir a criação da PNPIC enquanto um dos mecanismos de efetivação do SUS, a partir do seu processo de construção. Iniciaremos o capítulo percorrendo o processo de criação da PNPIC a partir do ano de 2003, com a criação do grupo de trabalho (GT) que buscava estruturar uma política nacional que introduzisse práticas integrativas e complementares no sistema de saúde. Analisaremos as etapas de estudo e discussões abordadas pelo grupo à constituição e oficialização do texto da política, através da Portaria nº 971/2006.

Posteriormente, desenvolveremos uma análise sobre a integralidade e o desenvolvimento do seu conceito no cenário brasileiro, ao se constituir como parte essencial de um novo paradigma em saúde que se instaurava mundialmente. Por fim, analisaremos a relação entre a PNPIC e a integralidade diante da associação de seus conceitos e aplicações no cenário nacional.

3.1 A criação da PNPIC

Em junho de 2003, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, se reuniram com o ministro da saúde, Humberto Costa, do Governo Lula, para discutir e implementar um plano de ação com o objetivo de se elaborar uma Política Nacional relacionada a PICs. Constituiu-se então um grupo de trabalho (GT) coordenado pelo Departamento de Atenção Básica, Secretária de Atenção à Saúde e Secretária Executiva, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) no SUS, atual PNPIC.

No dia 24 de setembro ainda no ano de 2003, o grupo gestor responsável pela coordenação dos trabalhos e formulação da Política Nacional definiu pela criação de quatro subgrupos de trabalho, respeitando cada área, devido as especificidades de cada uma delas. O subgrupo da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura teve como responsável Carmem De Simoni; o subgrupo da Homeopatia foi dirigido por Tatiana Sampaio; o da Fitoterapia ficou a cargo de Ângelo Giovani Rodrigues; e Iracema Benevides foi a responsável pelo subgrupo da

Medicina Antroposófica¹⁸⁰. Cada subgrupo teve autonomia para adotar diferentes estratégias para a elaboração de seu plano de ação.

Os subgrupos da Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Antroposófica optaram por realizar fóruns de abrangência nacional com ampla participação da sociedade civil organizada, além de reuniões técnicas para a sistematização do plano de ação. Já o subgrupo da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura optou por reuniões técnicas, subsidiadas pelos documentos produzidos pela OMS para a área, entre outros, e contou com a colaboração da Associação Médica Brasileira de Acupuntura e da Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, além da participação de membros do governo. Os primeiros subgrupos apresentaram maior heterogeneidade na formação de seus representantes, que pertenciam a diferentes categorias profissionais. O subgrupo da Homeopatia por exemplo, contou com a presença da Associação Médica Homeopática Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas e Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas Homeopatas¹⁸¹.

Conforme discutido no capítulo anterior, ações no âmbito das PICs estavam em andamento no país, como parte do processo de elaboração da política. o Ministério da Saúde julgou ser necessário a realização de um diagnóstico que fornecesse dados sobre as PICs com o intuito de conhecer melhor as práticas já presentes na sociedade. Colheram dados sobre a, capacidade instalada, o número e o perfil dos profissionais envolvidos, a capacitação de recursos humanos, a qualidade do serviço, focando para a introdução das práticas no SUS. Sendo assim, no ano de 2004 deu-se início a realização de um diagnóstico nacional que abordou as racionalidades médicas já contempladas no SUS¹⁸².

O diagnóstico situacional das PICs no SUS foi realizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e buscou-se conhecer as práticas a serem abordadas pela política nacional levando em consideração as realidades locais, visto que ações no âmbito das PICs já estavam em andamento no país. O diagnóstico foi realizado através de um questionário enviado a todos os gestores municipais e estaduais de saúde e as informações coletadas foram sistematizadas em bancos de dados, para análise estatística através do programa “access”. A partir dos questionários devolvidos, realizados no período de março a junho de 2004, realizou-se cálculo de validação estatística e amostragem para prosseguimento dos trabalhos. 5.560 questionários foram enviados e desses, 1.340 foram devolvidos, indicando a estruturação de algumas práticas em 232 municípios, em um total de 26 estados. Essa amostra

¹⁸⁰ BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília/DF. 2ªed. 2015, p. 4 Disponível em <https://b1vmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso em 18/09/2021

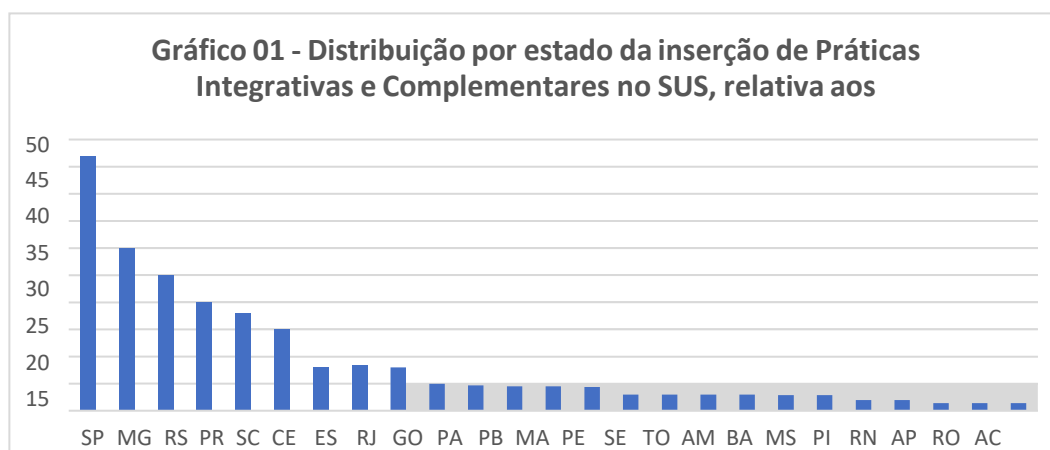
¹⁸¹ BRASIL, Op. Cit., 2015

¹⁸² BRASIL, Op. Cit., 2015, p. 8

foi considerada satisfatória pelo DAB/MS com relação ao cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional¹⁸³.

O questionário continha uma parte específica para ser preenchida com dados de identificação e logo em seguida se iniciavam as seguintes perguntas: “existe alguma ação referente a área da MNPC nesta secretaria?”; “existe um responsável pela coordenação desse trabalho?”; “existem profissionais contratados por concurso público, especificamente para essas atividades?”; “existe Lei ou Ato Institucional Estadual ou Municipal, criando algum serviço de MNPC?”; “assinale as áreas que existem atualmente ações em desenvolvimento”; “na área assistencial, indique o número de serviços existentes relacionando-os à complexidade”; “na área de capacitação assistencial, se as atividades são desenvolvidas em serviços próprios, pela própria equipe ou em outros”; “marque com um x quais recursos materiais são disponibilizados para a execução das ações referentes às áreas”, “o fornecimento de insumos é garantido pelos serviços?”; “na existência de farmácia própria de manipulação há um farmacêutico habilitado em homeopatia?”¹⁸⁴.

As práticas citadas no questionário como opção de resposta eram: Homeopatia, Medicina Antroposófica, Fitoterapia, Acupuntura. Como práticas complementares citou-se: Auto-massagem, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Lien Chi, Tui-Ná, Shantala, Yoga, Shiatsu, Do-In, Reiki e outros. Dos 26 estados que se observaram a existência de alguma ação no âmbito das PICs, a maior concentração se deu na região sudeste, como se pode verificar no gráfico a seguir:

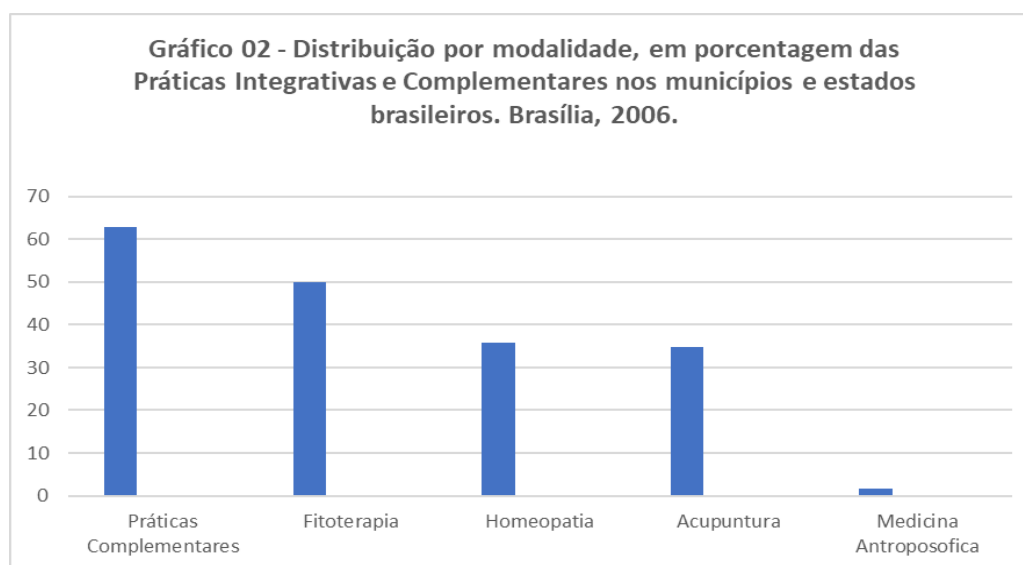


Fonte: BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília/DF. 2ºed. 2015, p.78 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso em: 29/09/2021

¹⁸³ Ibid., p. 75

¹⁸⁴ BRASIL, Op. Cit., 2015, p. 76

Com relação a distribuição por modalidade, pode-se observar, a partir do gráfico abaixo, a predominância das práticas complementares com relação a Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia e Medicina Antroposófica.

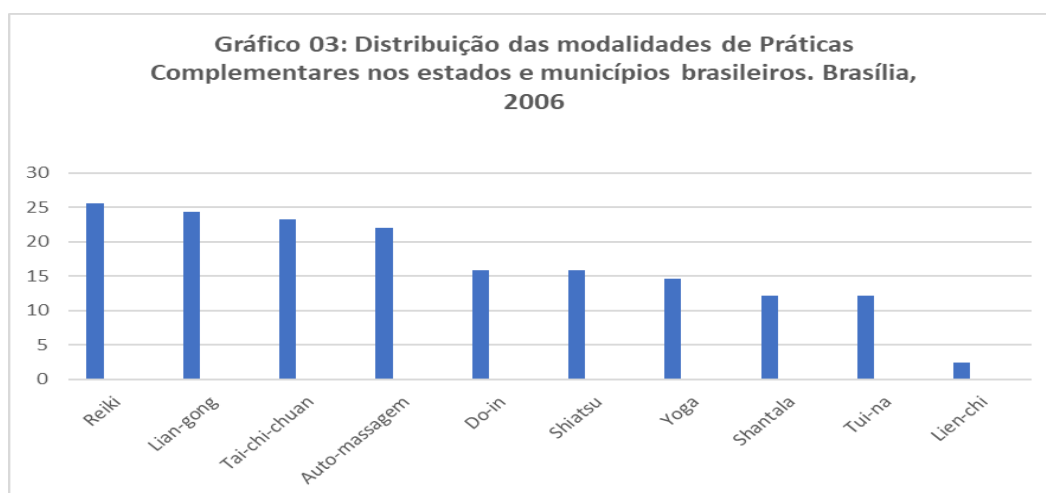


Fonte: BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília/DF. 2ªed.2015, p.78 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso em: 29/09/2021.

