

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS LABORATORIAIS
EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Roberta Espirito Santo Correia

AS MEDICINAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES E O SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE

Rio de Janeiro

2009

Roberta Espirito Santo Correia

AS MEDICINAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES E O SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Laboratório de Bodiagnóstico de Saúde.

Orientador: Gladys Miyashiro Miyashiro

Co-orientador: Augusto César Rosito Ferreira

Rio de Janeiro

2009

Roberta Espirito Santo Correia

AS MEDICINAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES E O SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Laboratório de
Biodiagnóstico de Saúde.

Orientador: Gladys Miyashiro Miyashiro

Co-orientador: Augusto César Rosito Ferreira

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Gladys Miyashiro Miyashiro
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fundação Oswaldo Cruz

Marcos Antônio Pereira Marques
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fundação Oswaldo Cruz

Mônica Caminha Mendes Murito
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fundação Oswaldo Cruz

*Dedico este trabalho
aos meus pais, Jussanã e Orlando;
aos meus irmãos, Renata e Alexandre;
ao meu companheiro, Vítor.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão às pessoas que estiveram comigo ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Difícil seria mencionar a todos, entretanto, sou demasiadamente grata:

Em primeiro lugar, aos meus pais Jussanã e o Orlando, e aos meus irmãos, Renata e Alexandre, por todo carinho e incentivo, e por terem acreditado no meu potencial, me dando força para que chegasse até aqui.

À Família 2007. Amigos que fizeram valer a pena cada dia ao longo do curso, reais companheiros que tive por esses três anos, e que quero levar comigo por toda a vida.

Em especial ao meu namorado Vítor, por todo amor, interesse, paciência, dedicação e compreensão.

E é claro, a todos os professores que participaram da minha caminhada, acrescentando saberes ao longo desta formação. Especialmente à Gladys, por toda atenção e disposição. Sem ela este trabalho não estaria concluído.

A todos vocês, o meu muito obrigada!

O homem vangloria-se de ter imitado o vôo das aves com uma complicação técnica que elas dispensam.

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido com o intuito de apresentar as práticas de medicina alternativa e complementar como uma opção viável para mudanças no Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS). Aborda práticas biomédicas, e a conseqüente desumanização do processo saúde-doença, ressaltando a influência que a briga mercadológica na área da saúde exerce sobre o encarecimento da atenção à população, assim como a mecanização do homem. Discute também como se deu a formação do modelo biomédico – medicina ocidental hegemônica, e a mudança dos paradigmas em saúde. Com base em trabalhos de diversos autores, estudou-se de que maneira a adesão de tais práticas pode trazer benefícios para o SUS. Concluiu-se que uma nova estruturação do sistema de atenção à saúde, embora não seja uma tarefa de fácil execução, poderia trazer melhoras para o mesmo, tendo em vista a realidade do País. Medidas já estão sendo tomadas para que se (re)incorpore ao sistema um paradigma em saúde com uma visão holística do ser humano, que é então, visto como corpo, mente, alma e sentimento.

Palavras-Chave: Medicina Alternativa. Processo saúde-doença. Sistema Único de Saúde.

LISTA DE SIGLAS

CNS	Conferência Nacional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS.....	11
2 JUSTIFICATIVA	12
3 METODOLOGIA	14
4 DESENVOLVIMENTO	15
4.1 O MODELO BIOMÉDICO.....	15
4.1.1 As medicinas mágico-religiosa e empírico-racional, e a escola hipocrática – passando por Galeno e Paracelso.....	15
4.1.2 Histórico do modelo biomédico.....	17
4.1.3 O modelo biomédico e seu contexto atual.....	19
5 AS PRÁTICAS MÉDICAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES	22
5.1 PARADIGMAS EM SAÚDE.....	27
5.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	31
6 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	38
ANEXO A - PORTARIA Nº 971, DE 3 DE MAIO DE 2006	40
ANEXO B - POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	42
ANEXO C - LEI Nº 5471, DE 10 DE JUNHO DE 2009	55

1 INTRODUÇÃO

Existem palavras que embora sejam comumente ditas por toda a população, são termos de significado real quase desconhecido do público geral. Algumas expressões como *paradigma*, *medicinas complementares e alternativas*, e *saúde*, são exemplos disso, os quais tentaremos explicar em seu devido momento.

A começar por saúde, se fossemos às ruas perguntar do que se trata, grande parte dos entrevistados pensariam bastante antes de responder. Para Lefèvre (2005), saúde tem três significados, advindos de três pontos de vista distintos: o dos indivíduos, o do sistema produtivo, e o ponto de vista técnico.

Segundo o autor, do ponto de vista dos indivíduos, saúde é vista como um estado do corpo e/ou da mente do indivíduo - ou de uma coletividade - percebido como bem estar, como qualquer estado considerado saudável, com base em algum critério socialmente compartilhado, como ausência de mal estar, de doenças e de sintomas. Para o sistema produtivo, saúde pode ser entendida como uma mercadoria cujo uso ou consumo implica entrar na posse do valor. Finalmente, do ponto de vista técnico, saúde é um tipo específico de poder ou autoridade no sentido sociológico do termo (Bourdieu, 1982, apud Lefèvre, 2005), chamado por Lefèvre de Poder de Proporcionar Saúde, onde é investido um complexo conjunto de profissionais para conceituar saúde e doença, descrever os comportamentos saudáveis, aplicá-la através de ações e tecnologias, que produzirão um “efeito” de saúde nos indivíduos a fim de atestar que determinada pessoa está saudável.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde resulta de um bem-estar físico, mental, social e espiritual, revelando uma perspectiva holística e integradora (Queiroz, 2000).

No mundo moderno, há a preferência pelas novidades, pelo tecnológico. O campo da saúde, não é nenhuma exceção a esta regra imposta pela sociedade de consumo. Hoje em dia, vigora nos sistemas de atenção à saúde do ocidente, a medicina tradicional hegemônica, o modelo biomédico, baseado na anatomia e na fisiologia do ser humano, na segregação, na divisão em partes, partes essas que serão isoladamente estudadas e tratadas por seus especialistas.

Deste modo, os médicos vêem pacientes como um conjunto harmonioso de órgãos, formados por tecidos e células. É a visão do homem-máquina, onde órgãos são vistos como o todo, não mais como conteúdo de um continente maior, o corpo. Baseado neste paradigma mecanicista, a análise do bem-estar é determinada por esta relação. Para os médicos, para se

determinar a diferença entre o normal e o patológico, o interessante é o comportamento físico do paciente, não suas características particulares - que em um novo paradigma passa a ter tanto valor por acreditar-se que tais informações podem dizer tanto sobre a situação em que se encontra o paciente.

Nesta metodologia hegemônica, para verificar se o organismo está em equilíbrio, são construídas máquinas que realizarão exames que constatem minuciosamente a morfologia e as características químicas de cada “pedaço” – lê-se órgão, ou parte de órgão - do paciente. A sofisticada elaboração destes equipamentos, cada vez mais complexos, exige além do desenvolvimento de longas pesquisas, as mais novas descobertas tecnológicas, encarecendo a realização destes exames, restringindo o acesso da população.

Entretanto, ao passar dos anos ganha força – mesmo que fraca - o movimento que aponta para o fato de que a evidência científica não é a única solução para os problemas de saúde. Passam a ser estudadas novas formas de análise e de tratamento, as ditas práticas médicas alternativas. Há então, vagarosamente, a transição do paradigma da doença para o paradigma da saúde.

Diferentemente do paradigma biológico, este traz uma visão holística do processo saúde-doença. De origem distinta do primeiro, este defende a cura através de práticas mais simples, tais como massagens, ingestão de ervas e vegetais, práticas religiosas, acupuntura, homeopatia, etc., valorizando a relação do profissional com o paciente, assim como seus humores, e seu bem-estar psicológico. As consultas demoradas passam ao profissional a real condição do paciente, que é atendido com atenção, levando em conta suas peculiaridades.

