

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
Magali Sefrian Martins Rosemann de Oliveira

**A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE**

CURITIBA
2011

Magali Sefrian Martins Rosemann de Oliveira

**A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação no Programa de Pós-Graduação da Universidade Tuiuti do Paraná, Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Gestão da Educação.

Orientadora: Prof^a Dra. Naura Syria Carapeto Ferreira.

CURITIBA

2011

TERMO DE APROVAÇÃO

Magali Sefrian Martins Rosemann de Oliveira

A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação no Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Educação, Linha de Pesquisa Políticas Públicas e Gestão da Educação, da Universidade Tuiuti do Paraná com a seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof^a Dr^a Naura Syria Carapeto Ferreira
Coord^a do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Educação. Universidade Tuiuti do Paraná

Prof^a Dr^a Tais Tavares
Departamento de Educação
Universidade Federal do Paraná

Prof^o Dr. Daniel Vieira da Silva
Departamento de Educação
Universidade Tuiuti do Paraná

Curitiba, 12 de setembro de 2011.

Ao meu amado marido Nelson que tanto me apoiou e apóia, com toda sua paciência, carinho e amor; e a minha estrela maior, meu norte, meu rumo, minha filha amada Sophia, por toda sua luz e alegria. Eu os amo de todo o meu ser. Hoje devo à acupuntura, esta maravilhosa técnica milenar toda a minha formação, e agradeço a Deus por tê-la colocado no meu caminho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, ao sopro divino.

À professora Doutora Naura Syria Carapeto Ferreira pelo profissionalismo com que me orientou ao longo do mestrado.

Ao meu amado pai André que onde quer que esteja, sei que zela por mim.

À minha inteligente e amada mãe Nadyr por todo incentivo e carinho em todas as fases da minha vida.

Aos meus irmãos Alexandre e Andrea por torcerem por mim nesta jornada.

Ao meu marido Nelson por ser e estar na minha vida, caminhando lado a lado com amor e respeito.

À minha filha Sophia, luz, alegria, esperança, aprendizado passo a passo do verdadeiro significado do amor.

À minha amiga-irmã Cristina por hoje e sempre eternamente.

A todos que direta ou indiretamente estiveram ligados à minha vida, a este passo tão importante e que cada qual, da sua forma, fizeram diferença na minha jornada.

Graças a todos vocês, hoje sei o verdadeiro significado do possível.

PRECE

Concede-me, Senhor, a graça de ser boa,
De ser o coração singelo que perdoa,
A solícita mão que espalha, sem medidas,
Estrelas pela noite escura de outras vidas
E tira d'alma alheia o espinho que magoa.

Helena Kolody

RESUMO

O presente estudo trata da consolidação das Políticas Públicas de Práticas Integrativas Complementares, que têm como finalidade oferecer à população brasileira novas possibilidades de atendimento, através do Sistema Único de Saúde em parceria com o Ministério da Educação, através das Instituições de Ensino Superior. O objetivo da pesquisa foi investigar, junto aos coordenadores dos cursos da área da saúde, a aplicabilidade da Portaria 971/2006 na *práxis* dos profissionais da educação responsáveis pela formação dos futuros profissionais da saúde. Os procedimentos metodológicos utilizados foram: a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo, cujos resultados, analisados à luz do método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977), mostraram os passos dados pelas IES no trabalho pedagógico para a formação profissional da área. Algumas iniciativas já se encaminham para a superação da visão biologicista do ser humano e para uma *práxis*, no atual sentido do termo, enquanto outras, ainda necessitam alinhamento com as diretrizes da Portaria em questão e com os objetivos educacionais voltados à visão de totalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Políticas públicas; Práticas integrativas e complementares; Área da saúde; Formação profissional;

ABSTRAT

LISTAS

LISTA DE SIGLAS

PIC	Práticas Integrativas e Complementares
OMS	Organização Mundial da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MS	Ministério da Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
IES	Instituição de Ensino Superior
UDF	Universidade do Distrito Federal
ABE	Associação Brasileira de Educação
DIRETRIZ MTCA	Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura
DIRETRIZ H	Diretriz Homeopatia
DIRETRIZ PMF	Diretriz Plantas Medicinais e Fitoterapia
DIRETRIZ TSC	Diretriz Termalismo Social e Crenoterapia
DIRETRIZ MA	Diretriz Medicina Antroposófica
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
SNVS	Secretária Nacional de Vigilância Sanitária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
GATCMNC	Grupo Assessor Técnico Científico em Medicinas Não Convencionais
SAI	Sistema Ambulatorial de Informação
MNPC	Medicina Natural e Práticas Complementares
DAB	Departamento de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família

PACS	Programas de Aceleração do Crescimento
AMHB	Associação Médica Homeopática Brasileira
ABFH	Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas
ABMA	Associação Brasileira de Medicina Antroposófica
PMNPC	Política de Medicina Natural e Práticas Complementares
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CFM	Conselho Federal de Medicina
MA	Medicina Antroposófica