A institucionalização das PICs e o apoio estatal ao seu desenvolvimento são recentes no âmbito da saúde pública no país, mas o uso de práticas terapêuticas pertencentes à diferentes racionalidades médicas pelo povo brasileiro, não é uma novidade, como já apontamos. A Fitoterapia é um exemplo disso. Apesar de estar identificada no gráfico separadamente das práticas complementares e das diversas deliberações a respeito do desenvolvimento de pesquisas e institucionalização de ações acerca desse conhecimento, esse saber é utilizado em nosso território desde o período colonial. Observa-se com esses dados que as práticas em que mais se desenvolveram pesquisas e ações, até então, não eram as mais utilizadas nos municípios e estados brasileiros. Acreditamos que a predominância da Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia nos estudos, indicações e institucionalizações, está relacionada a uma influência internacional que também apresentou mais ações no desenvolvimento dessas práticas específicas. Outra problematização que podemos abordar diante dos dados fornecidos, é que apesar da existência e predominância de outras práticas no território brasileiro, aquelas consideradas como sistemas médicos complexos, dentro do conceito de racionalidades médicas, e que se apresentam como “mais racionais”, passíveis de comprovação científica, ou seja, mais

próximas do modelo biomédico, são aquelas que receberam mais atenção estatal.

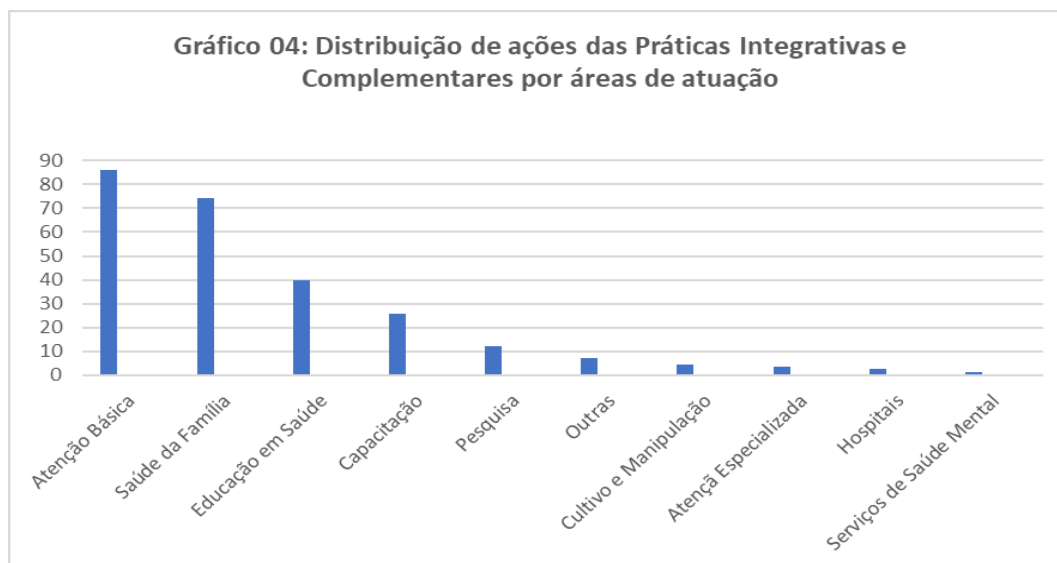
O gráfico a seguir mostra a distribuição por modalidades das práticas complementares nos estados e municípios, dos dados colhidos no questionário e nos permite visualizar melhor essas considerações



Fonte: BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília/DF. 2ªed.2015, p.78 Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnic.pdf> Acesso em: 29/09/2021

Nenhuma dessas práticas, apesar do uso das mesmas ser mais expressivo do que da Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, foram incluídas na PNPIC em 2006. Notamos ao percorrer o processo de construção da política que as ações institucionais predominaram no âmbito racionalidades médicas (Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia), reafirmando a predominância dos sistemas médicos complexos dentro do próprio sistema de saúde, justificando a inclusão dessas práticas à política no momento de sua criação, frente as terapêuticas apontadas no gráfico.

Com relação a distribuição de ação das PICs por áreas de atuação, segundo o questionário, a maioria se encontra na Atenção Básica e na Saúde da Família, o que vai ao encontro de uma das principais características das PICs que é prevenir doenças e proporcionar tratamentos menos invasivos que contemplem a integralidade, como se pode observar no gráfico:



Fonte: BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília/DF. 2ªed.2015, p.78. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso em: 29/09/2021.

Analisando individualmente cada prática, os dados apresentados no questionário apontam que com relação a Acupuntura 54,88 % das ações se encontram na Atenção Básica, assim como 59,87% das ações em Homeopatia, 64,66% das ações em Fitoterapia e 98,58% das ações em Medicina Antroposófica, também se encontram nessa área. Com relação as práticas complementares os dados apontam para um percentual de 42,5% de atuação na Atenção Básica.

Após a realização do diagnóstico e da análise das respostas, em 2005, os subgrupos elaboraram a proposta da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC), submetida a diversas instâncias colegiadas, como as câmaras técnicas do Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde. As discussões realizadas no plenário do Conselho Nacional de Saúde foram as que mais influenciaram o texto final e após as análises e discussões, a proposta da política sofre algumas alterações. Os registros oficiais indicam alteração do nome da política para Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), assim como a inclusão do Termalismo/Crenoterapia, baseado no relatório do Grupo das Águas do CNS, a substituição da palavra médicos por “profissionais de saúde”, e a exclusão nos capítulos da Homeopatia e Acupuntura do trecho “de acordo com a legislação vigente”, possibilitando que outros profissionais de saúde pudessem atuar com essas práticas além de médicos¹⁸⁵.

Sobre a alteração do nome da política, na 160ª reunião do CNS, essa discussão e proposição foi realizada com sentido de superar a dicotomia entre medicina tradicional e

¹⁸⁵ BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília/DF. 2ªed. 2015, p.80 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso em: 29/09/2021

práticas complementares contidas na primeira terminologia, diante da proposição de que práticas médicas só podem ser realizadas por médicos, enquanto práticas terapêuticas podem ser realizadas por outros profissionais da área da saúde. Na 161ª reunião do CNS o termo final, adotado pela política foi apresentado e aceito por unanimidade no Plenário¹⁸⁶.

Feitas as alterações, em fevereiro de 2006, o CNS aprovou o documento final da política por unanimidade e no dia 3 de maio de 2006 através da Portaria nº 971/2006¹⁸⁷, foi implementada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), assinada pelo sanitarista e ministro da saúde, José Agenor Alves, incluindo as práticas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais/Fitoterapia, e Termalismo Social/Crenoterapia ao SUS. No mesmo ano, em 17 de julho, através da Portaria nº 1.600/2006¹⁸⁸ a Medicina Antroposófica foi incluída à política. Criou-se assim nosso objeto de pesquisa, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A PNPIC contempla tantos recursos terapêuticos como sistemas médicos complexos, atuando no campo da promoção da saúde e prevenção de agravos, buscando colaborar com o fortalecimento dos princípios do SUS, com foco na Atenção Básica, contribuindo com o aumento da resolubilidade do sistema e estimulando o autocuidado¹⁸⁹.

O texto da Portaria nº 971/2006 se constitui em 28 páginas e se inicia aprovando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, seguido de várias considerações como: o texto da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz no SUS; assim como a disposição da Lei nº 8.080/90 sobre as ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, social e mental, como fatores condicionantes e determinantes da saúde; e o estímulo da OMS sobre o uso da Medicina Tradicional/Alternativa/Complementar nos sistemas de saúde de forma integrada à técnicas da medicina ocidental moderna, considerando que o MS entende que as PICs correspondem ao universo de abordagens denominado pela OMS como MT/MCA¹⁹⁰.

Com relação às práticas, especificamente, o texto considera a Acupuntura como um sistema médico complexo e uma tecnologia de intervenção em saúde, abordando de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isoladamente ou associada a outras práticas. A Homeopatia também é considerada como um sistema médico complexo, de abordagem integral e dinâmica que atua no campo da prevenção de

¹⁸⁶ BRASIL, Op. Cit., 2015, p., 85

¹⁸⁷ Ibid., p. 56

¹⁸⁸ BRASIL. **Portaria nº 1600**, de 17 de julho de 2006.

¹⁸⁹ BRASIL, Op. Cit., 2015, p. 11

¹⁹⁰ BRASIL. Op. Cit., 2006

agravos e promoção da saúde. Já a Fitoterapia é apontada como um recurso terapêutico caracterizado pelo uso das plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e por fim, considera-se o Termalismo Social/Crenoterapia como uma abordagem reconhecida da indicação do uso de água minerais, complementando outros tratamentos de saúde¹⁹¹. A Medicina Antroposófica só foi incorporada à PNPIC em julho, através da Portaria nº 1600/2006, dessa forma ela não é mencionada nesse texto.

Considerando o aumento da resolutividade, assim como a melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens, o MS disponibilizou ações preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS, aprovando a PNPIC e incorporando essas práticas ao sistema.

O texto da Portaria segue fazendo uma breve revisão histórica sobre o desenvolvimento das PICs no país e menciona alguns eventos e documentos, todos eles já abordados no trabalho, que merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política. Em seguida, aponta considerações históricas, técnicas, funcionalidades e dados sobre cada uma das práticas incorporadas, com exceção da Medicina Antroposófica por motivos já apontados.

As diretrizes gerais da política apontam para o desenvolvimento de estratégia de qualificação de profissionais no SUS em conformidade com os princípios da educação permanente; desenvolvimento de ações de caráter multiprofissional; divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PICs para profissionais de saúde; garantia do acesso aos insumos da PNPIC com qualidade e segurança das ações. E seus objetivos são: incorporar e implementar a PNPIC 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 em saúde; contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; 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 saúde¹⁹². Para cada prática elaborou-se princípios e diretrizes específicos de acordo com a especialidade, peculiaridades e necessidades das mesmas.

Com relação as responsabilidades institucionais por nível de gestão e responsabilidade de cada esfera do governo, o texto é evasivo e não delimita as funções. O mesmo texto se repete para cada instancia, diferenciando-se apenas pela especificação de que cada nível aja de acordo

¹⁹¹ BRASIL. Op. Cit., 2006

¹⁹² BRASIL, Op. Cit., p. 28, 2015

com o que lhe cabe. Todas as esferas devem: elaborar normas e técnicas para a inserção das PICs na rede de saúde; definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite; promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política; divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Municipal de Saúde¹⁹³.