O sistema de saúde brasileiro, ainda bastante recente, possui inúmeros problemas a serem estudados. Em sua condição de país do terceiro mundo, o Brasil se vê diante da dependência tecnológica dos países desenvolvidos. Os modernos sistemas de saúde são o resultado da complexa interação de processos econômicos, políticos e sociais, e, desta maneira, é bastante trabalhosa a luta por mudanças significativas, já que é forte a barreira a ser enfrentada.

As práticas médicas no Brasil parecem não valorizar o alcance de objetivos coerentes com a realidade social ou elaborar planejamentos eficazes nesse sentido. Deste modo, através da inserção de práticas médicas alternativas se estabelecem novas possibilidades de articulação entre o biológico e o social no estudo do processo saúde-doença.

1.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Conhecer os paradigmas em saúde que vigoram no Sistema Único de Saúde;
- Conhecer o histórico da constituição do modelo biomédico;
- Identificar as vantagens e os limites do modelo biomédico, assim como suas conseqüências;
- Analisar a inserção das práticas de medicina alternativa no Sistema Único de Saúde, tendo em vista a crise atual da medicina ocidental hegemônica.

2 JUSTIFICATIVA

Na minha condição de aluna de uma escola de saúde situada em uma instituição de referência mundial em pesquisas em saúde, cursando o técnico em laboratório de biodiagnóstico em saúde, de fundamentação teórica extremamente morfológica, com carga horária rica em disciplinas como anatomia, química e biologia, me perguntei se aquilo que via em sala de aula explicaria todas as doenças que acometem o ser humano.

O excesso de diagramas com múltiplas setas utilizadas didaticamente em algumas disciplinas como Imunologia para demonstrar os mecanismos de equilíbrio do corpo muitas vezes me faziam esquecer que se tratava de uma pessoa como eu. Mais parecia uma máquina programada, cheia de funções e ignições. Perguntava-me se o processo saúde-doença poderia ser explicado por aquelas relações.

Ao longo do curso, fiquei doente várias vezes, o que me levou a fazer dezenas de exames e tomar dezenas de remédios. Enfrentava horas de espera em hospitais da rede particular, por uma consulta corrida, em que o médico não só não me tocava, como muitas das vezes mal olhava para o meu rosto. Essa relação médico-paciente incomodava bastante, muitas vezes parecia que o doutor desconfiava dos meus sintomas, ou simplesmente não dava a mínima importância.

Procurei diversos especialistas, fiz tratamentos, e percebi que a cura nem sempre vinha com a conclusão do mesmo. Comecei a esconder dos meus pais os remédios que os médicos receitavam, fingindo que tomava, e me impressionei por comprovar que muitas vezes só o fato de ficar de repouso e deixar de lado o cotidiano exaustivo já me deixava bem outra vez. Uma sessão de REIKI¹ já fazia com que me sentisse melhor. Coisas que a medicina não consegue explicar.

Fui unindo as coisas, e pude perceber que a medicina ocidental hegemônica não é onipotente. Que aquele modelo frio e impessoal de fato incomodava. E fui me interessando por outros meios que levassem à cura.

O desconforto com o assunto uniu-se à minha curiosidade pelos ditos “tabus da medicina” – maneira como são vistas por muitos, as práticas de medicina alternativa. Comecei então a ler artigos e assistir programas exibidos pelo canal de televisão fechado “*Discovery Home & Health*” que apresentam práticas de medicina alternativa e seus resultados.

¹ Terapêutica baseada na canalização da energia universal através da imposição de mãos com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio energético vital de quem a recebe e, assim, restaurar o estado de equilíbrio natural; podendo eliminar doenças e promover saúde.

Unindo parte do que esta experiência me levou a aprender sobre o tema, com ajuda dos meus orientadores, elaborei este trabalho de conclusão de curso.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é de caráter qualitativo. A metodologia utilizada na coleta de informações para a elaboração da pesquisa foi, fundamentalmente, a revisão bibliográfica, por meio de pesquisa documental.

O acompanhamento do tema – que a cada dia toma maior enfoque pela mídia – se deu através de telejornais, páginas da internet, documentários, programas informativos, e da leitura de livros e artigos, majoritariamente, sendo estes de diversos autores, o que explica o fato de não haver fundamentação no trabalho de dado pesquisador.

As palavras chaves utilizadas na busca bibliográfica foram: medicina alternativa, medicina complementar, modelo biomédico, medicina ocidental hegemônica, paradigmas em saúde, Sistema Único de Saúde e saúde pública.

Logo no início do desenvolvimento da pesquisa foram determinados os objetivos específicos, e aí então, aprofundou-se no tema, de maneira que foi determinado o objetivo geral. O trabalho foca o modelo biomédico, as práticas de medicina alternativa, o sistema único de saúde, e suas articulações.

O tema foi tratado de maneira que exponha o quadro atual das práticas de saúde, assim como a opinião dos autores em que se baseia o trabalho, acerca dos antigos e dos novos paradigmas em saúde.

O texto foi redigido a partir da divisão em capítulos, visando o melhor entendimento do leitor. O trabalho segue a linha de pensamento que, ao meu ver, associa melhor os assuntos, desenvolvendo gradualmente o raciocínio acerca do tema.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 O MODELO BIOMÉDICO

Hoje em dia, vigora nos principais sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil, o modelo biomédico, mecanicista, que sofre grande influência das lógicas de mercado. A seguir será feita uma síntese histórico-evolutiva que acarretou na formação desse modelo.

4.1.1 As medicinas mágico-religiosa e empírico-racional, e a escola hipocrática – passando por Galeno e Paracelso

A síntese a seguir foi extraída do artigo de José Augusto C. Barros, 2002. Segundo o autor, na antiguidade, havia a predominância da medicina mágico-religiosa, que se inseria num contexto religioso-mitológico pelo fato de que o adoecer era relacionado às transgressões da natureza individual, e a cura seria o reatar dos laços com as divindades, através de rituais. Ainda hoje esta ideologia é aceita por milhares de pessoas em todo o mundo, muitas vezes concomitante à medicina científica.

Com o passar do tempo, surge a medicina empírico-racional, uma variação do modelo anteriormente citado, mas com um desvio do foco das forças sobrenaturais para o portador da doença. Papiros contendo relatos sobre médicos deste caráter datam de 3.000 antes de Cristo.

No ocidente, iniciam-se especulações em busca de explicações não sobrenaturais para os adoecimentos. Datam do sexto século antes de Cristo, e sofrem influência do nascimento da filosofia, nas tentativas dos filósofos de encontrar explicação para as origens do universo e da vida.

Em torno dos 400AC, Empédocles formula a concepção de que o mundo é formado pelo somatório de quatro elementos: a água, a terra, o fogo e o ar. Esta teoria está presente na medicina ocidental nos próximos dois milênios.

Posteriormente, Hipócrates formula a teoria dos humores, que tem força até o século XVI, sendo consagrado como Pai da Medicina Ocidental. Segundo ele, saúde era fruto do equilíbrio dos humores. Esta teoria, ainda hoje sobrevive em determinadas correntes orientais, como na medicina ayurvédica e na medicina tradicional tibetana.

Alcmeon (560-500AC) apud Barros (2002) associa as relações de saúde e doença com a noção de equilíbrio – proporção justa. Equilíbrio seria a interação de duas ou mais forças ou fatores na etiologia das doenças. Essa teoria traz contribuições marcantes para o entendimento

do conceito de “medicina holística”, que será tratado mais adiante. Neste momento, então, são consideradas não só uma mera oposição entre duas forças, mas de um conjunto delas que, em geral, aos pares, trazendo a idéia de um sistema com diferentes forças que atuaria sobre o indivíduo, simultaneamente. A harmonia é encontrada a partir da neutralização dos opostos. A vida saudável poderia ser conquistada através da meditação, da adequação da dieta, da moderação, em tudo.