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Título de graduação dos participantes.....	82
-----------	--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Grelha de análise.....	90
TABELA 02	Conhecimento do coordenador sobre PNPIC.....	83
TABELA 03	Conhecimento sobre PNPIC pelos docentes, na visão dos coordenadores.....	84
TABELA 04	A presença das PIC na formação desta graduação.....	85
TABELA 05	Existência de disciplinas relativas as PIC nos cursos pesquisados..	86
TABELA 06	Qual a Terapia Complementar que faz parte da grade curricular dos cursos pesquisados.....	87
TABELA 07	Participação em eventos científicos referente as PIC.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	Conhecimento do coordenador sobre PNPIC.....	84
GRÁFICO 02	Conhecimento dos docentes sobre PNPIC.....	85
GRÁFICO 03	PIC fazem parte da concepção de formação desta graduação?....	86
GRÁFICO 04	No curso onde você atua há alguma disciplina que contempla as PIC?.....	87
GRÁFICO 05	Qual a Terapia Complementar faz parte da grade curricular dos cursos pesquisados, frequência de respostas em %.....	88
GRÁFICO 06	Participação em evento científico, que tenha como foco o conhecimento da PNPIC vigente no SUS?.....	89

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 REFERENCIAL TEÓRICO	23
1.1 Tendências e Correntes da Educação Brasileira	23
1.1.1 Concepções de Filosofia da Educação.....	24
1.1.2 Práxis – Conceitualização e Reconceitualização.....	29
1.1.3 A Concepção de Homem Omnilateral.....	34
1.2 Política Pública de Saúde e suas Implicações na Reestruturação do Modelo Educacional de Formação	41
1.2.1 A Constituição Histórica da Política Nacional de Práticas integrativas Complementares.....	41
1.2.2 Portaria 971/2006: uma análise que possibilite avanços para a formação.....	59
1.2.3 Reestruturação do modelo educacional na área da saúde.....	70
1.3 A Prática Humanista na Formação dos Profissionais de Saúde	73
1.4 A formação do profissional de saúde e PIC	75
CAPÍTULO 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	78
2.1 Aspectos Éticos	81
2.2 Apresentação da Pesquisa de Campo	81
2.2.1 Levantamento dos Dados.....	83
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	100
ANEXOS	128

INTRODUÇÃO

Esta dissertação visa investigar, historicamente, as políticas de formação na área da saúde, no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares (PIC)¹, de forma contínua e situada no Brasil. É uma necessidade inconteste dada a condição histórica do ser humano e da sociedade que, em constantes e aceleradas transformações, almejam qualidade de vida e um mundo melhor. Mais do que nunca, é relevante o estudo das Práticas Integrativas e Complementares na área da saúde - que constituem os sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos - os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) de Medicina Tradicional e Medicina Complementar Alternativa (MT/MCA). Considerando-se a complexidade do mundo contemporâneo no campo da saúde, tal necessidade torna-se imperiosa, devido à hegemonia do modelo biomédico que insiste em permanecer.

As condições de saúde da população brasileira exigem profundas modificações, seja nos serviços de saúde, nas instituições formadoras e no mundo do trabalho. Incontáveis são os problemas com os quais se deparam, no Brasil, aqueles que buscam o Sistema Único de Saúde – SUS. A morosidade, a impessoalidade, a falta de profissionais e a carência de medicamentos e leitos para um atendimento eficaz fazem parte do retrato da atualidade.

Fica evidente que o tempo urge no sentido de uma reforma de educação na área, que possibilite, como ressaltam Ceccim e Feuerwerker, a aproximação entre ensino e trabalho em saúde.

A evocação trazida, então, busca configurar uma análise da integralidade da atenção à saúde como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área de conhecimento e contribuir à formulação de uma política do SUS para a mudança na graduação das profissões de saúde. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 02)

¹ Doravante as Práticas Integrativas e Complementares na área da saúde serão referenciadas neste trabalho pela sigla PIC

² Sistemas médicos complexos são abordagens do campo das PIC, que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica.

³ Compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos.

As políticas públicas devem estar focadas na transformação da gestão Educacional, quanto à formação do profissional em saúde, através de incentivos por parte do SUS, e de mudanças, não apenas teórico/curriculares, mas práticas, no âmbito acadêmico de graduação. Respeitando a legislação e seguindo os objetivos nela dispostos, as Instituições de Ensino devem colaborar para a estruturação de um Sistema de Saúde eficiente, que atenda às necessidades da sociedade, formando profissionais completos e humanos, que considerem o paciente na sua totalidade, e não como a doença que lhe causa dor.

Práticas de prevenção e educação devem ocupar o lugar da medicação; o trabalho coletivo e integrado deve prevalecer sobre a especialização extrema e atendimento fragmentado na área da saúde. As Instituições de ensino devem aproximar o universitário das questões organizacionais e de gestão do SUS, dos debates críticos de estruturação e das reais necessidades da população.

A sociedade hodierna passa por transformações onde as políticas públicas em saúde começam a ser redefinidas, tentando superar uma ótica puramente biológica para a compreensão da totalidade do ser humano.