Cabe especificamente ao Gestor Federal: manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações; garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária; elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Mediciniais, a Relação de Plantas Mediciniais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename); elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS; elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Mediciniais e de Fitoterápicos; estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS; implantar um banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, assim como de pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em Práticas Integrativas e Complementares; Criar o Banco Nacional de Preços para os insumos das Práticas Integrativas e Complementares pertinentes, para orientação dos estados e municípios¹⁹⁴.

Com relação as responsabilidades específicas do Gestor Estadual, deve-se manter articulação com municípios para apoio à implantação e à supervisão das ações; exercer a vigilância sanitária no tocante as Práticas Integrativas e Complementares e ações decorrentes; bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação e apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Estadual de Saúde. E ao Gestor Municipal, cabe estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde, realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância

¹⁹³ Ibid., p. 34.

¹⁹⁴ BRASIL, Op. Cit., p. 37, 2015

sanitária no tocante a esta Política e suas ações decorrentes na sua jurisdição¹⁹⁵. Não se estabelece como ocorrerá o repasse de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da política. O documento cita que compete aos gestores federais assim como aos estaduais e municipais definirem tais regras.

Em linhas gerais, esses são os pontos normativos e organizacionais apresentados pelo texto da Portaria nº 971 de 2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A criação da PNPIC foi resultado de todo o percurso histórico que configuramos como o processo de construção da política, trabalhado no capítulo anterior. A construção da PNPIC contribui como um dos mecanismos de efetivação da construção do princípio da integralidade dentro do sistema público de saúde brasileiro, ao introduzir práticas que possuem um maior teor de integralidade, em sua base e execução, ao SUS

3.2 Pensando a Integralidade

A primeira consideração apresentada pelo documento da Portaria nº971/2006 é: “considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS”¹⁹⁶. Logo após, o texto traz considerações acerca de ações destinadas a garantir às pessoas condições de bem-estar social, físico e mental, como fatores determinantes e condicionantes da saúde, diante do estímulo da OMS do uso das PICs nos sistemas de saúde, de forma integrada às técnicas da medicina ocidental moderna.

No Brasil, desde as primeiras menções às práticas integrativas e complementares associou-se à ideia da garantia de integralidade, ainda que essa noção também estivesse em construção no sistema de saúde brasileiro. É desafiador, dentro do cenário nacional, desassociar a menção ou introdução de PICs ao sistema à integralidade, diante da forma que essas foram apresentadas pelo setor da saúde. É interessante pensar que para se alcançar esse princípio a proposição não foi diretamente relacionada a uma transformação do modelo biomédico dominante, mas esteve associado a introdução de outros sistemas médicos complexos e práticas terapêuticas que possuem em sua essência uma abordagem mais integral.

As PICs se apresentam como uma nova maneira de produzir saúde dentro do sistema, contribuindo com a criação de uma assistência que vai além do aspecto anátomo-fisiológico, enquanto uma possibilidade de preencher lacunas decorrentes do reducionismo biológico, característico da medicina biomédica. Essas racionalidades médicas e práticas terapêuticas,

¹⁹⁵ Ibid., p. 28

¹⁹⁶ BRASIL, Op. Cit., p. 1, 2006

como já apontado no decorrer do trabalho, possuem características mais integrativas, e dessa forma a incorporação das mesmas ao SUS são uma tentativa de se construir a integralidade no sistema. As PICs abordam as necessidades de saúde levando em consideração a relação do indivíduo com o meio em que vive, pautando sua assistência centrada no indivíduo e não ao mal que o fez recorrer aos serviços de saúde, organizando o trabalho nas necessidades dos usuários, ampliando o olhar dos profissionais de saúde diante das múltiplas variantes que compõem a vida dos pacientes, e contribuindo para a construção da integralidade nas políticas governamentais.

A valorização da pluralidade terapêutica inserida dentro das próprias instituições de saúde se apresenta como uma alternativa viável a hegemonia do modelo biomédico. Oferecer práticas integrativas e complementares através de uma política pública potencializa essa pluralização e se constitui como uma estratégia para instigar maior autonomia e democratização no cuidado com a saúde, ao mesmo tempo em que estimula a inclusão e participação dos grupos e indivíduos nesse processo. A articulação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS tem a integralidade como seu eixo prioritário e se constitui como uma ferramenta que visa contribuir para a compreensão do direito do cidadão em ter uma vida com bem estar social, físico e mental.

A PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios do SUS através da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, se constituindo como mais um processo de implantação do SUS¹⁹⁷. A introdução de práticas, abordagens e conhecimentos que apresentam maior grau de integralidade no sistema público de saúde, é uma tentativa de se alcançar esse princípio, por isso apontamos que a PNPIC é um grande passo em busca da efetiva integralidade no Sistema Único de Saúde.

Um dos pilares da atenção básica no Brasil é o princípio da integralidade baseado justamente na prevenção e promoção da saúde, permitindo a percepção holística do sujeito, considerando o contexto social, histórico, ambiental, político e familiar em que se insere. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações que abrangem a proteção e promoção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a prevenção de agravos, a redução de danos, e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a coletividade. É a principal porta de entrada do SUS e também é aonde se desenvolve, majoritariamente, as ações

¹⁹⁷ BRASIL, Op. Cit., p. 28, 2015

em PICs com base no atendimento integral.

É necessário entendermos que a base para o surgimento de um novo paradigma em saúde, ou a abertura para outros sistemas médicos complexos e práticas terapêuticas no sistema público, se relacionam a uma mudança de mentalidade e, conseqüentemente, ao questionamento de um conceito de saúde, baseada na medicalização, já fundamentado. O modelo biomédico é altamente eficaz, mas deixa a desejar no atendimento e acolhimento do todo do sujeito. Quando a ideia de saúde se atrela a noção de bem estar geral, levando em consideração questões sociais e culturais, há o início de uma transformação desse conceito e progressivamente da sua execução. É imprescindível enxergar a saúde de outra forma e é essencial que os serviços oferecidos, os tratamentos, o trato com os pacientes acompanhem e reflitam isso.

A abertura para a inserção de novos paradigmas de saúde nos sistemas médicos, ou seja, o surgimento de novos modelos de cuidados, quando se ultrapassa o aspecto médico e se atrela a questões sociais e culturais, geram uma ampliação na noção de saúde e conseqüentemente essa se atrela a uma mudança de mentalidade que permite todas essas transformações. Essa nova mentalidade se projeta socialmente em todas as esferas da sociedade, e as ações e serviços devem refletir a essa mudança interna, tornando prática toda a teoria criada.

A integralidade é vista como uma resposta a mecanização e especialização do modelo biomédico. Segundo Mattos, o movimento da medicina integral que surgiu nos anos de 1970 nos Estados Unidos, criticava a postura reducionista dos médicos diante da complexidade que compreende o adoecimento humano, ressaltando o aspecto biológico em detrimento dos aspectos psíquicos e sociais, além de apontar a fragmentação do conhecimento médico em especializações, como a incapacidade dos médicos de compreenderem de forma mais abrangente e integral a necessidade de seus pacientes. A integralidade se relaciona a uma mudança interna no modo de se formar, pensar, organizar e executar a prática médica.

Para se garantir a integralidade é necessário organizar o processo de trabalho, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde, pensando nas necessidades dos pacientes e não somente sobre o lugar de inserção dos usuários em programas governamentais. Também é imprescindível que as respostas dos governos a determinados problemas de saúde ou a grupos específicos da população se materializem através de políticas públicas especiais. Desde a formação dos profissionais de saúde a execução da prática médica, é necessário superar o reducionismo do indivíduo tendo em mente que: “Um paciente não se reduz a uma lesão que no momento lhe causa sofrimento. Não se reduz a um corpo com

possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas a espera de um olhar que as descubra. Tampouco se reduz a um conjunto de situações de risco”¹⁹⁸

A integralidade se apresenta como um conjunto de valores pelos quais se almeja alcançar uma sociedade mais solidária e justa. É imprescindível uma transformação na maneira de pensar saúde, na formação dos profissionais, na organização dos serviços médicos, para depois implementar a prática integral ao sistema. Ou seja, é necessária uma mudança nos ideais para depois partir para a execução. A boa aplicação da integralidade nos serviços prestados só acontece após uma transformação da noção de saúde e de sua forma de organização e formulação. Uma ação prática sem um bom embasamento teórico, se assim podemos dizer, não alcançara o seu real propósito. Se vamos cobrar dos profissionais da área uma assistencial integral ao paciente, devemos antes ensiná-lo como fazer. Tentar colocar em ação, algo que não se aplicou nas ideias, não proporcionará a real integralidade no sistema.

Após pensarmos nas mudanças internas que devem acontecer dentro da formação dos profissionais, na organização da prática médica e nas respostas do governo a essa necessidade eminente, devemos nos atentar ao sentido da integralidade que permite colocar em ação todas essas transformações internas do sistema: o trato com o paciente. Esse é o ponto em que a integralidade se manifesta de maneira mais clara e efetiva. Nesse sentido a integralidade se relaciona com o modo desejável que o médico e profissionais da saúde devem prestar sua assistência.

O trato com o paciente deve refletir a própria noção de integralidade que se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e a articulação entre promoção, proteção, e recuperação da saúde do indivíduo, desenvolvendo o cuidado por meio de ações coesas e interligadas, através do incentivo as práticas de promoção de saúde e recuperação de agravos sem prejuízos assistenciais. De maneira prática, a integralidade deve garantir ao usuário uma assistência que associe a prevenção e o tratamento, considerando o indivíduo na totalidade em um contexto que englobe a cultura, família e a comunidade de pertencimento. Estratégias voltadas para o acolhimento, escuta, diálogo, vínculo, cuidado, olhar atento, devem refletir a postura do profissional sensível às necessidades de saúde de cada paciente, em cada momento e contexto¹⁹⁹.

A integralidade permite entender a grandeza do processo saúde-doença e visualizar que

¹⁹⁸ MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO; 2004, p. 65

¹⁹⁹ ALVES VS. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface Comun Saúde Educ. 2005 Fev;9(16), p. 40.

sua amplitude vai além do campo biológico. As ações mais efetivas só serão possíveis a partir do momento que os profissionais ampliem seus conceitos e atuarem em equipes multiprofissionais, garantindo um atendimento integral que ultrapassa uma assistência hierarquizada e regionalizada da saúde. Os profissionais não devem se deter a uma assistência meramente curativa e sim conhecer os possíveis fatores de risco e agir preventivamente reconhecendo no indivíduo um sujeito biopsicossocial²⁰⁰.

Há uma dimensão ética e emocional que precisa ser reconhecida e aplicada, na qual o doente é o objeto de atenção primordial e final da prática médica. Quanto mais integral for a interpretação produzida sobre o universo trazido pelo indivíduo, maior será a intimidade da relação com o paciente, o pacto de cura, a comunicabilidade da interpretação e conseqüentemente a eficácia simbólica do tratamento. Levar em consideração o todo do indivíduo proporciona um cuidado mais empático que não apenas resolve aquele problema de saúde, mas engloba o sujeito como um todo e o oferece uma assistência eficaz e acolhedora.