É presente na teoria de cada filósofo os pressupostos e as contribuições de seus antecedentes e contemporâneos, sendo marcada a forte importância de Hipócrates aos demais. A escola Hipocrática buscava estratégias não só para a recuperação da saúde, mas também para a prevenção de doenças.

Por volta de 150 DC, Galeno se torna um dos médicos de maior influência na medicina ocidental, trazendo avanços significativos nas concepções diagnóstico-terapêuticas. Anatomista, fisiólogo e terapeuta, ele realiza uma síntese do conhecimento médico existente até aquele momento. O fluxo permanente dos humores dependeria das influências ambientais, do calor inato, e da ingesta alimentar, tudo em sua justa proporção. As causas mórbidas podiam ser internas, externas ou conjuntas. E o diagnóstico seria feito através do exame do doente, do conhecimento do seu estado sadio, seu temperamento, regime de vida, alimentação, condições ambientais e época do ano. Galeno chama atenção para o potencial curativo, e também venenoso, dos medicamentos.

“Para ele, deveria ser outorgada maior ênfase ao uso dos medicamentos fitoterápicos, considerando o fato de que os de origem mineral seriam mais tóxicos e os de origem animal, mais débeis” (Barros, 2002).

Tomás de Aquino, filósofo da época, defendia que o raciocínio lógico se constituía em uma forma de se chegar à verdade superior à representada pela observação empírica. Galeno e Aquino forneceram bases para a prática médica hegemônica na Europa (Barros, 2002)

É no século XVI, que Paracelso constrói uma ponte para o modelo biomédico. Segundo ele, um princípio vital organizava o micro e o macrocosmo. Baseado na alquimia, visualizava a composição mineral da matéria, chamando a atenção para as semelhanças entre os processos químicos e os processos vitais. A doença era fruto não só de reações inadequadas dos elementos constitutivos do mundo, mas também de influências cósmicas e telúricas, de substâncias tóxicas e venenosas, assim como da predisposição do próprio organismo e de suas motivações psíquicas.

Paracelso proclamava: “[...] o médico não deve estar imbuído de menos compaixão e amor do que os que deus direciona aos homens.” Autor de um sistema médico complexo,

sincrético, se opunha às idéias do passado – em especial à teoria dos humores – defendia o poder curativo da própria natureza, trazendo grandes descobertas para a prática médica. (Barros, 2002)

Ainda neste século, Robert Fludd estabeleceu uma ponte entre Paracelso e as novas correntes filosóficas, que defendiam a compreensão da natureza através da análise química, contendo duas correntes principais: uma, seguidora de Paracelso, com sua visão holística e mística do mundo; a outra, mais prática e mecanicista, preocupando-se menos com a essência das coisas e mais com sua forma e movimento (Bennet, 1987, apud Barros, 2002)

4.1.2 Histórico do modelo biomédico

Para o desenvolvimento deste tema foi realizada uma síntese do artigo de Lílian Koifman (2001). Segundo a autora, o modelo biomédico está enraizado no contexto do renascimento e ao projeto expansionista das metrópoles daquela época, que demandava o surgimento de instrumentos técnicos que viabilizassem as grandes navegações.

Com as influências de Copérnico, Galileu, e mais adiante, Kepler, ocorrem mudanças radicais de ordem técnico-científica. Mas é René Descartes o responsável pela filosofia pioneira no privilégio do sujeito que conhece frente ao objeto ou realidade externa a ele e que vai ser conhecida, estabelecendo quatro regras que persistem no raciocínio médico ainda hoje. São elas: não se deve aceitar como verdade nada que não possa ser identificado como tal; deve-se separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-la; o pensamento deve ser conduzido de forma ordenada, partindo do mais simples e fácil, daí ascendendo gradativamente, para o conhecimento do mais complexo, mesmo supondo uma ordem em que não houvesse procedência natural entre os objetos de conhecimento; é necessária uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento de tal maneira que seja possível certificar-se de que nada foi omitido.

Isaac Newton através de suas teorias comprova a maneira cartesiana de ver o corpo e o mundo como grandes máquinas a serem exploradas. E, em seus estudos sobre a mecânica, entendeu muitos fenômenos da vida, de maneira que a medicina mecanicista passa a atribuir explicações cada vez mais satisfatórias para as doenças mais corriqueiras.

É inegável o avanço da medicina neste quadro de avanço da ciência, principalmente da química e da física, mas, por outro lado, são evidentes as estratégias que - principalmente a partir da revolução o industrial capitalista - passaram a prevalecer.

O alvo do interesse médico passou a ser a descrição clínica dos sintomas provocados pela patologia, sendo inquestionável a relação causa-efeito para o raciocínio mecanicista. A exemplo disso, Robert Koch – cientista responsável pela descoberta do agente etiológico da tuberculose - formulou os seguintes postulados: o microorganismo está presente e pode ser detectado em todo caso de doença; ele pode ser cultivado em meio de cultura apropriado; a inoculação desta cultura reproduz a doença em animal susceptível e o microorganismo pode ser recuperado, de novo, do animal infectado. (Koifman, 2001)

Não é difícil perceber que o desenvolvimento de teorias como esta - que afirmam que toda doença está diretamente relacionada a uma infecção microbiana - acabam por tornar obscuras as concepções de multicausalidade da doença.

Em aquela época, os cientistas buscavam um modelo explicativo para as novas concepções sobre o corpo, sua estrutura e seu funcionamento. Médicos e pacientes não têm mais a atenção voltada para a interação harmônica das partes, agora a compreensão do processo saúde-doença se dá pela analogia estabelecida entre o corpo e um relógio e suas engrenagens.

Não era difícil relacionar a crença religiosa com as observações empíricas. É Francis Bacon quem formula os fundamentos do método intuitivo, que vem, aos poucos, substituindo a especulação como fonte primordial das descobertas da natureza. (Lilian Koifman, 2001)

Evidentemente, não se deve deixar cair sobre Newton e Descartes o mecanicismo da medicina contemporânea. Suas concepções estavam bem distantes das que foram sendo atingidas, com o passar do tempo e o desenvolver das tecnologias, e da medicina.

Na esfera do processo saúde-doença, a crescente credibilidade no raciocínio e nas práticas biomédicas advém das supostas soluções, que muitas das vezes, por se concentrarem em uma pequena parte de todo de um sistema complexo, acabam por não agir nas causas propriamente ditas, valendo apenas como medidas paliativas.

Capra (1986) (apud Barros, 2002) destaca que com esta nova concepção, colocou-se em evidência a índole mecânica dos fenômenos. A noção de um universo orgânico e espiritual com o qual o homem desenvolvia relações harmônicas dá lugar a uma cova idéia, onde o mundo é visto como uma máquina, convertida em metáfora dominante na era moderna.

Segundo Koifman (2001), o paradigma mecanicista começa a ser questionado a partir do momento que outras teorias se fazem necessárias para a explicação de fenômenos principalmente no campo da química e da biologia.

4.1.3 O modelo biomédico e seu contexto atual

A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no modelo biomédico, alicerce consensual da moderna medicina científica (Koifman, 2001).

Com o deslocamento da medicina da arte de curar para a disciplina da doença, ocorreu uma severa transformação na prática clínica, onde a vida deixou de ser objeto central da prática médica, e a forma humana passou a ser vista como uma máquina muito complexa, formada por diversas partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas. “Traçava-se, a partir da visão da morte, os limites do trajeto da vida” (Luz, 1988).

Desta forma, a saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura passou a significar a eliminação dos sintomas, transcendendo as ligações entre mente e corpo. Consequentemente, houve o afastamento do médico em relação ao doente, e maior teorização dos discursos médicos.