Por este motivo, a Organização Mundial da Saúde cumpre acompanhar e supervisionar tais insuficiências, desenvolvendo e ampliando suas ações no cenário dos sistemas de saúde e no auxílio aos Estados Membros para a criação de políticas nacionais de MT/MCA, como aponta WHO:

La OMS hace esto realizando diversas funciones clave: articulando la política y adoptando posturas defensoras, trabajando en asociación, elaborando guías y herramientas prácticas, desarrollando normas y pautas, fomentando estudios estratégicos y operativos, desarrollando de recursos humanos y gestionando la información (WHO, 2002, p. 05).

Neste contexto, a importância da formação do profissional da saúde torna-se indiscutivelmente uma questão de prioridade, quanto à exigência de um conteúdo de qualidade e quanto às condições pessoais, habilidades e princípios que orientam as decisões e ações destes profissionais.

As Ações Integrativas Complementares passaram, gradativamente, a ser divulgadas e impulsionadas através das conferências nacionais de saúde e legitimam-se pela PNPIC, cujo bojo detém uma nova abordagem de atenção à saúde.

O crescimento das Práticas Integrativas Complementares resultou da necessidade de suprir as demandas sociais da população brasileira.

No Brasil, por meio da Portaria 971 de 3 de maio de 2006, o Ministério da Saúde (MS) normatizou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde. Estas políticas estão autorizadas nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) através do uso de plantas medicinais, homeopatia, medicina tradicional chinesa (MTC) - acupuntura, termalismo (uso de águas minerais) e outras práticas terapêuticas alternativas. Recomenda, ainda, 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 (BRASIL, 2006a).

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.

A consolidação da Política Nacional de PIC pode possibilitar uma práxis profissional, entendida como indissociabilidade entre teoria e prática no processo de trabalho de profissionais da área da saúde, o que vai exigir outra formação, mais apurada, compreensiva e sensível ao ser humano em sua totalidade, menos agressiva e mais harmoniosa, e ainda, que faça e que restabeleça a harmonia e o equilíbrio interno do ser humano, este ser que vive o tumultuado e violento mundo globalizado com suas inúmeras contradições e demandas sociais. O desenvolvimento dessa práxis pode ser compreendido na afirmação do homem como ser livre e capaz de criar ou transformar sua realidade e, acima de tudo, possibilitar a este ser humano, conhecer e reconhecer a sua realidade, tanto na esfera social como antropológica, assim como as formas e possibilidades de inserção no mundo do trabalho (KOSIK, 1976).

Esta concepção conduz à compreensão de que se faz necessária a real concepção omnilateral do ser humano para a formação do profissional da saúde, através do entendimento e instrumentalização das Práticas Integrativas Complementares, na proposta curricular do curso de formação e como disciplina a

ser implantada e desenvolvida em todos os cursos da saúde, destinando-se, portanto, aos cursos de graduação nessa área.

Esta iniciativa se justifica diante da necessidade de abordagens educacionais com visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Estas abordagens educacionais, onde o profissional enriquecerá sua formação com atualizações e capacitações na esfera da medicina tradicional e da medicina complementar/alternativa, visam à prevenção da saúde humana como também o tratamento adequado da doença, e a manutenção da qualidade da saúde do indivíduo.

Diante das diretrizes do SUS, fica explícita a necessidade das PIC como uma nova abordagem educacional:

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 (MS, 2006, p. 29).

Nesta via de raciocínio, cabe pensar que após a criação do Programa de Medicina Tradicional, a OMS vem, através de vários comunicados e resoluções, expressar o seu compromisso em incentivar os Estados Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado das PIC nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos na melhoria do conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" reafirma o desenvolvimento desses princípios.

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005, revisa el estado de la MT/MCA de forma global, y detalla el propio papel y las actividades de la OMS en cuanto a MT/MCA. Pero lo que es más importante, proporciona un marco de trabajo para la acción de la OMS y de sus socios, a fin de que la MT/MCA desempeñe un papel mucho más importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, especialmente entre las poblaciones más pobres. La estrategia comprende cuatro objetivos:

- 1. Política — integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.*
- 2. Seguridad, eficacia y calidad — fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de La MT/MCA, difundiendo los conocimientos básicos sobre MT/MCA y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para el asegurar la calidad.*

3. Acceso — incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso de las poblaciones pobres.

4. Uso racional — fomentar terapéuticamente el uso sólido de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores

En un principio, la implantación de la estrategia se centrará en los primeros dos objetivos. Conseguir los objetivos de seguridad, eficacia y calidad, proporcionará las bases necesarias para conseguir los objetivos de acceso y uso racional (OMS, 2002, p. 05).

Este compromisso vem se consolidando no Brasil por meio da legitimação e institucionalização de atenção à saúde, a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS, além de ações e serviços de saúde pública, com o propósito de contribuir para um melhor conhecimento teórico e prático na formação do profissional (BRASIL, 1988). Todavia, a formação do profissional da saúde, na perspectiva da práxis abrangendo as PIC, necessita de reforço, quer educacional – tanto do ponto de vista teórico como do prático – quer no pólo prático, pois, como afirma Kosik: “A práxis do homem não é a atividade prática contraposta à teoria; é determinação da existência humana como elaboração da realidade” (KOSIK, 1976, p. 222).