Esse princípio do SUS é bastante desafiador, pois a ideia de integralidade traz problematizações com relação ao modelo biomédico que é o modelo hegemônico implementado no Sistema Único de Saúde. Gestores, profissionais e usuários na busca por melhoria da atenção em saúde diante do inconformismo com a assistência prestada, tem buscado contribuir com a consolidação da assistência integral pautada na incorporação de novos saberes e práticas capazes de valorizar conhecimentos tradicionais que tendem a ser mais integrais. Tesser e Barros afirmam que uma alternativa viável a hegemonia da medicina biomédica é a valorização da pluralidade terapêutica, inserida dentro das próprias instituições de saúde oferecendo práticas alternativas e complementares através de uma política pública que visse essa pluralização²⁰¹, como a PNPIC.

3.3 A Integralidade e a PNPIC

A construção do novo conceito de saúde, do SUS, da PNPIC e da integralidade no sistema, trilham os mesmos caminhos e se assentam na mesma base: uma transformação mundial da concepção de saúde, diante da crítica ao modelo biomédico hegemônico e a reconstrução da democracia no Brasil e dos direitos populares garantidos por essa. A ideia de saúde para além da ausência de enfermidades, a busca de um cuidado mais humanizado e

²⁰⁰ Ibid., p.42.

²⁰¹ BARROS, Nelson Filice de; LUZ Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês. **A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde**. *Ciencia Saúde Coletiva*, 2013. p, 3425

integral, embasam os ideais de construção dessa nova concepção de saúde, assim como fazem parte do processo de implementação do SUS e também da criação da PNPIC. Porém, ainda que possamos afirmar que a incorporação e utilização de PICs nos sistemas de saúde, é um dos mecanismos que os governos encontraram para buscar efetivar a integralidade nos sistemas, não podemos resumir a mesma à criação da PNPIC, ou atrelar a garantia total da integralidade ao uso de PICs. Esse princípio não se resume a isso.

A concepção de integralidade se fundamentou na sociedade e nos discursos da área da saúde diante da busca de mecanismos que salientassem a necessidade de transformação da base estrutural desse setor. Se analisarmos atentamente, essa concepção se constrói como alicerce desse novo conceito de saúde, ao afirmarmos que a ampliação da noção de cuidado deveria se pautar na definição de saúde para além da ausência de enfermidades, como um estado de completo bem-estar físico, social e mental, como um direito humano fundamental. A abordagem que busca contemplar o todo do indivíduo, colocando-o no centro da atenção médica, se pauta na concepção integral de saúde.

Enquanto princípio normativo do SUS a integralidade é reconhecida como o ideal regulador, e se destaca por seu potencial de resgatar as dimensões sociais e subjetivas como constitutivas do saber-fazer. A integralidade da assistência é definida como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”²⁰².

Esse princípio exige a articulação entre o deslocamento da atenção da perspectiva estrita do adoecimento e dos sintomas, bem como de estratégias de produção da saúde, para o acolhimento de cada história, as condições de vida e as necessidades em saúde, considerando e respeitando as especificidades e potencialidades em cada ação. Deve ser encarado como um meio de permitir aos indivíduos vislumbrar a saúde enquanto exercício da sua cidadania, superando os obstáculos que advém do modelo de cuidado fragmentado do ser, implantando inovações no cotidiano dos serviços, nas relações entre os níveis de gestão do SUS, com a sociedade e no cuidado²⁰³.

A integralidade parte de um conceito que apesar de parecer simples é bastante complexo. Como já apontamos, para se alcançar a integralidade nos sistemas de saúde é necessária uma reorganização das ideias, relações e estruturas já fundamentadas, e isso não é uma tarefa fácil. Não é por acaso que esse conceito ganha força a partir da reformulação do próprio conceito de

²⁰² SILVA, Isis Daniella Carvalho. **Política nacional de práticas integrativas e complementares**: uma análise a partir do tripé epistemológico-crítico, 2014, p. 56

²⁰³ BRASIL, Op. Cit., 2010

saúde em âmbito mundial, sendo assim, não temos a pretensão de apontar que a criação da PNPIC garante esse princípio no SUS.

Os caminhos para se alcançar a real efetividade do SUS, dos seus princípios e diretrizes, ainda estão sendo trilhados, e diversas políticas públicas em saúde, como a PNPIC, tem sido criada ao longo dos anos. Entendemos a PNPIC como um dos caminhos para se alcançar a efetividade da integralidade no SUS, mas não resumimos esse princípio à essa política.

Como vimos no decorrer do trabalho, a integralidade foi diversas vezes associada ao uso de práticas integrativas e complementares desde os anos 70. Indicações da OMS e posteriormente do MS apontaram a introdução de PICs aos sistemas de saúde sempre associadas a integralidade. Os primeiros indicativos da inclusão de outros sistemas médicos no setor da saúde estiveram ligados a esse princípio, principalmente no cenário nacional que é quase impossível desassociar PICs de integralidade. Como já afirmamos, os caminhos trilhados pela introdução das práticas integrativas e complementares no sistema de saúde, muitas vezes se entrelaçaram e até mesmo se confundiram com a estruturação da integralidade no cenário brasileiro, mas apesar de associados não devemos confundi-los.

As PICs são racionalidades médicas que possuem maior teor de integralidade tanto na sua estrutura quanto na sua aplicabilidade, como já apontamos no decorrer da pesquisa, dessa forma pressupõe-se que introduzir cuidados que já possuem características integrativas ao sistema de saúde estaria consequentemente amentando a integralidade dos serviços prestados. Não discordamos desta afirmação, pelo contrário, porém é necessário entendermos essas ações como um dos caminhos e não como a totalidade.

Se tomarmos a PNPIC como garantia da integralidade no SUS estaremos mentindo. Há diversos desafios e fatores limitantes quanto a implementação da política, e o conceito de integralidade ultrapassa a inclusão dessas práticas ao sistema. Quando apontamos que não podemos resumir esse princípio à PICs, não estamos desvalorizando essas práticas, estamos analisando o conceito de integralidade que ultrapassa e não faz menção a nenhuma dessas racionalidades médicas. Se permitimos que a PNPIC seja colocada como a garantia efetiva da integralidade no SUS, estaríamos minimizando esse princípio e provavelmente impediríamos que outras ações fossem implementadas. Se nos permitem dizer, estaríamos “tampando o sol com uma peneira”.

No início desse capítulo apontamos que a integralidade requer uma mudança na forma de se organizar e pensar o sistema médico. Uma reestruturação desde a base, na formação profissional, na mentalidade à aplicação dos serviços, no trato com o paciente. Podemos concordar que a PNPIC não promove essa reestruturação e por isso é tão importante

diferenciarmos o aumento da integralidade do alcance total da integralidade. Se a PNPIC for considerada como a própria integralidade no sistema, nunca a alcançaremos realmente e impediremos que outras ações sejam tomadas para o cumprimento desse princípio no SUS.

Tamanha é a problematização que devemos levar em consideração as limitações da própria política. Não entraremos no cerne da implementação da PNPIC, pois este não é o recorte do nosso trabalho, mas não podemos deixar de analisar que se trata da inclusão de sistemas médicos tradicionais e práticas terapêuticas no modelo hegemônico de saúde que é o modelo biomédico. As discussões com relação a racionalidades médicas, PICs, modelo biomédico, já foram expostas nesse trabalho, a questão aqui é: Até que ponto o sistema médico foi reestruturado para permitir uma coexistência saudável entre as PICs e a biomedicina diante do impasse operacional de ambos?

Quando pensamos na criação e inclusão de uma política ao sistema, seja em qual área for, devemos nos atentar às relações de poder e concepções já estipuladas no setor no qual ela se insere. Ao analisarmos a PNPIC devemos ter em mente que as práticas de saúde integrativas e complementares, que valorizam a tradição e a subjetividade, estão adentrando na oficialidade, ou seja, através dessa política essas práticas são inseridas no contexto e sob domínio da Medicina Ocidental Contemporânea, que tem por base o modelo biomédico no trato da saúde.

Reconhecemos que a inclusão das PICs ao sistema não deve se dar sem o devido controle e acompanhamento. Mas essa regulamentação, sua inserção ao sistema oficial, não é o mesmo que lhes permitir autonomia.

As PICs foram inclusas no modelo biomédico de cuidado, sendo assim elas se submetem a legislação do modelo hegemônico. Até que ponto a integralidade presente nessas práticas vai se refletir nas ações médicas? Não basta introduzir novos conhecimentos, é necessário a reestruturação da mentalidade médica, da formação dos profissionais. Se essas práticas forem aplicadas da mesma forma que ocorre no trato biomédico a integralidade delas se resumirá à teoria e nunca será efetiva. É devido a isso que a PNPIC deve ser olhada com bastante atenção e cuidado para que não se resuma a medidas temporárias, parcialmente eficientes ou ineficientes, impedindo que outras ações sejam tomadas.

As indicações da OMS para a introdução de PICs aos sistemas de saúde associada a ideia de uma saúde mais integral não devem ser encaradas como a própria integralidade, mas sim como um dos caminhos. Se eu acrescento algo que possui maior teor de integralidade a um sistema, podemos concordar que aquele sistema se tornará mais integral que anteriormente, mas esse é apenas um ponto. As indicações dessas inclusões foram um direcionamento inicial para os governos, para que medidas fossem tomadas diante da necessidade de se transformar o

sistema de saúde. Era necessário começar de alguma forma e apesar da relação entre as práticas integrativas e complementares e a integralidade, não podemos encarar um passo, como o processo todo em si.

A constituição da integralidade nos sistemas de saúde deve superar a introdução das PICs. A associação entre ambas foi tão evidente pelos órgãos de saúde ao longo da história que não se focou em outros caminhos. Como já apontamos esse conceito se desenvolveu juntamente com a necessidade de se transformar os sistemas de saúde em escala mundial, sendo assim a criação de uma política como a PNPIC, não transforma um sistema, ela agrega novos saberes a algo já existente. Se a base se manteve a mesma, sem grandes mudanças e reorganizações, qualquer medida tomada seria como remediar os sintomas e nunca tratar o problema em si.

A criação de políticas públicas deve agregar à transformação necessária e não se constituir como a plena solução. É inegável que durante todo o processo de construção da PNPIC, essa foi associada a promoção da integralidade, a relação é direta e sem dúvida essa introdução ao sistema o torna mais integral. Ela é sim um dos caminhos para se efetivar a integralidade no SUS, mas não pode ser o único e muito menos se confundir com o próprio princípio.

Devemos superar a relação entre PICs e integralidade, não para desvalidar essa associação que é um fato, mas é necessário que esse princípio seja encarado como parte de um processo de transformação do conceito de saúde, que não é simplório, e que existem muitos outros caminhos que precisam ser trilhados para efetiva-lo. O sistema de saúde brasileiro está sendo reestruturado com o SUS. Há ainda um longo processo para que os princípios e diretrizes desse sistema se efetivem realmente. É ingênuo pensar que uma política pública poderia ser a responsável por alcançar plenamente um princípio tão importante e complexo.