Naquele momento, a clínica expropriava a doença enquanto o paciente servia para sua enumeração, era tido como exemplo.

Levando à risca a morfologia do corpo humano, e sendo explorada a relação doença-sintoma de uma maneira rígida como era ensinada nos cursos de superiores de medicina, o médico passa a ter certa desconfiança quanto ao sofrimento do paciente. Não se levava em conta o fato de que os sintomas subjetivos e os objetivos raramente coincidem um com o outro. (Koifman, 2001)

“Leriche demonstra que o silêncio dos órgãos não equivale necessariamente à ausência de doenças” (Canguilhem, 1990, apud Koifman, 2001). Hoje, com a larga escala de recursos tecnológicos no diagnóstico dos pacientes, pode-se descobrir que pessoas que não se sentem doentes estão doentes. Mas não é essa a essência da medicina. A medicina existe porque as pessoas se sentem incomodadas por estarem doentes, e então procuram um médico em busca de tratamento e cura.

Para que o paciente tenha certeza de que está cem por cento saudável – aos olhos deste paradigma médico – o corpo deve se submeter, constantemente, a inspeções. Desta maneira, assume-se, de certo modo, que nunca todos os mecanismos desta máquina estarão funcionando de sua melhor maneira. Se não fosse isso, não seriam necessárias as frequentes inspeções.

O corpo não é só visto como uma máquina. Mas como uma máquina que tem, e terá problemas, que só poderão ser constatados e tratados por especialistas.

A doença do doente nem sempre é a doença vista pelo médico. Mas o médico se vê como o dono do saber, e não dá tamanha importância aos relatos do dono do corpo, o que muitas vezes leva o médico a cometer erros (Koifman, 2001)

Segundo Koifman (2001), o médico, cada vez mais se sente desconfiado do seu olho clínico, e lança mão dos artifícios tecnológicos, solicitando exames e mais exames. Esta influência tecnológica age no afastamento na relação médico-paciente. O exame não serve mais para confirmação de um suposto diagnóstico, mas é tido como mais importante que a própria conversa com o paciente. A tecnologia acaba por interferir na terapêutica e na alta dos pacientes.

O fenômeno biológico passa a ser explicado pela química e pela física, não mais pelas questões sociais, psicológicas e comportamentais da doença. As doenças são tidas como resultado de um processo degenerativo ocasionado pelo corpo, por agentes externos – químicos, físicos ou biológicos -, ou ainda devido à falha de algum mecanismo regulatório do próprio organismo.

Levando isto em conta, a detecção da doença, a saúde e a vida saudável só poderão advir da ciência. É de tamanha frieza, que a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica (Koifman, 2001).

A ciência e a tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo. Entretanto, segundo Porto (1994) “a incorporação tecnológica passou a produzir, em graus variáveis, efeitos colaterais, como interferência na relação médico-paciente, novos riscos; iatrogenia; níveis exagerados de especialização; institucionalização dos cuidados de saúde; aumento nos custos dos serviços; distorção na alocação de recursos no sistema de saúde etc.”.

Este interesse em descrever, classificar e enumerar doenças não se apresenta suficiente, pois ignora fatos essenciais ao diagnóstico, ao entendimento da doença, e ao tratamento do paciente, uma vez que excluiu aspectos importantes do adoecimento do doente, tais como sua condição social, seu estado psicológico, etc. Trata-se do indivíduo esquecendo um aspecto essencial da natureza: a consciência da fragilidade, a certeza da morte (Koifman, 2001)

A onipotência e o autoritarismo das práticas médicas se contrapõem à tentativa de resgate das subjetividades do processo saúde-doença. Para Canguilhem (1990 apud Koifman, 2001), a superação da visão organicista e reducionista da medicina através da inclusão do social, do psicológico e da morte, podem contribuir para aproximação da medicina de sua

concepção – para ele, a razão de ser da medicina é lidar com a dor, com o sofrimento, e com a morte.

5 AS PRÁTICAS MÉDICAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES

As chamadas práticas médicas alternativas e complementares são assim chamadas por representarem um paradigma diferente do que pertence a medicina ocidental hegemônica, a medicina habitual em países como o Brasil, um paradigma diferenciado do modelo excessivamente biológico e tecnológico vigente na maior parte do mundo.

São geralmente terapias derivadas de sistemas médicos complexos tradicionais que têm sua própria racionalidade, e tendem, vagarosamente, a se legitimarem perante a ciência e as instituições de saúde (LUZ, 2005).

Entretanto, não se supõe que as práticas biomédicas devam ser ignoradas ou esquecidas, logo, estas práticas de origens diferenciadas poderiam ser articuladas, juntas, de modo que uma seja complementar à outra.

Madel Luz (2009) afirma que ao longo de seus estudos pôde perceber que nenhuma racionalidade médica funciona de forma pura, que sempre há certo sincretismo com outras racionalidades e, às vezes, um hibridismo.

Mesmo os pacientes que se tratam pela medicina convencional frequentemente buscam as medicinas espirituais, utilizando-as como forma terapêutica popular. Em geral, esse método de cura encarrega-se das “doenças espirituais” e daquelas para as quais a medicina ocidental não oferece ainda perspectiva de cura (Luz, 2005).

Quando essas práticas são usadas juntas com práticas da biomedicina, são chamadas complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas integrativas (TESSER E BARROS, 2008).

Para Tesser e Barros (2008), as práticas médicas alternativas e complementares são um grupo de sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são atualmente considerados pela biomedicina.

Marcos S. Queiroz (2000) define medicina alternativa como uma proposta terapêutica que foge da racionalidade do modelo médico dominante, da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada, enquanto adota uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença. Desta maneira, diverge do modelo usual por não possuir caráter mecanicista, por não ser um conjunto de práticas reducionistas, por enfatizar o doente – não a doença-, crendo que esta advém de um conjunto de causas que implicam desarmonia e desequilíbrio.

Com o movimento contracultural tendente ao naturalismo influenciado pelas civilizações do Oriente, movimento este contrário à sociedade de consumo, à burocracia e à modernidade, cresce o sentimento de valorização do corpo, da saúde, da natureza, do prazer, e das emoções positivas. Neste contexto, ganham forças as propostas alternativas.

O crescimento dessas medicinas alternativas tem sido verificado tanto nos países do primeiro mundo quanto nos de terceiro mundo, e, particularmente na América Latina. O movimento se inicia em meados dos anos 1970, chegando ao seu auge na década seguinte. (Luz, 2005)

A princípio, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu “medicina alternativa” como uma prática tecnologicamente despojada de medicina em conjunto com saberes médicos tradicionais. Sendo alternativa à medicina contemporânea, esta surgiu como uma proposta no intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica. Atualmente, o termo designa qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica. Deste modo, o termo *medicinas alternativas* não é considerado um conceito, mas uma etiqueta institucional (Luz, 2005).

Dentre elas, a acupuntura foi a prática de maior abrangência, chamando atenção de diversos médicos para desenvolver estudos a fim de verificar sua eficácia, aprender os princípios e a realização da técnica, e, posteriormente, virar uma prática também praticada por eles – que chegaram a lutar para que apenas médicos formados fossem autorizados a realizá-la.

A corporação médica geralmente se opõe à legitimação de medicinas alternativas, a não ser que a legitimação se faça por meio de seu reconhecimento como “especialidade médica”, ou seja, como prática a ser exercida e controlada por médicos (Luz, 2005).

Inicialmente, a corrente biomédica contestava as práticas médicas alternativas alegando um possível efeito placebo sobre os pacientes que optavam por tais técnicas. Entretanto, o sucesso obtido em tratamentos de acupuntura, por exemplo, em animais – irracionais, e, portanto, não susceptíveis ao efeito placebo – finda esta discussão, deixando claro que a eficácia destas práticas é consequência dos efeitos promovidos pela própria técnica.