Historicamente, a descentralização e a participação popular advindas do SUS proporcionaram aos estados e municípios maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, e possibilitaram a implantação das experiências pioneiras nas práticas alternativas complementares. Contudo, devido às condições de vida e saúde da população brasileira, é essencial oportunizar práticas de saúde que sejam coerentes com a regionalização, o respeito às crenças e valores populares, maximizar as ofertas de ações que atendam as demandas da saúde da população, destacando que as PIC podem ser mais uma aliada, tanto no setor da educação como da saúde.

É com esta perspectiva que as políticas públicas surgem como fator determinante para conduzir ações que gerem o bem comum de todos os seres humanos, que constituem uma sociedade.

A partir de tais mudanças ocorridas no mundo e no seio da sociedade brasileira, em particular, a autora desta pesquisa, graduada em Fisioterapia e docente de especialização *lato sensu* em Acupuntura, busca a compreensão das políticas públicas de saúde vigentes e seu reflexo nas Instituições de Ensino Superior da capital, quanto ao preparo dos profissionais da área e defende a necessidade da inclusão de conteúdos programáticos relacionados às PIC nos

cursos de formação e/ou a criação de uma disciplina que possa abranger tais conteúdos.

Entende-se com Kosik que: “o homem não vive em duas esferas diferentes, não habita, por uma parte do seu ser, na história e, pela outra, na natureza. Como homem ele está junta e concomitantemente na natureza e na história” (1976, p. 248). Portanto, o sentido de sua vida está em ser sujeito atuante e consciente da construção da sociedade e de si mesmo. Kosik destaca o caráter indivisível do homem, como ser situado em uma dada sociedade. Infere-se, pois, que o homem, enquanto ser histórico-social humaniza a natureza, a conhece e a reconhece como condição e pressuposto de humanização, embora esta natureza continue a existir como totalidade, independentemente de todos os progressos do conhecimento humano. Assim, também, a transmissão, assimilação e produção do conhecimento que ocorrem nas Instituições de Ensino Superior (IES), por meio da pesquisa, do ensino e da extensão, “sofrem” a influência dessas determinações, as quais necessitam ser examinadas para serem compreendidas e tratadas no sentido da tomada de decisões condizentes com a formação dos profissionais e dos cidadãos que, espera-se, seja a melhor e a mais aprimorada. Esta responsabilidade que, em primeira e última instância é da Educação Superior, constitui-se em alicerce para os outros graus de ensino, que se aprimoram a partir da qualidade do trabalho científico que é produzido nas universidades, nas Instituições de Ensino Superior e nos institutos de pesquisa.

Deste modo, o objeto desta exposição necessita ser investigado através da análise das determinações que, de forma dinâmica, o compõem. De acordo com Ferreira, “o desenvolvimento humano se dá através de atos inovadores, de novas ideias, de novas formas sociais, que despertam novas necessidades e abrem novas possibilidades de ação” (2000, p. 170).

A partir do exposto, foi possível levantar o problema da presente pesquisa, assim formulado: “Qual a repercussão da Portaria nº 971 de 03/05/2006 aprovada pelo MS, que trata da Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) nos cursos de formação docente superior na área da saúde, em Curitiba, no sentido da sua consolidação?”, e desdobrá-lo nas seguintes questões norteadoras:

- As IES de Curitiba têm acompanhado o desenvolvimento das políticas públicas referentes às PIC?

- A equipe técnico-pedagógica (coordenadores e professores) está alinhada com as novas políticas públicas de modo a repensar a proposta curricular dos cursos ofertados para a área da saúde?

- As condições apontadas na literatura que se encaminham para a consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares estão encontrando ressonância na *práxis* das IES possibilitando formação integral dos alunos da área da saúde?

Para desenvolver este trabalho foram consultados intelectuais que analisam a educação sob a perspectiva dialética, com objetivo de aprofundar os conhecimentos relativos ao tema e relacioná-los à inclusão das Práticas Integrativas Complementares na área da saúde. Entre eles: Kosik, Saviani, Manacorda, Vasquez, Ferreira, Ceccim, Feuerwerker, Barros, Siegel e Simoni.

O pólo prático compõe-se de dados mapeados e tabulados com tratamento estatístico que configura uma abordagem de caráter quali-quantitativo; o conteúdo será analisado segundo Bardin (1977) e o instrumento de pesquisa adotado foi o questionário aplicado ao público alvo, ou seja, coordenadores de cursos de graduação da área da saúde em Instituições de Ensino Superior na cidade de Curitiba- Pr.

Os dados foram organizados em categorias e submetidos à análise, de forma a possibilitar interpretações e fornecer novos horizontes para o aperfeiçoamento da PNPIC e para a formação dos profissionais da saúde.