PARTE II

CARTILHA: CONHECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

Como parte das exigências para a obtenção do título de mestre do programa de pós-graduação: “Mestrado Profissional em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania” do Departamento de História da Universidade Federal de Viçosa, a dissertação deve obrigatoriamente ser executada em duas etapas. A primeira constitui-se de uma discussão histórica, teórica e metodológica acerca das fontes e objetos de estudo. A segunda diz respeito à elaboração prática de um “produto final” proveniente dos pontos alcançados e problematizados na primeira etapa. Tendo concluído a primeira parte dedicada à pesquisa, nos dedicaremos agora a construção de uma proposta que nos permite alcançar setores mais amplos da sociedade para além das fronteiras do trabalho acadêmico.

Durante o percurso da dissertação, diversas ideias surgiram sobre o que poderia ser criado em diálogo com a discussão desenvolvida. No projeto de pesquisa, antes de iniciarmos o desenvolvimento do trabalho, nossa proposta se baseou na criação de uma página virtual/site na qual disponibilizaríamos informações sobre o objeto de pesquisa, com foco nas práticas introduzidas ao SUS através da PNPIC. A proposta se baseava na constituição de um catálogo virtual no qual as pessoas teriam acesso a informações especialmente voltadas para as funcionalidades e aplicações de cada uma das 29 práticas. O site chegou a ser criado e estruturado, porém não seguimos nesse caminho, primeiro por não termos embasamento profissional para adentrar sobre o universo das terapêuticas e segundo porque a demanda da pesquisa seguiu para outra direção.

Pensar sobre a elaboração de um “produto final” foi sem dúvida uma das etapas mais desafiadoras de todo o trabalho. Diversas ideias surgem e por um momento nenhuma delas parece ser “boa o bastante”. Nesse processo de indecisão algumas questões vieram à tona: “o que despertou o nosso interesse em pesquisar a PNPIC?”, “qual foi o gatilho que impulsionou todo esse trabalho?”. A resposta a essas questões resultou no produto que desenvolvemos e apresentaremos a seguir.

Em outubro de 2020, em uma busca por bibliografias que direcionassem algum caminho para egermos um novo objeto de pesquisa, nos deparamos com uma reportagem²⁰⁴ sobre a inclusão de 14 novos procedimentos à Política Nacional de Práticas Integrativas e

²⁰⁴ BRASIL, **Ministério da Saúde Incluiu 14 novos procedimentos na PNPICS**. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-inclui-14-novos-procedimentos-na-politica-nacional-de-praticas-integrativas> Acesso em: 01/04/2021.

Complementares (PNPICS) no SUS. Não tínhamos o menor conhecimento sobre o teor dessa política, mas ver que práticas como o Reiki, Arteterapia, Yoga, Shantala faziam parte do rol de serviços oferecidos pelo SUS, nos chamou a atenção.

Ao pesquisarmos sobre a PNPIC vimos todas as 29 práticas que atualmente fazem parte da política, muitas delas consideradas pseudociências e isso de imediato chamou nossa atenção, pois essas práticas sem muito respaldo científico foram inseridas ao SUS, que é um grande símbolo de cientificidade. Para a construção do nosso primeiro projeto, foram efetuadas leituras sobre a história da medicina no Brasil, a prevalência do modelo biomédico, a exclusão e marginalização de conhecimentos populares de cura, alguns deles hoje inclusos nessa política. Nos deparar com a inserção de práticas tradicionais, alternativas, complementares e integrativas, ricas em conhecimento popular que ultrapassam o modelo biomédico de promoção da cura no SUS nos despertou um interesse muito grande.

A primeira questão levantada foi: “o que mudou que permitiu a inclusão dessas práticas no sistema de saúde? E a segunda questão que norteou todo o trabalho e se constituiu como direção para a elaboração do produto foi: “como não tínhamos conhecimento mais amplo sobre a existência dessa política?”. Esses pontos eram os gatilhos que precisávamos e que embasaram nossas ideias a partir de então.

Percebemos que a falta de conhecimento com relação a PNPIC não era somente da nossa parte. Não havia uma pessoa sequer que ao falarmos sobre a política sabia da existência da mesma e todas elas se impressionavam ao saber que práticas como a Acupuntura, Homeopatia, Imposição de Mãos poderiam ser oferecidas pelo SUS. Essa foi a direção que precisávamos para saber que nosso produto deveria se constituir como uma resposta a essa desinformação.

À medida que desenvolvíamos nossa pesquisa, se tornava cada vez mais claro qual deveria ser o objetivo do nosso “produto final”: divulgar o conhecimento à população, aos usuários do SUS, da existência dessa política, das possibilidades da utilização de suas práticas e da sua importância sócio-histórica. Ao nos aprofundarmos sobre o processo de construção da PNPIC e vislumbrarmos todos os debates, discussões, problematizações e lutas que envolveram a busca pela transformação do conceito de saúde e da construção dessa política nacional, entendemos que essa conquista se constituiu como uma resposta a uma demanda existente e latente na sociedade. Primeiro, pelo reconhecimento de práticas medicinais que ultrapassam a prática biomédica e são ricas em conhecimentos e saberes culturais esquecidos pelo sistema hegemônico de saúde e, segundo, pelo passo dado em busca da garantia de maior integralidade no trato médico.

A necessidade de se alterar a forma de pensar, formar, organizar e executar a prática

médicas já fazia parte de uma demanda social, ainda que grande parte da sociedade não tivesse total consciência e esclarecimento sobre essa questão. Da mesma forma a relação da população com as PICs sempre existiu, mesmo diante da hegemonia do modelo biomédico.

A criação da PNPIC em 2006 não era apenas a introdução de mais uma política pública no sistema de saúde, era uma resposta a uma demanda existente desde os anos 1970. Assim, é necessário que os maiores beneficiados a conheçam para poderem cobrar a efetividade da política e usufruírem de seus serviços. A política está em processo de implementação nos sistemas de saúde dos municípios e regiões e sabemos que os desafios para a total efetivação são muito grandes, mas não tem como cobrar algo do qual não se sabe da existência. É latente a necessidade de propagar a PNPIC na sociedade.

Quando concluímos que esse era o objetivo central do “produto final” começamos a pensar no que poderíamos desenvolver para alcançar essa finalidade. Voltamos à ideia do site, mas agora não como um catálogo sobre as PICs, mas sim como um portal informativo sobre a PNPIC. Porém, ao definirmos nosso público alvo concluímos que o site não seria a melhor resposta para desenvolvermos um bom produto que realmente cumprisse seu propósito social.

Como público alvo definimos a sociedade como um todo, mas especialmente os usuários do SUS que em sua maioria são “mulheres, crianças, pretos e pardos, com baixa escolaridade e renda”²⁰⁵, que não configuram o perfil de pessoas que passam seu tempo visitando sites em busca de informações sobre políticas públicas. Tal grupo de pessoas é composto, normalmente, de homens e mulheres jovens-adultos com escolaridade média ou alta²⁰⁶. Precisávamos de algo que permitiria estruturar as informações de maneira clara, simples e direta, que iria ao encontro do público alvo, tornando fácil o seu acesso.

Tendo em mente essas questões, definimos que a melhor maneira de estruturar as informações que achamos necessárias, depois de todo o trabalho desenvolvido, e que atingiria o público-alvo, seria através de uma cartilha informativa. Diante disso definimos que a cartilha seria disponibilizada online e também em material impresso para ser divulgado nas ruas, hospitais e postos de saúde e também ser enviado, em formato de pdf, pelas redes sociais e Whatsapp.

A cartilha é um material educativo com a finalidade de comunicar informações que auxiliem pacientes, familiares, cuidadores, comunidades a tomar decisões mais assertivas sobre sua saúde. A linguagem deve ser clara, objetiva e adequada ao público-alvo, o visual atraente e

²⁰⁵ BARATA, Rita Barradas. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários não-usuários do SUS**. Rev. Saúde e Ciência Coletiva, 2003, p. 1.

²⁰⁶ FARIA, Jeovane Gomes. **Perfil dos usuários do CAPSad e das políticas públicas em saúde**. Rev. Psicologia e Sociedade, 2009, p. 10.

leve, e as informações devem ser fidedignas. A estruturação deve seguir as seguintes etapas: a definição do tema, definição dos tópicos que irão compor a cartilha, pesquisa bibliográfica, elaboração do roteiro, desenvolvimento da cartilha, formatação e distribuição²⁰⁷.

É muito importante definir bem o tema da cartilha para evitar sobrecarga de conteúdo e informações. Estudos indicam que cada vez mais as pessoas se sentem impacientes diante da leitura de materiais extensos²⁰⁸ e por isso é importante definir bem o conteúdo e transformar a leitura em um momento interativo enquanto se passa as informações de maneira fidedigna. Para se definir bem o tema é essencial colocar em primeiro lugar o público que se quer atingir, pois a cartilha terá maior aceitação se atender a demanda das necessidades de informações. Dessa forma definimos que o tema do nosso produto, assim como seu título seria: “Conhecendo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”, pois nosso foco era trazer ao conhecimento da população a existência da política, o que ela oferece e sua importância.

Ao desenvolvermos nossa pesquisa e nossa dissertação percorremos os principais conceitos e todo o processo de construção da PNPIC ao longo da história, desenvolvemos um debate sobre a importância desse processo e da relação com o princípio da integralidade do SUS. Acreditamos que cumprimos nosso objetivo acadêmico, mas nosso produto deve ultrapassar o universo da academia e alcançar a sociedade, dessa forma elencamos as principais informações acerca da política que contemplariam nosso objetivo.

Com base na pesquisa bibliográfica realizada ao longo de todo o trabalho, elaboramos os tópicos dos assuntos que abordaríamos na cartilha. Nossa escolha se baseou naquilo que julgamos ser o mais importante para alcançarmos nosso objetivo tendo em mente nossa escolha de produto e o público-alvo. Alguns temas e discussões relevantes para a realização do nosso trabalho acadêmico, como os conceitos, o percurso e análise do processo de construção da PNPIC, de acordo com as metodologias para a criação de uma cartilha, não se enquadrariam na proposta do nosso produto.

Definimos como o primeiro tópico a seguinte questão: “O que é a PNPIC?”, nesse momento explicamos brevemente o que é a Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares no SUS, seu ano de criação e sua proposta de incorporação ao sistema. O segundo tópico intitulado de: “O que a PNPIC oferece?”, explicamos o que são as práticas integrativas e complementares implementadas pela política, de maneira direta e simples trazendo as informações que julgamos ser essenciais para responder à questão de maneira mais

²⁰⁷ REBERTE, L. M. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-05052009-112542/pt-br.php>

²⁰⁸ Ibid., p. 5

breve possível. No terceiro tópico: “Quais são as práticas?” elencamos as 29 práticas incluídas atualmente na política e no SUS.