São exemplos claros – e reconhecidos pela OMS - práticas como homeopatia, acupuntura, técnicas alternativas em saúde mental, termalismo e fitoterapia.

Para estas técnicas, a cura não é obtida através do simples uso de medicamentos conforme receita médica. Doença e cura são fenômenos complexos, que para que sejam ministrados necessitam de uma perspectiva ampla, que inclua aspectos físicos, psicológicos,

sociais, culturais, ambientais e espirituais. Médico e paciente são fundamentais no processo de cura, deixando clara a crítica à rendição ao paradigma científico dominante, à lógica burocrática do sistema de saúde e à indústria farmacêutica hospitalar.

Desta maneira, o hospital cede seu lugar de centro do sistema de saúde, passando a exercer uma função meramente auxiliar - embora tenha inegável importância. O eixo passa a ser constituído por uma rede básica de atendimento direto à população, cujo objetivo é atenção primária de serviços de saúde, gerenciada pelo Estado somado a representantes da comunidade, que podem perceber com maior facilidade fatores que levaram o paciente àquela situação.

Práticas de diversas origens estão inseridas nesta categoria. Práticas que não se encaixem nas explicações do pensamento científico, do paradigma biomédico. É um campo tão amplo, que cabem neste a medicina chinesa, a ayurveda –indiana -, a tibetana, e qualquer outra tradição enraizada na cultura dos diversos povos no Brasil e no mundo. São elas o tratamento com ervas – fitoterapia-, sessões espirituais, massagens, rituais, etc.

Na Europa, em meados do século XIX, a medicina já era concebida como uma ciência social, onde não só as relações de saúde e doença deveriam ser submetidas à investigação científica, mas também as condições econômico-sociais do indivíduo. Nesta época, formulou-se em Berlim a Lei de Saúde Pública, que indicava que o Estado deveria providenciar um número de médicos bem treinados para atuar na promoção de saúde e no combate à doença, tratando de implantar o desenvolvimento saudável, tanto físico como mental do cidadão. Nos anos seguintes, Behring, médico alemão, assinalava que tais idéias mereciam restrições, porque, de acordo com a nascente teoria das doenças infecciosas de Pasteur, o médico poderia trabalhar na sua especificidade sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais. (ROSEN, 1980 APUD KOIFMAN, 2001).

Com estas novas teorias sobre a origem da doença, passa a ser comum a negação da medicina como ciência social. Enquanto isso, nas Américas desenvolvia-se um modelo eclético de medicina, com a valorização de conhecimentos populares e místicos (Neto, 1994 apud Koifman, 2001). Entretanto, no início do século XX, surge nos Estados Unidos uma corrente que reformulou o ensino médico, trazendo para este, características biologicistas, mecanicistas e de especialização da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas.

O objetivo das escolas médicas foi dar aos seus alunos uma base científica sólida. No Brasil, é só na década de 1970 que movimentos que discordaram da lógica imposta à formação médica unificaram-se e passaram a ser intitulados Movimento Sanitário (Da Ros,

1986 apud Koifman, 2001). Em 1988 é aprovada a lei do Sistema Único de Saúde, que tem dentre os princípios o uso adequado da tecnologia e inclusão de práticas de medicina alternativas. Este assunto será tratado a fundo no próximo capítulo.

O paradigma mecanicista vigente na maioria dos sistemas de saúde de todo o mundo talvez esteja próxima de esgotar suas ampliações quanto à visão humana, tendendo por isso, a ser superado por uma perspectiva de maior abrangência. Ressurge então a atenção para práticas antigas como homeopatia e a acupuntura, que trazem um novo paradigma científico, visando a harmonização da realidade e, conseqüentemente, o surgimento de uma ciência mais humana, ecológica, e integrada.

Buscando entender as relações e dificuldades do processo saúde-doença no Brasil, na década de 1970, alunos e professores da Universidade Federal Fluminense (UFF) desenvolveram estudos que apontaram para a ausência de compromissos sociais com a população e para a formação excessivamente teórica com ênfase nas especialidades médicas e em tecnologias de tratamento e de investigação diagnóstica de doenças, em detrimento de conteúdo humanístico e de promoção da saúde. Viu-se que o sistema de saúde não atendia às necessidades básicas de assistência médica da população, e que as práticas empregadas e todo o dispêndio de verba investindo em tecnologia não condiziam com a realidade do país (Koifman, 2001).

Além de ser fomentada pelas frustrações, insatisfações e limites vividos com a biomedicina - e suas dificuldades relativas a acesso e custo -, a valorização das medicina alternativas deve-se também, evidentemente, aos seus méritos próprios, seus resultados (TESSER E BARROS, 2008).

O desenvolvimento de lojas de produtos naturísticos tradicionais ou recentes nos centros urbanos, o reaparecimento do “herveiro” em feiras populares e a freqüente presença do tema nos noticiários da imprensa escrita e televisiva, assim como em reportagens a tratar dos efeitos curativos de práticas terapêuticas não convencionais denotam o aumento da procura delas por um número significativo de pessoas (LUZ, 2005).

No ritual do cuidado e cura, juntamente com a aplicação de técnicas alternativas e complementares e soluções positivas, origina-se a convicção de que as concepções são verídicas e de que as diretivas são corretas, desenvolvendo em torno destas práticas uma percepção social de efetividade e faturalidade, possibilitando um modelo que privilegia técnicas naturais, medicamentos harmonizantes e estimulantes do potencial de re-equilíbrio do próprio doente (TESSER E BARROS, 2008).

Apesar das resistências oriundas da corporação médica, o crescimento dessas medicinas alternativas tem sido verificado tanto nos países do primeiro mundo quanto nos de terceiro mundo, e, particularmente na América Latina, o movimento ganha força em metade dos anos 1970, chegando ao seu auge na década seguinte. O Brasil vem tendo um papel pioneiro no reconhecimento das chamadas medicinas alternativas no continente, com a institucionalização e inserção das mesmas nos serviços públicos de saúde (Luz, 2005).

5.1 OS PARADIGMAS EM SAÚDE

O Brasil vive hoje um importante momento de mudanças na prática sanitária, encaminhadas por força da constituição. O país tem hoje a possibilidade de implementar um sistema único de saúde compatível com as noções e os conceitos mais recentes sobre saúde e doença. É também consenso entre os profissionais da Saúde Pública que se experimenta no mundo atual uma mudança de paradigma nas ciências da saúde (Santos e Westphal, 1999).

Para Khun (1975, apud Santos e Westphal, 1999), “paradigma é o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pelos membros de uma sociedade científica.” Esse compartilhar distingue o conhecimento científico da crença ou do senso comum. As revoluções científicas trazem a evolução, a partir da passagem das fases de normalidade para as de crise, e daí para as novas teorias que poderão vir a formar um novo paradigma.

Paradigma Flexneriano: saúde de doença - No século XIX os altos índices de mortalidade em todo o mundo eram caracterizados pela predominância das doenças infecciosas. O movimento sanitarista presente na Europa e na América do Norte daquela época conseguiu, por meio de legislações e construções civis, interferir na saúde em numerosas cidades do mundo, criando a primeira época dourada da saúde pública. Surgem então as primeiras instituições universitárias e sociedades científicas, e através delas se desenvolvem estudos e teorias, como a *teoria dos germes*, de Pasteur (Santos e Westphal, 1999).

A partir de então, a noção de saúde é tida como ausência de doença, ou seja, da ausência de um agravo causado por um germe. Esta nova concepção implica mudança no ensino médico, e conseqüentemente ao Relatório Flexener, de 1910, instituindo o ideário hegemônico no campo da saúde (Mendes, 1985 apud Santos e Westphal, 1999).