Levantadas as questões norteadoras deste estudo, foram estabelecidos seus objetivos:

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar se a aplicação da PNPIC, nas Instituições de Ensino Superior, tem se configurado em um fundamento importante na formação de alunos na área da saúde.

Objetivos Específicos

a) Analisar as concepções e tendências da educação brasileira para compreender as políticas que nelas foram forjadas.

b) Descrever a constituição histórica da Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC).

c) Apresentar, sumariamente, o conteúdo da Portaria 971/2006, suas relações com a formação profissional em saúde e a práxis educacional nas agências formadoras contatadas.

d) Conceituar “Formação Humana” e “Formação do Profissional em Saúde”.

Para a organização e desenvolvimento desta pesquisa optou-se por apresentar o estudo em quatro capítulos teóricos complementados pelos resultados colhidos na investigação de campo, sendo que o primeiro capítulo trata das Tendências e Correntes da Educação Brasileira; no segundo capítulo será abordada a Política Pública de Saúde e suas Implicações na Reestruturação do Modelo Educacional de Formação; o terceiro capítulo traz a discussão sobre A Prática Humanista na Formação do Profissional de Saúde e o quarto capítulo contextualiza a Formação do Profissional da Saúde em relação às Práticas Integrativas e Complementares.

As informações encontradas no instrumento de investigação (questionário aplicado aos coordenadores) serão analisadas e interpretadas, em capítulo próprio, gráfica e descritivamente, no intuito de oferecer subsídios para novos questionamentos.

CAPÍTULO 1 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo versa sobre a Política Nacional das Práticas Integrativas Complementares, a partir da Portaria 971/2006, e as implicações educacionais que constituem a base da formação profissional dos cursos da área da saúde, no sentido da práxis, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

Históricos, conceitos e reconceitualizações sedimentam teoricamente esta pesquisa, no alcance de seus objetivos.

1.1 Tendências e Correntes da Educação Brasileira

O foco no desenvolvimento das tendências educacionais ao longo do século XX, seus processos e a participação efetiva da sociedade é o ponto de partida.

As transformações sociais ocorrem de acordo com o modo de vida, tendo como determinantes, as características, as crenças e os preceitos da época.

A importância da educação nas mudanças ocorridas na sociedade é vista por Arenhardt, Gerhardt e Cargnin (2006) como chave para o desenvolvimento e, segundo os autores, “compreender o desenvolvimento da sociedade e da educação como fatores interligados nos leva a apontar que o desenvolvimento de um país está condicionado à qualidade de sua educação” (2006, p. 02).

De acordo com Dermeval Saviani *et al*, a educação brasileira, à luz da Filosofia da Educação, se desenvolveu com base em quatro tendências, assim sistematizadas pelos autores: concepção “humanista” tradicional, concepção “humanista” moderna, concepção analítica e a concepção dialética. Para uma melhor compreensão, define-se inicialmente “tendências”, como sendo “determinadas orientações gerais à luz das quais e no seio das quais se desenvolvem determinadas orientações específicas, subsumidas pelo termo correntes” (SAVIANI, 1983, p. 19). Em seguida, ele explicita que a “Filosofia da Educação Brasileira” visa refletir no interrupto movimento dialético de ação-reflexão-ação das tendências, isto é, as concepções de Filosofia da Educação, se desenvolvem em diferentes correntes na educação brasileira (SAVIANI, 1983, p. 20).

Tais concepções se constituíram ao longo dos anos a partir das correntes de pensamentos e práticas educacionais, que modelaram a educação e a formação de

profissionais no Brasil, em todas as áreas, e que contribuíram para o quadro que se observa atualmente. Note-se que o próximo tópico aborda esta perspectiva.

1.1.1 Concepções de Filosofia da Educação

No estudo de Saviani (1983) são expostas as concepções presentes no âmbito educacional referentes à Filosofia da Educação ao longo do século passado.

Assim, no âmbito de educação, a primeira concepção que se formou foi a concepção humanista tradicional, que privilegiava o homem como um ser imutável, ou seja, sua natureza é formada desde o princípio de sua vida e não poderá ser alterada ao longo de sua formação educacional e, qualquer tipo de mudança, seria fora da normalidade e de caráter acidental.

Dentro desta concepção, ressaltamos duas vertentes, a religiosa e a leiga. A primeira tem uma visão de ensino influenciado pelo tomismo e neotomismo. A escola que se apresentava na época, via o professor como um detentor de conhecimentos que ditava normas, e a ele cabia a função de transmitir a matéria e corrigi-la. Sua ênfase era normalmente na repetição de exercícios com a intenção de que o aluno memorizasse a informação, e este era confinado e impedido de criar e expressar seu pensamento.

O referido autor ressalta ainda que é dentro desta filosofia que se baseou o sistema de ensino da época observado nas instituições públicas nacionais, sendo a educação centrada no educador, e o educando, por sua vez, deveria seguir suas instruções, de modo que se desenvolvia espelhando-se no modelo do adulto e conforme fora orientado.