No quarto e quinto tópicos “Qual a importância histórica da PNPIC?” e “Qual a importância social da PNPIC?” apontamos respectivamente, que o processo de construção da política foi resultado de anos de luta e debates que transformaram o conceito de saúde, ampliando e reestabelecendo princípios e necessidades, entre eles a noção da integralidade na qual a PNPIC se apoia, e a relevância social do reconhecimento e inclusão dessas práticas ao sistema, devido ao seu apelo cultural e saberes que não se apoiam na biomedicina.

O sexto tópico se nomeia: “Como se aplica a PNPIC?”. Para respondermos essa questão, assim como para responder o sétimo tópico: “Como ter acesso a essas práticas através do SUS?” realizamos uma longa pesquisa e infelizmente não obtemos as informações da forma que esperávamos. Assim como a política é recente os estudos sobre ela também são e dessa forma não encontramos muitos dados e informações sobre esse processo de implementação da política no sistema.

O Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde²⁰⁹ do ano de 2020 é o mais atual e completo documento sobre a aplicação da PNPIC, e nele se reforça as diretrizes gerais da política sobre a competência do gestor municipal na elaboração das normas para a inserção das PICs nos municípios. Ou seja, cabe exclusivamente ao município a contratação dos profissionais e a definição das práticas que serão ofertadas pelo SUS nos serviços oferecidos. Há o apelo para que os municípios destinem parte da verba do Piso da Atenção Básica para introduzir as práticas ao sistema de saúde de cada região, mas não há uma obrigatoriedade.

Pelos dados sabe-se que todas as capitais ofertam algum tipo de PICs e o número de municípios por estado que já introduziram alguma das práticas ao sistema também é divulgado, mas não se sabe ao certo quais são esses municípios e regiões ou quais são essas práticas. O documento deixa claro o crescimento no número de atendimentos, de práticas introduzidas ao sistema, do aumento do número de regiões que já aderiram a política, mas nada muito aprofundado. Diante disso, nesses dois tópicos orientamos o leitor a se informar com a Secretaria de Saúde da sua região para averiguar se o seu município já introduziu alguma dessas práticas ao sistema de saúde.

O oitavo tópico traz curiosidades sobre o Brasil e as PICs, já que o país é considerado referência mundial na incorporação de práticas integrativas e complementares na Atenção

²⁰⁹ BRASIL, **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**, 2020.

Básica e o nono tópico apresenta curiosidades sobre sintomas e enfermidades e as principais práticas utilizadas no tratamento e prevenção.

O décimo tópico “A PNPIC, o princípio da integralidade e o SUS” aborda a relação entre esses três objetos e aponta como argumento, o objetivo central da nossa pesquisa que tem a PNPIC como um dos mecanismos de se alcançar a integralidade no SUS. Pretendemos justificar com esse tópico a relação entre a política e o sistema único de saúde.

Com relação a estrutura do produto, criamos uma capa, uma contracapa contendo as informações organizacionais e de execução da cartilha, uma apresentação na qual realizamos uma breve introdução do conteúdo abordado, um índice, e logo em seguida introduzimos cada um dos tópicos já apontados e finalizamos com as nossas referências bibliográficas.

Optamos por um visual leve e atrativo, sem o uso de muitas ilustrações, linguagem direta e simples, com perguntas e curiosidades para garantir maior interação e proximidade com o leitor. O trabalho de confecção da Cartilha foi feito pela aluna Aline Oliveira Rocha, do Mestrado Profissional em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania, vinculado ao Departamento de História da Universidade Federal de Viçosa – MG, sob a supervisão da orientadora professora Dr^a Vanessa Lana, professora do Departamento de História da mesma Universidade. O material produzido consta em sua forma impressa e digitalizada, disponível junto à dissertação a todos os interessados. Confeccionada pelo programa Canva²¹⁰, a produção da Cartilha foi pensada como uma fonte de informação sobre a PNPIC pretendendo atender a sociedade como um todo, em especial os usuários do SUS.

Para popularizar o conhecimento podemos utilizar de mecanismos que ampliem o acesso e o tornem mais democrático. O resultado desse trabalho busca proporcionar isso através da propagação de informações sobre a existência da PNPIC, após constatarmos através de conversas informais e pesquisa, a baixa popularização dos conhecimentos sobre a política nacional.

Todo o processo de construção da PNPIC assim como os saberes que cada prática carrega em seu âmago são carregados de apelo cultural embasados por uma luta social em busca da maior democratização do acesso à saúde, assim como da transformação do sistema e ampliação dos conceitos que norteiam esse setor. Todo a pesquisa desenvolvida nesse trabalho, os caminhos que foram traçados, são respostas a uma demanda por mudanças e transformações no sistema de saúde nacional, e a PNPIC se constitui como uma das conquistas alcançadas.

²¹⁰ O Canva é uma plataforma de design gráfico que permite aos usuários criar gráficos de mídia social, apresentações, infográficos, pôsteres e outros conteúdos visuais gratuitamente e não necessita de licença para sua utilização. Está disponível online e em dispositivos móveis e integra milhões de imagens, fontes, modelos e ilustrações

Essa cartilha contribui socialmente para a propagação de informações sobre a política e o acesso a ela, permitindo aos usuários do SUS não apenas o conhecimento sobre a existência da mesma, mas a exigência do acesso a essas práticas através do sistema, diante da incorporação efetiva da política no seu município.

PRODUTO FINAL



PNPIC

**Conhecendo a Política Nacional
de Práticas Integrativas e
Complementares no SUS**

**Vamos conhecer a
PNPIC?**



APRESENTAÇÃO

Esta cartilha faz parte da pesquisa intitulada "Uma Análise Sobre o Processo de Construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS e a relação com o Princípio da Integralidade" realizada pelo programa do Mestrado Profissional em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania da Universidade Federal de Viçosa.



A cartilha foi desenvolvida com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a PNPIC levando as informações de maneira leve e simples à sociedade e usuários do SUS.

Você sabia que existe uma política nacional que incluiu práticas integrativas e complementares aos serviços oferecidos pelo SUS?

Esta cartilha se propõe a conscientizar você leitor, sobre a existência da PNPIC, sua importância socio-histórica, quais são essas práticas e como você pode ter acesso a elas!

Vem com a gente!!



ÍNDICE

O Que São as Práticas Integrativas e Complementares? -----	1
A PNPIC e o Princípio da Integralidade----	2
O Que a PNPIC Oferece? -----	3
Quais são as Práticas? -----	4
Qual a Importância Histórica da PNPIC? --	5
Qual a Importância Social da PNPIC? ----	7
Como se Aplica a PNPIC? -----	9
Como ter acesso a essas práticas? -----	10
O Brasil e as PICS -----	12
Principais Sintomas e Enfermidades Combatidas pelas PICS -----	13
Referências -----	15



O QUE SÃO PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?



Essas práticas são sistemas médicos complexos ou recursos terapêuticos que são utilizados associados a algum tratamento biomédico.

Algumas são Práticas Tradicionais orientais, outras provêm de costumes e saberes culturais desenvolvidos e perpassados ao longo dos anos na sociedade

Será que você
conhece alguma
dessas práticas?



A PNPIC E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

As PICs são consideradas como sistemas médicos complexos ou práticas terapêuticas que possuem maior teor de integralidade no trato e promoção da saúde.

Entende-se por integralidade a busca em garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que ultrapasse a prática curativa e contemple o indivíduo em todos os níveis de atenção, considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.

Dessa forma, ao introduzir ao SUS essas práticas há a oferta de um serviço mais integral, contemplando assim o princípio da integralidade do sistema

A escuta acolhedora é uma característica do trato da integralidade



O QUE A PNPIC OFERECE?

Atualmente a PNPIC oferece 29 práticas integrativas e complementares através do SUS.

Diversas ações terapêuticas, medicamentos e tratamentos são ofertadas através do uso das PICs na prevenção, promoção e cuidado com a saúde.

E aí, tá curioso para saber quais são essas práticas??!



QUAIS SÃO AS PRÁTICAS?

- Apiterapia
- Arteterapia.
- Biodança.
- Constelação Familiar
- Dança Circular.
- Hipnoterapia.
- Imposição de mãos.
- Acupuntura.
- Meditação.
- Naturopatia.
- Ozonioterapia.
- Quiropraxia.
- Reiki.
- Terapia Comunitária.
- Crenoterapia.
- Aromaterapia
- Ayurveda
- Bioenergética
- Cromoterapia
- Geoterapia
- Homeopatia
- Antroposofia
- Tai Chi Chuan
- Musicoterapia
- Osteopatia
- Fitoterapia
- Reflexoterapia
- Shantala
- Terapia de Florais
- Yoga

Curiosidade:
a prática mais
utilizada no Brasil
é o Reiki



QUAL A IMPORTÂNCIA HISTÓRICA DA PNPIC?

Toda a trajetória de construção da PNPIC, desde o início dos anos 70, aponta para um caminho de luta e resistência. Através de diversos eventos e discussões, as bases que permitiram a criação da política nacional foram traçadas e impulsionaram sua implementação no SUS.

Essas práticas resistiram por muitos anos, governos e ações contrárias. Houve uma época em que aqueles que praticavam esses saberes eram considerados charlatões e enganadores. Até mesmo leis e medidas punitivas foram criadas para coibir a utilização desses recursos de cura, promoção e cuidado da saúde

Curiosidade: a
Acupuntura existe
há mais de 5.000
anos na China



No final dos anos 70 surgiu uma nova concepção de saúde que colocava o indivíduo e não a doença no centro do processo de adoecimento e cura.

Passou-se a ser necessário enxergar a saúde para além da ausência de enfermidades, apontando a necessidade de se construir um estado de completo bem-estar físico, social e mental como um direito humano fundamental.

Era imprescindível uma mudança interna no modo de se formar, pensar e organizar a prática médica.

Uma forma mais abrangente e integral no trato da saúde foi reivindicada e o SUS e a PNPIC são uma resposta a essa necessidade.

Você sabe quais são os princípios do SUS? A gente te fala:

- Universalidade
- Equidade
- Integralidade



QUAL A IMPORTÂNCIA SOCIAL DA PNPIC?

O teor cultural presente nas práticas integrativas e complementares (PICs) é grandíssimo!

Alguns desses saberes existem há muitos anos na sociedade oriental, outros estão enraizados nos conhecimentos tradicionais brasileiros desde o período colonial e tem aqueles que se desenvolveram dentro de uma comunidade pequena e foram perpassados de geração em geração ao longo dos anos.

E aí, você já fez
uso de alguma
dessas práticas
presentes na
PNPIC?



A PNPIC permite o acesso, através do SUS, a práticas e conhecimentos que representam e caracterizam culturas, grupos e saberes que por muito tempo foram excluídos pela Medicina Ocidental.

A política não só reconhece como salienta a importância e capacidade dessas práticas em resolver problemas de saúde, oferecendo outras alternativas de tratamento e cuidado.