Com o passar do tempo, foi se consolidando o paradigma até hoje vigente, tendo como elementos referenciais o curativismo², o mecanicismo³, o biologicismo⁴, o individualismo⁵ e a especialização. Desta maneira, a prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença (Santos e Westphal, 1999).

Devido às melhorias nas condições de vida, houve a conseqüente diminuição da importância das doenças transmissíveis e o aumento das ditas degenerativas. Com isso, muda-

² Dar ênfase ao diagnóstico e à terapêutica no processo saúde-doença.

³ A idéia de que uma causa atuando num corpo sempre produzirá o mesmo efeito, noção de uncausalidade.

⁴ Idéia de que as doenças e suas curas sempre ocorrem em nível biológico.

⁵ Noção de que o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluído-se o contexto ambiental, social e histórico.

se a situação de mortalidade observada no decorrer do século (Darted, 1994 apud Santos e Westphal, 1999). Unido a isso, o desenvolvimento da epidemiologia e da imunologia gerou crises para elementos fundamentais do paradigma. A noção de mecanicismo entra em confronto a partir do momento que se percebe com a noção de risco, de exposição e de susceptibilidade, que nem sempre uma causa que atua sobre um corpo, vai produzir exatamente o efeito esperado. Assim como a idéia presente no biologicismo e na unicusualidade entram em questão, igualmente a partir da análise do fator de risco, quase sempre associado ao meio físico e social (Santos e Westphal, 1999).

Há então a migração da ênfase curativa para a prevenção, chegando à crise do curativismo – pelo menos em nível teórico. O ato médico perdeu o ponto hegemônico e central do paradigma, se não na prática, ao menos no ideário dos intelectuais do setor (Santos e Westphal, 1999).

Tendo em vista a decadência dos pontos principais deste paradigma, com o passar do tempo a estruturação do pensamento do processo saúde-doença foi mudando, de maneira que de uns anos pra cá, nossa visão de saúde mudou, passando da mera ausência de doença para a noção de bem-estar físico e mental, e daí para o conceito mais amplo que inclui a adequação da vida social. Daí uma clara mudança de paradigma, e, mais do que isso, mudança do conceito de saúde. Constitui-se assim um *novo paradigma: a produção social da saúde* (Santos e Westphal, 1999).

O novo paradigma tem sua prática sanitária no que autores denominam de vigilância à saúde (Mendes, 1996:223). Tal prática amplia a atuação do paradigma anterior (curativista), para dar conta da globalidade do processo saúde-doença e orienta para a reformulação das práticas assistenciais e coletivas. Isso implica o entendimento de que saúde resulta de um conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais que se combinam de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis. (Santos e Westphal, 1999:78)

Entre as ações mais comumente desenvolvidas para atender a esses elementos citam-se: promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes, e atenção curativa e de reabilitação.

Madel Luz entende que há mais de um paradigma vigendo a cultura atualmente, e que eles estão em constante contato. O paradigma dominante tende a transformar todas as

situações da vida em situações de doença. E há um outro paradigma, que busca a promoção da saúde ou ao menos uma idéia preventiva de que as pessoas podem se proteger de enfermidades caso desenvolvam hábitos saudáveis. Cresce então na sociedade o objetivo de “ser saudável”, e conseqüentemente, a valorização da forma física, por exemplo. Há então, a transição do paradigma da doença para o paradigma da saúde.

Acredito que o surgimento de novos paradigmas em medicina esteja ligado a diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos, de natureza ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epistemológica. Entre esses acontecimentos fundamentais destaca-se um conjunto de eventos e situações que podem ser denominados de “crise da saúde”, característica do final do século e milênio passado (Luz, 2005, p.147).

Esta crise torna-se particularmente aguda em países onde está presente a desigualdade social profunda, a exemplo da América Latina, onde a concentração de renda gera graves problemas de natureza sanitária, como violência, desnutrição, doenças infecto-contagiosas, etc., assim como aquelas que acreditava-se que já haviam desaparecido, como lepra, sífilis e doenças sexualmente transmissíveis. Unido a isso, as ondas neoliberais geram políticas sociais agravadoras do quadro sanitário citado (Luz, 2005).

No contexto do neoliberalismo, a opção pelo “estado mínimo” e o conseqüente corte de custos públicos como resposta à “crise fiscal do estado” comprometeram a saúde pública nacional, gerando a “crise da saúde pública”. Para superá-la, busca-se uma nova perspectiva paradigmática que viabilize saúde, num âmbito geral, mediante políticas públicas saudáveis, através de maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte (Paim e Almeida Filho, 1998). Saúde pública seria “a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade” (Terris, 1992, apud Paim e Almeida Filho, 1998).

Com o surgimento de novos modelos de cura e saúde, ocorre a importação de modelos de sistema terapêuticos distintos dos da nossa racionalidade médica, e mesmo opostos a ela. Além disso, a unificação mundial das fontes de informação e difusão cultural, como conseqüência da globalização, vem gerando a ruptura de padrões culturais nacionais, substituindo os antigos padrões de identidade cultural por padrões homogêneos próprios das culturas de massas. A vivência coletiva dessas mutações culturais gera um quadro de mal-estar social, repercutindo na saúde dos cidadãos de diversas sociedades em todo o mundo (Luz, 2005).

A absorção destas mudanças por enquanto é algo bem periférico e microscópico, que está vindo do nível micro para o nível macro, e é assim que tem que ser, uma vez que não estamos num momento em que o Estado determina como as coisas serão. As coisas vêm de baixo para cima, e é esse o movimento de pressão necessário para as políticas públicas assumirem outros modelos. O movimento parte do local para o central (Luz, 2009).

Entretanto, não raras vezes instituições de referencia em pesquisa biomédica se voltam para pesquisas visando a eventual comprovação de procedimentos terapêuticos ligados às medicinas não convencionais (Luz, 2005).

O choque das medicinas tradicionais complexas na sociedade ocidental ocasionou uma disputa na clientela privada, assim como nos serviços de saúde, exigindo legitimação institucional e obtendo paulatinamente espaços de inserção na rede pública (Luz, 2005).

5.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Brasil é um país em desenvolvimento e com iniquidades, muito grandes, que se refletem em todas as áreas, entre elas o setor da saúde, em todos os estados e municípios, somando um total de aproximadamente 185 milhões de habitantes. No Rio de Janeiro são freqüentes os noticiários abordando a espera pelo atendimento médico na rede pública, assim como a indignação de pacientes que são tratados pelo chão dos corredores, devido à incompatibilidade do número de macas.

Em busca de melhoras, o Estado vem tomando decisões, e assim foi criado pela Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de viabilizar o melhor acesso da população ao atendimento público em saúde. Foi um marco histórico na Saúde Pública Brasileira, pois foi definido que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Até então, o tratamento público era restrito aos empregados que contribuíssem com a previdência social – através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ao Ministério da Saúde cabia a atenção para promoção de saúde e prevenção de doenças – vacinações, por exemplo - e assistências a doenças epidêmicas, além do cuidado à parcela da população que não tinha direito ao INAMPS e que, muitas das vezes, optava por serviços filantrópicos.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Nº 8080, de 19 de Setembro) definiu os princípios do SUS. São eles: Universalidade – o acesso à saúde para todos ; Integralidade – o acesso tanto aos meios curativos quanto aos preventivos, individuais e coletivos; Equidade – igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde, tendo em vista que as necessidades de cada indivíduo variam, em função até mesmo de disparidades sociais e regionais do país ; Participação da comunidade – Através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, os usuários participam da gestão do SUS ; Descentralização político-administrativa – O SUS está dividido em três esferas: nacional, estadual e municipal ; e Hierarquização e Regionalização – Os serviços de saúde estão divididos em níveis de complexidade. O nível primário deve ser de acesso direto à população, enquanto os demais devem ser solicitados apenas se houver necessidade.