No Brasil, esta concepção humanista tradicional seguindo as ideias religiosas, é observada por Saviani no período que corresponde até o ano de 1930, época em que se depositava na escola a esperança de “redimir os homens de seu duplo pecado histórico: a ignorância, miséria moral e a opressão, miséria política” (SAVIANI, 1996, p. 180).

Considerando a vertente leiga, com foco na ideia de “natureza humana”, foi mais tarde elaborada pelos modernos pensadores como “expressão da ascensão da burguesia e instrumento de consolidação de sua hegemonia. Conforme Saviani:

É essa vertente que inspirou a construção dos “sistemas públicos de ensino”, com as características de laicidade, obrigatoriedade e gratuidade. Dentre as correntes que integram essa vertente, destaca-se o intelectualismo de Herbart que sistematizou o modo como se desenvolve o ensino nas escolas convencionais (1998, p. 25).

A tendência humanista tradicional é facilmente observada no século passado até a década de 20, sendo que já nesta época iniciava o despertar, em nossos educadores, de uma vontade maior de desenvolver a educação de forma igualitária e justa, incitando a participação política da sociedade e propondo um ensino obrigatório e gratuito.

Em relação a este desejo de educação igualitária, assim se expressa Azevedo:

A gratuidade extensiva a todas as instituições oficiais de educação é um princípio igualitário que torna a educação, em qualquer de seus graus, acessível não a uma minoria, por um privilégio econômico, mas a todos os cidadãos que tenham vontade e estejam em condições de recebê-la (AZEVEDO, 1958, p. 67).

A educação para todos era, sem dúvida, algo enfatizado e manifestado, e os pioneiros sugeriam uma educação sem qualquer distinção de classe social. Isto era inovador para a época, pois, era evidente o domínio do sistema educacional pelas classes economicamente mais favorecidas, tanto pelos frequentadores, como também por ter, em sua maioria, escolas com proprietários católicos (privatistas) que atendiam as vontades da elite dominante. Tal fato veio a causar grande oposição dos privatistas que, por sua vez, enxergavam ameaçado o seu domínio e teriam que tratar de se adaptar aos novos anseios da educação, para que não ficassem com métodos de ensino ultrapassados e que não propiciavam ao educando uma participação efetiva no processo educacional.

Mesmo tendo sua criação datada nos anos 30, o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova é material para ser utilizado na atualidade em todas as escolas e universidades de todo país. Passados mais de setenta anos da sua publicação, o seu conteúdo é totalmente atual e completo, demonstrando, entre outras qualidades, que os educadores que o formularam já propunham mudanças modernas e eficazes para o sistema de ensino brasileiro, fazendo com que os nomes dos 23 homens e 3 mulheres que compunham a autoria ficassem na história da evolução educacional do Brasil.

As ligações históricas entre educação e fatos sociais decorrentes da revolução de 1930, e algumas mudanças propostas por educadores da época através do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, influenciaram no sistema educacional que se observa hoje no Brasil, levando em consideração, principalmente, episódios relevantes na formação universitária e dos educadores. Segundo a definição de Gilson Porto Júnior:

O Instituto de Educação seria responsável pela formação do magistério e pela formação de uma cultura pedagógica nacional; a Escola de Ciências era responsável pela formação de especialistas e pesquisadores; a Escola de Economia e Direito por sua vez, ficaria responsável pela formulação de estudos sobre organização econômica e social; a Escola de Filosofia e Letras objetivava a realização de estudos superiores do pensamento e sua história; o Instituto de Artes era responsável pelo desenvolvimento das artes e irradiação de suas tendências; e instituições complementares que tinham cunho de experimentação pedagógica, prática de ensino, pesquisa e difusão da cultura, tais como a Biblioteca Central da Educação, a Escola -Rádio, a Escola Secundária, a Escola Elementar e o Jardim de Infância do Instituto de Educação, uma Escola Secundária Técnica, uma escola elementar experimental, uma escola maternal experimental e clínicas dos hospitais do DF (2001, p. 06).

Dentro das principais finalidades da nova instituição federal de ensino destacam-se a promoção da formação do magistério em todos os seus graus e o encorajamento à pesquisa científica, literária e artística. A UDF veio para fomentar o ensino no Brasil, aumentando em qualidade e quantidade os profissionais do ensino.

A nova proposta de formação girava em torno da pesquisa e desenvolvimento das ciências, fazendo com que a academia não formasse apenas profissionais para o mercado de trabalho, mas também estimulasse a formação de pesquisadores, educadores e cientistas que contribuíssem para o desenvolvimento tecnológico e social do país, sendo que esta perspectiva era de grande valor para o governo de Getúlio Vargas, que fazia grandes planos de tornar o Brasil um pólo de desenvolvimento tecnológico e avançado cientificamente em comparação ao resto da América Latina, na época.

Segundo Azevedo, as instituições deveriam servir:

- a) à pesquisa científica e à cultura livre e desinteressada;
- b) à formação do professorado para as escolas primárias, secundárias, profissionais e superiores (unidades na preparação do pessoal do ensino);
- c) à formação de profissionais em todas as profissões de base científica;
- d) à vulgarização ou popularização científica, literária e artística por todos os meios de extensão universitária (AZEVEDO, 1958, p. 89).