O reconhecimento dessas práticas significa reconhecer a legitimidade cultural que embasa esses saberes e garantem a resolutividade em suas ações.

Você sabia que o uso de ervas e plantas com propriedades medicinais está presente no Brasil desde o período colonial?



COMO SE APLICA A PNPIC?

O texto da política traz diretrizes gerais para a incorporação das práticas nos serviços e compete ao gestor municipal elaborar normas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde.

Os recursos para as PICs fazem parte do Piso de Atenção Básica (PAB) de cada município, podendo o gestor local aplicá-los de acordo com sua prioridade.

Ou seja, cabe exclusivamente ao município a contratação dos profissionais e a definição das práticas que serão ofertadas pelo SUS.

Será que seu município já aderiu a PNPIC?



COMO TER ACESSO A ESSAS PRÁTICAS ATRAVÉS DO SUS?

Atualmente 4.297 municípios ofertam atendimentos individuais em PICs, estando presente em todas as capitais.

A maior parte dos serviços são ofertados pela Atenção Básica em saúde através de diversos programas governamentais relacionados à atenção primária, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou as Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

A cada ano cresce mais o número de municípios e regiões que implementaram a PNPIC ao serviços de saúde.



Para saber se o seu município oferece serviços que incluam PICs, você deve entrar em contato com a Secretária de Saúde da sua região, através do telefone ou e-mail que você encontra no site da prefeitura ou em algum posto médico.

Lembrando que é necessário o acompanhamento, orientação e indicação médica para se ter acesso às terapias.

**Lembre-se:
para o uso de
qualquer
medicamento
é necessário
orientação
médica**



O BRASIL E AS PICs

O Brasil é referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica, diante busca pela prevenção e promoção da saúde, assim como no tratamento de sintomas e enfermidades.

As PICs estão presentes em cerca de 17.000 serviços de saúde do SUS.

Aproximadamente 942.970 pessoas já utilizaram alguma dessas terapêuticas através do SUS.

As práticas mais populares são:
Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia

Mais de 1 milhão
de atendimentos
em Acupuntura
foram realizados
pelos SUS



PRINCIPAIS SINTOMAS E ENFERMIDADES COMBATIDAS PELAS PICs



- Enxaqueca e dores de cabeça:
Acupuntura, Aromaterapia, Terapia de Florais,
Homeopatia
- Dores nas costas: Acupuntura, Quiropraxia,
Osteopatia
- Inflamações ou irritações de pele: Apiterapia,
Homeopatia, Termalismo, Ozonioterapia

E aí, você já fez
uso de alguma
dessas práticas?



•Dor crônica: Acupuntura, Quiropraxia, Reiki, Yoga

•Estabilização de humor: Reiki, Yoga, Meditação, Shantala

•Equilíbrio físico e emocional: Reiki, Yoga, Hipnoterapia, Imposição de Mãos

•Ansiedade, estresse e depressão: Acupuntura, Reiki, Meditação, Aromaterapia.

Cada dia cresce mais o número de procura por esses tratamentos!



REFERÊNCIAS

BRASIL, Portaria nº971, 2006.
https://saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=874

BRASIL, Práticas Integrativas e Complementares, 2020
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics>

BRASIL, Relatório de Monitoramento Nacional das PICs no SUS, 2020
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf

Agora você já
sabe tudo sobre a
PNPIC né?!



SILVA, Isis Daniella Carvalho. Política nacional de práticas integrativas e complementares: uma análise a partir do tripé epistemológico-crítico, 2014

LUZ, Madel Therezinha. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do séx XX. Ciência Saúde Coletiva, 2005

MARQUES, Joyce Viana. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: um olhar sobre a formação profissional, 2020

BULSING, Muriel. Um estudo sobre o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Santa Maria, 2013

Esperamos ter te ajudado a conhecer mais sobre a PNPIC!!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O surgimento de um novo conceito de saúde que sustente a noção e aplicação da integralidade esteve no cerne da discussão realizada sobre a hegemonia do modelo biomédico e do processo de medicalização, à abertura para novos paradigmas em saúde, como as racionalidades médicas e outros sistemas médicos complexos. Nesse contexto de transformação e construção de uma nova ideia sobre saúde se desenvolveu o SUS, buscando abarcar as novas necessidades e indicações que se fortaleciam tanto no cenário internacional, quanto no cenário nacional. Uma das indicações foi a busca pela integralidade, por sistemas de saúde que colocassem o sujeito no centro da ação médica e transformasse a relação médico-paciente. No cenário brasileiro a criação da PNPIC, diante de tantos apontamentos com relação a inclusão de práticas integrativas e complementares em saúde, se constitui como um dos mecanismos de efetivação do princípio da integralidade no SUS.

O processo de construção, foco dessa pesquisa, seja do SUS, da noção de integralidade, da PNPIC, é o que nos permite entender, através das fontes e literaturas, como se delineou os debates, acontecimentos, eventos históricos que embasam, alicerçam e permitiram a criação de cada um desses objetos. O percurso sobre o processo de construção do SUS se justifica diante da necessidade de conhecer o “local” no qual nosso objeto principal de pesquisa se desenvolve e à medida que desenvolvemos nosso estudo, notamos cada vez mais que os debates que fundamentaram a construção do SUS se entrelaçam em muitos aspectos com os mesmos debates que embasaram a construção da noção de integralidade, assim como da PNPIC.

No cenário brasileiro, como discutimos no capítulo 2, é indissociável a relação entre PICs e integralidade e dessa forma o SUS passa a necessitar de uma política pública como a PNPIC e das práticas integrativas e complementares, quando se tem como um dos seus princípios a integralidade. Todo o percurso que fizemos ao analisar nossas fontes nos mostra que em todos os momentos que se discutiu sobre a necessidade de se incluir PICs no sistema nacional de saúde, a justificativa se pautou na necessidade de ampliar o conceito de saúde diante da busca, entre outros, da integralidade.

A argumentação que embasa todo nosso trabalho não está no texto da Portaria nº 971, que se inicia com os dizeres: “considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS”²¹¹, e sim na análise realizada através do processo histórico que permitiu construir ao longo de décadas o

²¹¹ BRASIL, op. Cit., p. 4, 2015

fundamento que embasou a criação da PNPIC em 2006, e dessa forma inclui ao sistema as práticas integrativas e complementares e garantiu mais um passo em busca da efetiva integralidade no SUS.

Após 2006 diversas implementações e inclusões foram somadas à PNPIC. Ainda nesse ano através da Portaria nº853/2006²¹², os serviços das PICs foram inclusos na Tabela de Serviços/SCNES de informações do SUS, com o intuito de regulamentar e aplicar a PNPIC. No ano seguinte aprovou-se a Resolução CNS nº 371/2007²¹³, que instituiu ao SUS a Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares (CIPICSUS), com o objetivo de assessorar o CNS no acompanhamento da PNPIC.

No ano de 2008 ocorreu o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Brasília, realizado pela OPAS e pelo Ministério da Saúde. O Relatório final aponta o desenvolvimento no serviço público de várias práticas integrativas e complementares que não foram incorporadas à PNPIC em 2006, abrindo a discussão para a possível incorporação de outras PICs à política, além de reafirmar o caráter multidisciplinar e multiprofissional das mesmas²¹⁴. Já no ano de 2011 a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (CNPIC) divulgou o Relatório de Gestão de 2006-2010 e apontou a possibilidade da inclusão de profissionais de saúde para o exercício das PICs nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no ano 2012, o MS lançou a série: *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*²¹⁵.

As regulamentações, estudos, indicações e incorporação de PICs aos sistemas de saúde pública em âmbito internacional se tornam cada vez mais latentes. No ano de 2013 a OMS, publicou a atualização do documento *Estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005* no qual orienta a prestação de apoio aos Estados-membros quanto à integração entre a medicina convencional e a medicina tradicional, promovendo a utilização segura e eficaz mediante a regulamentação de práticas, produtos e profissionais²¹⁶. No âmbito nacional, as estratégias de regulamentação e qualificação profissional em PICs alcançam outro patamar quando o MS lança no Ambiente Virtual do SUS (AVASUS) os primeiros cursos em PICs.

²¹² BRASIL. **Portaria nº853**, de 17 de novembro de 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria853_17_11_06.pdf Acesso em 10/09/2021.

²¹³ BRASIL. **Resolução nº371**, de 14 de junho de 2007. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-371-2007_105872.html acesso em: 19/09/2021.

²¹⁴ BRASIL, **Relatório final do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares**, Brasília, 2008, disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTM5NQ==> acesso em: 23/09/2021.

²¹⁵ BRASIL, Op. Cit., p. 58, 2015.

²¹⁶ World Health Organization. *on Programme Traditional Medicine. (2002). Estrategía de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud.* Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/op000023.pdf> acesso em:29/09/2021.

Essa plataforma se configura dentro da modalidade do ensino a distância como uma iniciativa do governo brasileiro em parceria com instituições como: A Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Aberta do SUS, Ministério da Educação, Fiocruz, entre outras. Diversos módulos contemplando a Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica, Fitoterapia, práticas mentais, são disponibilizadas no sistema, buscando promover capacitação profissional nessa área.

Em 2017, a PNPIC é alterada através da Portaria nº849 de 27 de março de 2017, aprovada pelo Ministro da Saúde vigente, Ricardo Barros, no governo de Michel Temer, a qual incluiu 14 novas práticas à política. São elas: a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. O próprio documento aponta a necessidade de ampliar o escopo da política diante das recomendações presentes no documento da OMS, citado anteriormente, e da necessidade de se institucionalizar práticas já presentes nos serviços de saúde, como o reiki²¹⁷. A política amplia seu leque agregando práticas terapêuticas que não se qualificam apenas como sistemas médicos complexos e racionalidades médicas, incorporando terapêuticas que fogem do modelo de total racionalidade e cientificidade. O apelo cultural, a ideia da integralidade, cresce cada vez mais dentro da PNPIC, ao contemplar práticas já usuais na sociedade introduzindo-as ao sistema público de saúde, dominado pelo modelo biomédico. Essa incorporação torna a integralidade mais palpável no SUS ao se agregar práticas mais integrativas ao sistema, muitas delas denominadas como complementares, ou seja, elas complementam ações do modelo biomédico tornando-o mais integral. A Portaria nº633/2017, um dia após a implementação dessas novas práticas, altera a tabela de serviços do SCNES incluindo essas terapêuticas as ações prestadas.

Quanto a regulamentação profissional, nenhuma dessas práticas é consideravelmente regulamentada. Através da última portaria citada, incluiu-se como profissionais habilitados a praticar a Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Termalismo, Antroposofia, Ayurveda e Naturopatia, os cirurgiões dentistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, naturólogos e profissionais de educação física²¹⁸.