Por regionalização, entende-se que cada serviço de saúde tem determinada área de abrangência. Desta maneira, os serviços de menor nível de complexidade são mais numerosos, tendo menores áreas de abrangência. Enquanto serviços de maior nível de complexidade – hospitais, por exemplo – são mais escassos, tendo maior área de abrangência.

É claro para nós que, para atingir total eficácia, o SUS deve cumprir com todos os princípios. Entretanto o que nos levou a desenvolver um estudo ressaltando a adoção de Práticas de Medicina Alternativa e Complementar como medida de melhoria para o SUS está

no tocante à diferença entre tais práticas e a medicina tradicional – biomédica – no que diz respeito à Integralidade e à Hierarquização e Regionalização, e, conseqüentemente, à Universalidade e aos demais princípios.

Os valores da integralidade, equidade e universalidade nos remetem à democratização e ao investimento nas atenções primárias (espaço das redes locais e da participação cívica) e na redefinição política das socialidades secundárias (Martins, 2003)

Atenção primária, ou atenção primitiva à saúde, seria aquela adotada por países que dispõem de serviços diferenciados para distintos grupos sociais e que estão preocupados, fundamentalmente, em reduzir os gastos em saúde organizando serviços de segunda categoria para uma população considerada inferior. (Testa, 1992, apud Paim e Almeida Filho, 1998)

A crescente inovação tecnológica na indústria da saúde não é acompanhada pelo SUS, uma vez que não há como arcar com as despesas advindas do encarecimento constante dos equipamentos inseridos no mercado.

Um tomógrafo, aparelho que realiza tomografias – exame radiológico de maior precisão e nitidez de imagem, sucessor do Raio-X e da Ultra Sonografia – custa em torno de um milhão de reais. Na rede particular, o custo de uma tomografia é de aproximadamente duzentos reais. É exatamente neste ponto que é fundamental o princípio da Hierarquização e Regionalização. Uma vez que não é um serviço do nível primário, um tomógrafo atende a uma área de abrangência considerável. O recomendável então, seria que o paciente passe por uma triagem, para verificar a necessidade da realização de uma Tomografia.

Em muitos casos os resultados dos exames mostram que não seria necessário ter encaminhado o paciente, medidas mais simples poderiam ter sido tomadas. Nem tudo se explica pelo “esquartejamento” presente na biomedicina. Saúde não é só o físico, é também o psicológico, é o bem-estar biopsicossocial. O sintoma pode ter origem distinta da observada como óbvia pela medicina tradicional.

Além da desintegridade do ser humano pregada pela biomedicina, os altos custos da indústria químico-cirúrgica levaram a Organização Mundial de Saúde a indicar e apoiar o uso de Práticas de Medicina Alternativa e Complementar principalmente em países em desenvolvimento. São práticas menos incisivas, e a incorporação das mesmas à saúde pública seria menos dispendiosa, além de trazer uma visão mais holística do ser humano. Práticas estas que não aderem à realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e, por vezes, danosos. (Tesser e Barros, 2008)

Tais práticas dirigem sua atenção para o doente, e não para a doença, estimulando os mecanismos naturais de cura do indivíduo. Buscam atender os aspectos orgânicos,

emocionais, sociais e espirituais envolvidos no adoecimento dos pacientes, trazendo mudanças para o sistema de saúde vigente através da reflexão sobre o cuidado integral e a humanização.

Desta maneira, os antropólogos pioneiros nas pesquisas de formas de cuidado à saúde dividiram o cuidado em saúde no Brasil em três setores: a chamada medicina popular ou informal (cuidado de familiares, amigos, vizinhos), o sistema oficial (biomedicina), e as práticas médicas alternativas (Tesser e Barros, 2008).

Buscamos então, pensar de que maneiras o SUS poderia legitimar, absorver, lidar e incorporar essas práticas não-hegemônicas, que embora não sejam bem aceitas pela sociedade médica, são reconhecidas pela sociedade civil como terapêuticas importantes para atender às suas necessidades.

Em agosto de 1985 a homeopatia, a fitoterapia e a acupuntura, assim como atividades médicas de pesquisa e ensino sobre essas “medicinas alternativas” foram legitimadas nos serviços médicos de previdência social mediante convênio através do INAMPS e do ministro da Previdência Social (Luz, 2005).

Em 1986, as resoluções finais da VIII Conferência Nacional de Saúde recomendaram a introdução das práticas alternativas na rede pública de atendimento, possibilitando ao usuário o acesso democrático à escolha da terapêutica preferida.

Na X Conferência Nacional de Saúde, aprovou-se a incorporação ao SUS, em todo território nacional, de práticas de saúde que contemplassem as terapias alternativas e as práticas populares. Entretanto, somente com a Portaria N°971 (ANEXO B), de 3/5/2006, o governo brasileiro estabeleceu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (ANEXO C), definindo as diretrizes para a prática de Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia e Termalismo Social/Crenoterapia.

As Práticas alternativas rompem a idéia do tratamento ligado ao sintoma, presente na biomedicina. Quebra-se então, a limitação que causava verdadeiro constrangimento a uma área de conhecimento tão nobre: a área da saúde. Surge um novo significado para o conceito da relação saúde/doença.

Este ano, o estado do Rio de Janeiro demonstrou um avanço quanto às práticas médicas alternativas, através da inserção da lei N° 5471, de 10 de junho de 2009 (ANEXO A) que estabelece a criação do Programa de Terapia Natural.

A inserção de novos recursos com uma visão mais adequada, implica mudanças, uma ampliação no SUS. O Sistema passa a absorver a necessidade da sociedade brasileira de

promoção e atenção à saúde, através da prevenção e da proteção do indivíduo de maneira mais inteligente e atual.

Deste modo, o cidadão pode recorrer a práticas que foram injustamente afetadas pelo preconceito e pela ignorância dentro do campo da ciência médica brasileira. Hoje, a utilização destas técnicas é norma oficial do governo, e estas já estão inseridas como atividade médica formal no país.

Com a aprovação da portaria Nº971 e da lei 5471, ambas de incentivo às práticas médicas alternativas e complementares, o assunto vira polêmica tanto na mídia, quanto entre profissionais da saúde e a população. Passa a ser freqüente participar ou assistir debates cotidianos acerca deste tema, de maneira que se faz uma pressão “de baixo para cima”, chegando às autoridades nacionais de saúde, que tenderão a aprovar mais estas práticas.

No país, alguns postos de saúde já propiciam o acesso a tais práticas, mas ainda é um serviço bastante restrito. A inserção das mesmas provavelmente se dê apenas onde há envolvimento dos gestores em estudos destas técnicas, ou onde seja simplesmente considerada interessante a idéia de trazer uma nova ótica para o diagnóstico e o tratamento.

Entretanto, para que o movimento de inserção deste paradigma holístico se torne mais abrangente nos serviços públicos do país é necessário que o movimento ganhe força para vencer os empecilhos impostos pelo corporativismo médico. Um médico não aceitaria sua rotina estressante de inúmeras consultas diárias espremidas na agenda enquanto na sala ao lado um profissional tem a possibilidades de atender os pacientes com o dobro do tempo.

Além disso, outros questionamentos são fundamentais na discussão da adesão das mesmas ao Sistema Único de Saúde. Seria viável arcar com os custos de profissionais que atenderiam um baixo número de pacientes por dia? Haveria disponibilidade de lugar – espaço físico - para a execução destas práticas de modo que sejam holísticas como consta em sua literatura?

Somado a tudo isso, ainda há a maior das barreiras a ser enfrentada pela inserção deste novo paradigma: a indústria químico-cirúrgica. No sistema capitalista vigente, o Estado de um país subdesenvolvido nem sempre pode definir as decisões a serem tomadas, tendo em vista a forte pressão advinda das grandes indústrias.