Com o predomínio das novas ideias propostas pelos educadores da época, verificou-se o fracasso da escola tradicional para com o seu objetivo maior, concluindo-se que o erro estava no tipo de escola que se dispunha. Nota-se, nesta passagem, que a preocupação educacional passou do quadro político para o quadro técnico pedagógico. Começou a se esboçar a concepção humanista moderna, dada a influência do psicologismo americano e das correntes filosóficas existencialistas, que privilegiavam o individualismo do aluno e o ensino passou a ser centrado na criança. Esta proposta educacional buscou, nas considerações da psicologia e biologia da época, os fundamentos deste novo modelo, que considerava a criança um ser único, e, portanto, as atividades que a escola propunha eram direcionadas para cada aluno.

A tendência humanista moderna ganhou impulso especialmente a partir da criação, em 1924, da Associação Brasileira de Educação (ABE). Após 1930, ela estava em condições de medir forças com a tendência humanista tradicional. “Trava-se um conflito entre ambas as tendências, representadas uma pela ideologia dos pioneiros da escola nova e outra pela ideologia católica” (SAVIANI, 1998, p. 35). Ambas as concepções foram se equilibrando e no período de 1930 e 1945 a tendência humanista moderna predominou sobre a tradicional, em alguns aspectos. A concepção humanista moderna admite ao homem a evolução e desenvolvimento pessoal. Conforme Saviani (1998), “Na visão moderna, sendo o homem considerado completo desde o nascimento e inacabado até morrer, o adulto não pode se constituir em modelo. Daí que a educação passa a centrar-se na criança (no educando), na vida, na atividade”. (SAVIANI, 1998, p. 25).

Ainda nas palavras do autor:

Admite-se a existência de formas descontínuas na educação. E isto, em dois sentidos: num primeiro sentido (mais amplo) na medida em que, em vez de considerar a educação como um processo continuado, obedecendo a esquemas pré definidos, seguindo um ordem lógica, considera-se que a educação segue o ritmo vital que é variado, determinado pelas diferenças existenciais ao nível dos indivíduos; admite idas e vindas com predominância do psicológico sobre o lógico; num segundo sentido (mais restrito e especificamente existencialista), na medida em que os momentos verdadeiramente educativos são considerados raros, passageiros, instantâneos. São momentos de plenitude, porém fugazes e gratuitos (SAVIANI, 1998, p. 25-26).

O que significa que o momento educativo independe da vontade e da preparação, apenas sendo necessárias a atenção e a predisposição.

A concepção analítica de Filosofia da Educação pretende como tarefa, “efetuar a análise lógica da linguagem educacional”. Não pressupõe nenhuma visão de homem, nem de sistema filosófico explícito. Se a linguagem educacional é comum, não formal e não científica, o método mais apropriado é a chamada “análise informal ou lógica informal”. O que a análise informal postula é que “o significado de uma palavra só pode ser determinado em função do contexto em que é aplicado. Donde o autor conclui que o contexto é linguístico e não socioeconômico ou político, melhor dizendo, histórico.

A concepção dialética de Filosofia da Educação também não coloca determinada visão de homem como ponto de partida, e sim o homem concreto como “síntese de múltiplas determinações” o que significa, para Saviani (1998, p. 27), “o homem como conjunto das relações sociais” e entende como tarefa da Filosofia da Educação “explicitar os problemas educacionais” compreendidos considerando o contexto (histórico) em que estão inseridos. De acordo com a concepção dialética “o movimento segue leis objetivas que não só podem como devem ser conhecidas pelo homem”. O autor esclarece: se a realidade é essencialmente dinâmica, não há necessidade de negar o movimento “para admitir o caráter essencial da realidade” (concepção “humanista” tradicional), nem de negar a essência “para admitir o caráter dinâmico do real” (concepção “humanista” moderna). Para Saviani,

O dinamismo se explica pela interação recíproca do todo com as partes que o constituem, bem como pela contraposição das partes entre si. Determinada formação social, mercê das contradições que lhe são inerentes, engendra sua própria negação, evoluindo no sentido de uma nova formação social. Neste contexto, o papel da educação será colocar-se a serviço da nova formação social em gestação no seio da velha formação até então dominante (1998, p. 27-28).

A Lei 5692/71 desencadeia a tendência tecnicista do ensino inspirando a maior parte dos estudos e ações na área da educação que, posteriormente, se desenvolveram numa visão *taylorista /fordista*.

A partir daí, os meios educacionais são invadidos por correntes ou propostas pedagógicas tais como: o “enfoque sistêmico”, “operacionalização de objetivos”, “tecnologias de ensino”, “instrução programada”, “máquinas de ensinar”, “educação via satélite”, “tele-ensino”, “microensino”, etc. (SAVIANI, 1998, p.39).