Em novembro de 2018, através dos dados colhidos pelos Sistemas de Informação da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, a CNPICS publicou o relatório de monitoramento das PICs referente ao 1º semestre de 2017. Através das informações percebeu-

²¹⁷ BRASIL. **Portaria nº 849**, de 27 de março de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0145_11_01_2017.html Acesso em: 10/09/2021

²¹⁸ BRASIL, Op. Cit., p. 12, 2017

se a presença progressiva da oferta das PICs no território nacional e constatou-se a presença das práticas em 100% das capitais e em 78% dos municípios²¹⁹. Nesse mesmo ano e também organizado pela CNPICS, ocorreu o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Rio de Janeiro. Esse evento é considerado um marco na trajetória da PNPIC, pois contou com importantes pesquisadores nacionais e internacionais e diversas produções científicas. Foi nesse congresso que se divulgou a incorporação de novas práticas à política, por meio da Portaria nº702/2018, na qual incluiu a aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, antroposofia cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais²²⁰ à PNPIC, totalizando as 29 práticas oferecidas pelo SUS através da política até os dias atuais. Assim como no ano de 2017, a tabela de serviços do SCNES foi alterada, agora pela Portaria nº1988/2018²²¹, incluindo as terapêuticas aos serviços oferecidos pelo SUS.

Diferente do documento de 2006 da criação da PNPIC, as novas portarias não apontam objetivos e diretrizes, e não apresentam um relatório que contenha um diagnóstico nacional como motivo da escolha das novas práticas. Atualmente a política oferece as 29 práticas já citadas e é vigente na Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS), estando presente em 4.340 municípios, em 26 capitais e em 17 mil estabelecimentos de saúde. A distribuição das PICs por nível de complexidade se dá em 78% na Atenção Básica, 18% na Média e 4% na Alta²²².

Através de uma parceria realizada entre o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz, o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde e o Consorcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa, diversas notícias, matérias, com embasamento científico, e Mapas de Evidências das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI/OMS) / Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs/MS) estão sendo produzidos no país, diante da necessidade de se promover políticas públicas orientadas por evidências na área da saúde. Por meio de revisões sistemáticas de mais de 800 estudos clínicos controlados, evidenciou-se os efeitos positivos de 9 PICs, sendo elas: a

²¹⁹ BRASIL. **Relatório de uma sistematização dos dados nacionais de prática integrativas e complementares em saúde (PICs) para o 1º semestre de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/pics/14504-monitoramento-ab-e-mac-1-semester-de-2017-final/file> Acesso em: 01/10/2021

²²⁰ BRASIL. **Portaria nº 1988**, de 20 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2019/01/portaria1988-1.pdf> Acesso em: 10/09/2021

²²¹ BRASIL, Op. Cit., p. 2, 2018

²²² BRASIL. **Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus> acesso em: 10/09/2021

Acupuntura, a Auriculoterapia, as plantas medicinais, a Yoga, a Meditação, a Shantala, a Prática Corporal Chinesa, a Ozonioterapia e a Reflexologia. A melhora significativa de problemas metabólicos, como as dores crônicas, diabetes, hipertensão, obesidade e na melhora na qualidade de vida, principalmente em questões relacionadas a saúde mental, como a ansiedade e depressão são cada dia mais notória com o uso das PICs²²³.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares se estabelece enquanto política pública diante do reconhecimento de um problema social, que se constitui como um problema sociológico, necessitando de ações à nível institucional para solucionar suas questões. Quando defendemos a ideia da existência de uma crise na área da saúde, não apenas no Brasil, que não se limita ao campo institucional e está atrelada a questões do próprio saber da noção médica, principalmente com relação a um descontentamento progressivo entre a relação doente, doença e o tratamento recebido, estamos apontando um problema sociológico que precisa ser resolvido.

A ausência de integralidade no modelo biomédico, obriga gestores públicos e profissionais da saúde a pensarem novas formas de resolução do problema. Por maior que seja a eficácia existente nos tratamentos oferecidos pela biomedicina, há sempre no processo de saúde e doença um alto grau de subjetividade. Um dos maiores descontentamentos diante dessa questão estão relacionados ao tratamento recebido pelos pacientes, e se eles serão realmente compreendidos e curados ou apenas tratados mecanicamente e apontados como estatística.

A PNPIC oferece opções de cuidado com a saúde embasadas em diferentes narrativas que problematizam a realidade vinculada a saúde e a doença enriquecendo o debate acerca das questões e dos serviços prestados por esse setor. Todo o processo percorrido ao longo dos anos, as discussões, debates, institucionalizações e criação da política proporcionaram, diante da inclusão da diversidade e pluralização do atendimento à saúde, maior qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil.

Podemos entender a PNPIC como uma política pública que dá continuidade ao processo de implantação e fortalecimento do SUS, pois as integrações das práticas incorporadas ao sistema favorecem de forma efetiva o cumprimento das diretrizes e princípios que regem o Sistema. Quando se considera o indivíduo em sua dimensão global, considerando as especificidades regionais e culturais, as concepções de doença, saúde, sintoma, etc., expostas pelos usuários dos serviços de saúde, as PICs corroboram para a efetivação da integralidade na atenção da saúde.

²²³ CABSIN, **Mapa de Evidencia das Práticas Integrativas e Complementares**. Disponível em: <https://cabsin.org.br/membros/2020/10/18/mapa-evidencias-pics/> acesso em: 03/11/2021

A garantia de maior integralidade com a incorporação de PICs ao sistema, se dá pela argumentação já defendida a partir do levante teórico realizado, de que essas práticas possuem características mais integrais que a abordagem do sistema biomédico, sobretudo pela sua organização interna, valorização do sujeito sobre a doença, consideração pelo todo que compõe o indivíduo e pelo trato mais acolhedor e humanizado frente a um trato mecanizado e especializado. Dessa forma, a incluir práticas de caráter mais integral ao sistema de saúde, se aumenta a integralidade prestada pelo serviço ainda que o modelo hegemônico se mantenha.

O simples fato da abertura para a introdução de outros sistemas médicos no universo da medicina, já aponta para uma mudança nos moldes estruturais desse sistema. Anos atrás tal política nem sequer seria considerada. Há muitos caminhos ainda para se percorrer para pôr em prática o SUS e seus princípios, assim como, o caminho para a construção da integralidade ainda apresenta diversos desafios e obstáculos, mas é inegável que os primeiros passos já foram dados.

REFERÊNCIAS

FONTES E DOCUMENTOS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde**, 2003

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988

Brasil. **Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN**. Resolução de 08 de março de 1988. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 11 de março de 1988

BRASIL. **Lei nº 378**, de 13 de janeiro de 1887.

BRASIL, **Lei n 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL, **Lei nº8.142**, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL, **Lei n 6.229**, de 17 de setembro de 1975.

BRASIL. **Portaria nº971**, de 03 de maio de 2006.

BRASIL. **Portaria nº1.230/GM**, de 03 de maio de 1999.

BRASIL, **Portaria nº 2.543**, de 14 de dezembro de 1995.

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 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, 2001.

BRASIL, **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**, Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde**. 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas**

Complementares PMNPC. Resumo executivo. Brasília: fevereiro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, v.7, 60p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPICSUS)**; Portaria 971. DOU seção 1; 3/05/2006a. 106

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c. 60 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.196 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação histórica de normas e documentos voltados à institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Serviço Público de Saúde.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de gestão 2006/2010 - **Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** RODRIGUES, A.G. et al. Brasília: Ministério da Saúde, 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

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde.* Brasília, DF, 2002

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.

Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde;** 6-

12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. . Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**

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

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Reunión de Ministros de Salud** (grupo de estudio). Washington: Oficina Sanitaria Panamericana. 1963

World Health Organization. Programme on Traditional Medicine. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES VS. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface Comun Saúde Educ. 2005 Fev;9(16)

ARAÚJO, Eliana Cardoso de; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Oliveira Denise. **Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde**. UNIFESP

BARATA, Rita Barradas. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS**. Rev. Saúde e Ciência Coletiva, 2003

BARRETO, A.F. Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas do cuidado. In: .(org.) Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas do cuidado. Recife: EDUFPE, 2011.

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: CRPSP, 2016.

- BIRMAN, Joel. **A Physis da Saúde Coletiva**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):11-16, 2005
- BULSING, Muriel. **Um estudo sobre o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Santa Maria, 2013,
- CAMPOS, R.O. **A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista.”** In: Castro, A. M.; Malo, M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- 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.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº8.142/90)**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2006.
- CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.
- CHWARCZ, Lilia Moritz e STARLING, Heloísa Murgel. **Brasil: Uma Biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015
- CLARKE Adele et al. **Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine**. *American Sociological Review* 68, 2003 apud ZORZANELLI, Rafaela Teixeira (et. al.). **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. *Ciancia & Saúde Coletiva*, 19(6): 2014
- COUTO, Cláudio G. **A agenda constituinte e a difícil governabilidade**. *Lua Nova*, São Paulo, n.39, p.33-52. 1997
- 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.
- FARIA, Jeovane Gomes. **Perfil dos usuários do CAPSad e das políticas públicas emsaúde**. *Rev. Psicologia e Sociedade*, 2009, p. 10
- FOUCAULT, Michel apud ZORZANELLI, Rafaela Teixeira (et. al.). **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. *Ciancia & Saúde Coletiva*, 19(6): 2014
- GOBO, Juliano Del. **A política nacional de práticas integrativas e complementares SUS: um estudo a partir de Conferências Nacionais de Saúde (1986-2015)** Ponta Grossa, 2017
- GOMES, J. V. L.; MAGALHÃES, R. F. **Max Weber e a Racionalidade: Religião, Política e Ciência**. *Teoria e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, 2008
- HELMAN, Cecil. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre:

Artes Médicas, 1994

JENICEK; CLÉROUX apud HERZLICH, C. **Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública.** Physis: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

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] 135

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.

MATTOS RA, PINHEIRO R, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO; 2004

MATTA, Correa Gustavo. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.** In: EPSJV. (Org.). Estudos de Politecnia e Sa'de. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006

MATTA, Isabela Braga. **As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e a sua inserção no Sistema Único de Saúde:** o caso do município de Sant'Ana do Livramento, 2021

MENUCUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde:** mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciência, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1,

NUNES, J.G.; PELIZZOLI, M.L. **O fenômeno do Cuidado** – o cuidado em saúde à luz da hermenêutica filosófica. In: PELIZZOLI, M.L. (Org.). Saúde em novo paradigma. Recife: EDUFPE, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde –

Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R.; GUIZARDI, F.L. **Cidadania no cuidado: um ensaio sobre os caminhos de se (re)pensar a integralidade nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.** In: BARRETO, A.F. (org.) *Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas do cuidado.* Recife: EDUFPE, 2011.

REBERTE, L. M. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. Mar. 2014

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014

SCAFF, Alfredo; CHIORO, Arthur. **A Implantação do Sistema Único de Saúde**

SILVA, Isis Daniela Carvalho. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: Uma análise a partir do tripé epistemológico-crítico,** Recife, 2014

SOPHIA, Daniela Carvalho. **Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da revista Saúde em Debate.** *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v.36, n.95

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 poucos 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

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677- 1808)**,2017

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira (et. al.). **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. *Ciancia & Saúde Coletiva*, 19(6): 201