Apesar das dificuldades, defende-se a oferta das práticas de medicina alternativa e complementar no SUS como estratégia de manejo da medicalização na construção da universalidade, equidade e integridade em um SUS prudente para um cuidado à saúde decente (Tesser e Barros, 2008).

6 CONCLUSÃO

Atualmente, a prática médica no Brasil e no mundo tem sido analisada e debatida não só por profissionais da área médica, mas também pelos meios de comunicação e pela sociedade em geral. Na maioria das discussões sobre o assunto, buscam-se novas

possibilidades de articulação entre o biológico e o social no estudo do processo saúde-doença, uma vez que as propostas de atenção aos cuidados básicos com a saúde não tem sido alcançadas principalmente nos países em desenvolvimento, onde os objetivos não são coerentes com a realidade social do país.

Para a formação do modelo biomédico, construiu-se uma concepção acerca dos conceitos do normal e do patológico, onde as patologias são sempre determinadas pela presença de patógenos - daí o nome -, e não pelo desconforto do paciente. A abrangência que este modelo alcançou, principalmente na medicina ocidental, teve como conseqüência o reducionismo do ser humano ao seu organismo biológico.

Desta maneira, as práticas médicas passaram a ser exercidas com mais frieza, e os relatos subjetivos do paciente - tal qual seu lado psicológico - perdeu importância, cedendo o papel central do diagnóstico aos recursos tecnológicos.

É evidente que o desenvolvimento tecnológico é fundamental para o diagnóstico e o tratamento de determinadas doenças, assim como é indiscutível a melhoria que a ciência e a tecnologia trouxeram para pacientes que conseguem, a partir de novos recursos, vencer limitações impostas aos seus organismos que só podem ser superadas com inovadores artificios tecnológicos. É certo que a formação médica necessita de conhecimentos a fundo da área biológica, não podendo de forma alguma se eliminar o aspecto biomédico em sua formação profissional.

Entretanto outros aspectos são essenciais ao exercer um papel tão delicado na sociedade. É fundamental ao sucesso do processo saúde-doença uma visão humanista, o diálogo, estabelecendo uma boa relação entre médico e paciente.

O médico deve adotar cada vez mais, uma visão ética nesta relação, e estar mais qualificado para enfrentar as dificuldades cotidianas de sua profissão, tal qual o aumento crescente do agravo de problemas básicos de saúde da população.

As práticas médicas alternativas, no geral, apresentam virtudes intrínsecas relevantes, risco relativamente baixo e suas potencialidades parecem ser promissoras como uma estratégia “humanizante” e “desmedicalizante” no âmbito do SUS (Tesser e Barros, 2008).

Vale lembrar, contudo, que o sistema médico deve encontrar um meio termo. Avaliar quando se deve lançar mão destes artificios, de quando é realmente necessário. Não podendo deixar que a frieza implícita na escolha por recursos tecnocientíficos interfira severamente na relação médico-paciente.

A introdução de terapias alternativas na rede básica de serviços de saúde é um processo bastante lento, tendo em vista tantas barreiras que devem ser enfrentadas por um

novo paradigma em saúde, como o corporativismo médico, a indústria químico-cirúrgica, e a própria dificuldade que se enfrenta ao trazer qualquer mudança significativa para a população, envolvendo tamanhas críticas e sugestões de diversos aspectos.

REFERÊNCIAS

Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade** 11(1):67-84, 2002

Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. 3ª ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária. 1990

Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, vol VIII (1): 48-72, mar.-jun. 2001

Lei Orgânica da Saúde – Lei Nº. 8.080, de 19 de Setembro de 1990.

Lei Nº. 5471, de 10 de Junho de 2009.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde/doença e triangulação: pontos de vista e inter-relações. Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, Da Ros, M. **A saúde em debate na Educação Física**. Vol. 2, Blumenau: Nova Letra, 2006.

Luz MT. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campos. 1988

_____. 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.

_____. **Ditadura da doença e utopia da saúde**: coexistência de modelos nas práticas sociais. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=165&sid=20>. Acesso em: 02 de dezembro de 2009.

Martins PH. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003, 335 p.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, vol. 32 Nº.4, Junho 1998. 299-316.

Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde – PNPIC.

Portaria Nº. 971, de 3 de maio de 2006.

Porto MAT. A circulação do sangue, ou o movimento no conceito de movimento. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, vol. I (II), pp.19-34. 1994

Queiroz M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas : uma análise em representações sociais de profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(2):363-375, abr-jun, 2000

_____. **O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista**: uma perspectiva teórica introdutória.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados** 13 (35), 1999.

Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(5):914-20.

ANEXOS

ANEXO A - PORTARIA Nº 971, DE 3 DE MAIO DE 2006

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e

Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas e que em seu documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA;

Considerando que a Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, e que a MTC também dispõe de práticas corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças;

Considerando que a Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;

Considerando que a Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social;

Considerando que o Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando

disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso, *resolve*:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

Art. 2º Definir que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO B - POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PNPIC

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA),

conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde;

- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”;

- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;

- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;

- 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”;

- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);

- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda “incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”;

- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;

- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);

- 2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;

- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares).

- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e

- 2005 - Relatório Final do Seminário “Águas Minerais do Brasil”, em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

1.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China.

Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a interrelação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neuroreativas ou “pontos de acupuntura” foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a

liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verificasse que a acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

1.2. HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII.

Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática

Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

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

- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;

- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e

- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência;

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado “A Homeopatia que queremos implantar no SUS”. Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA).

1.3. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;

- o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: “incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” e, no item 351.10: “o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares”; a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: “...deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas”;

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: “integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos”;

- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se “investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica”.

- a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a “definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País”;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersectorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência

Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

1.4. TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de

mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares 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.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3. DIRETRIZES

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;

- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;

- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;

- estabelecimento de mecanismos de financiamento;

- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e

- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral.

- Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

3.4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

3.5. Fortalecimento da participação social.

3.6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

- Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

3.7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.

3.8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

3.9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.

3.10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

- Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde.

3.11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

4.1. NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA 1

Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF

Além disso, será função precípua desse profissional

- atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;

- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;

- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersetorialidade);

- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos;
- atuar na especialidade com resolubilidade;
- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e
- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.

2. Centros especializados

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde -individuais e coletivas na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.

2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.

3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pósgraduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores de saúde.

Estabelece no âmbito do Estado do Rio de Janeiro a criação do Programa de Terapia Natural.
O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado o Programa de Terapia Natural para o atendimento da população do Estado do Rio de Janeiro, com vistas ao seu bem estar e a melhoria da qualidade de vida.

Artigo 2º Constituem objetivos do Programa de Terapia Natural:

I – a promoção da saúde e a prevenção de doenças através de práticas que utilizam basicamente recursos naturais.

II – a implantação de Terapia Natural junto às unidades de saúde e hospitais públicos do Estado, dentre as suas diversas modalidades, tais como: Massoterapia, Fitoterapia, Terapia Floral, Acupuntura, Hidroterapia, Cromoterapia, Aromaterapia, Oligoterapia, Geoterapia, Quiropraxia, Iridologia, Hipnose, Trofoterapia, Naturologia, Ortomolecular, Ginástica Terapêutica e Terapias da Respiração.

III – o estímulo à utilização de técnicas de avaliação energética das terapias naturais;

IV – a divulgação dos benefícios decorrentes das terapias naturais.

Art. 3º As modalidades terapêuticas adotadas através do Programa de Terapia Natural deverão ser desenvolvidas por profissionais devidamente habilitados e inscritos nos respectivos órgãos de classe municipal, estadual ou federal.

Art. 4º Para o disposto nesta lei, o Poder Executivo poderá celebrar convênios com órgãos federais e municipais, bem como com entidades representativas de terapeutas naturistas.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas suas disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 10 de junho de 2009

SÉRGIO CABRAL

Governador