No final da década de 70 e início da de 80, graças aos estudos desenvolvidos na pós graduação *strito senso* da PUC/SP, coordenados por

Dermeval Saviani, começou outra leitura da realidade, mais sistematizada a partir das obras de Marx, Gramsci e outros clássicos. Estas novas leituras possibilitaram uma melhor compreensão da realidade, que já estava sendo impregnada e desenvolvida por alguns intelectuais esparsos, ainda que em minoria.

É com orientação nesta tendência tecnicista que se observa a educação automatizada, delegando os elementos históricos fundamentais a um segundo plano, no aprendizado do aluno. Na visão de Ferreira:

Esta pedagogia do trabalho taylorista/fordista foi dando origem, historicamente, a uma pedagogia escolar centrada ora nos conteúdos, ora nas atividades, mas nunca comprometida com o estabelecimento de uma relação entre o aluno e o conhecimento, que verdadeiramente integrasse conteúdo e método, de modo a propiciar o domínio intelectual das práticas sociais e produtivas. Assim é que a seleção e a organização dos conteúdos sempre foram regidas por uma concepção positivista da ciência, fundamentada na lógica formal, onde cada objeto do conhecimento origina uma especialidade que desenvolve sua própria epistemologia e se automatiza, quer das demais especialidades, quer das relações sociais e produtivas concretas (FERREIRA, 2008, p. 35).

Para a dialética do concreto, assim se refere Kosik “O homem não está emparedado na subjetividade da raça, da socialidade e dos projetos subjetivos nos quais, de diversas maneiras, sempre definiu a si mesmo; mas, com a sua existência - que é a *práxis* -, tem a capacidade de superar a própria subjetividade e de conhecer as coisas como realmente são” (KOSIK, 1976, p. 249).

Assim, a objetividade real, isto é, o concreto real e humano, tornando-se concreto de pensamento, como afirma Marx, e como reflexo da realidade, assegura uma maior proximidade com a verdade (SAVIANI, 1983, p.219).

Conceber a *práxis* na formação significa admitir que ela, com a indissociabilidade da teoria e da prática, é o ponto de partida e de chegada da educação e da formação.

1.1.2 *Práxis* – Conceitualização e Reconceitualização

A *práxis*, em sua essência, concebe o ser humano como agente de transformação e criação da realidade.

Hodiernamente, o conceito de *práxis* é tido como algo compreensível e totalmente desvelado, e, tendo em vista a facilidade que o senso comum tem ao conceber o conteúdo desvelado pela filosofia materialista, este conceito tende a ser entendido

de maneira peculiar, o que faz com que a própria filosofia materialista moderna torne a conceitualização da práxis objeto central de suas investigações. A importância do tema é definida por Vazquez quando expressa que, “a práxis é a categoria central da filosofia que se concebe ela mesma não só como interpretação do mundo, mas também como guia de sua transformação” (1977, p. 05).

De acordo com Kosik, a pesquisa filosófica materialista reconheceu a importância da práxis e da unidade de teoria e práxis. No entanto, ao longo dos anos, o entendimento sobre o objeto da práxis e seu conceito tiveram diversas mudanças, sobre elas o autor relata:

a práxis foi entendida como socialidade, e a filosofia materialista como doutrina da ‘socialidade do homem’. Em outras transformações a ‘praxis’ tornou-se mera categoria e começou a desempenhar a função de correlato do conhecimento e de conceito fundamental da epistemologia. Após outra metamorfose, a práxis se identificou com a técnica no sentido mais amplo da palavra, e foi entendida e praticada como manipulação, técnica do agir, arte de dispor de homens e coisas, em suma, como poder e arte de manipular o material humano ou as coisas (1976, p. 198).

O autor considera ainda que, seguindo este mesmo caminho de mudança, a concepção, tarefa e o sentido da filosofia também foram alterados, assim como o entendimento referente ao conceito do homem e do mundo.

Observa-se que a práxis só é passível de conceitualização a partir do momento em que se conhece a sua natureza por meio da investigação, que tem como objeto o homem da prática e da teoria como um ser único, sem distinção entre ambos. Nesse sentido, Kosik (1976) alerta que não é possível se conhecer a natureza da práxis em sua essência, se for feita a distinção entre o “homem da prática e o homem da teoria”, ou seja, separando a teoria da prática. Isso se dá pelo fato de uma análise feita dessa maneira fazer referência a determinada forma ou aspecto da práxis, o que faz com que tal conhecimento seja atribuído a uma forma específica da práxis e não a práxis de um modo geral. Do mesmo modo, a concepção da práxis, quando dada por um ato espontâneo e ingênuo, o qual é oferecido pelo senso comum, está longe de revelar o verdadeiro sentido do termo. Segundo Vazquez, “A consciência comum da práxis tem que ser abandonada e superada para que o homem possa transformar criadoramente, ou seja, revolucionariamente, a realidade. Só uma elevada consciência filosófica da práxis permite que ela alcance esse nível criador” (VAZQUEZ, 1997, p. 11). O que se faz

necessário é a superação dos limites oferecidos pela conceitualização a partir do senso comum, utilizando-se, para isso, a experiência prática em conjunto com a precisão teórica oferecida pela consciência filosófica, ou seja, deve haver um equilíbrio entre fatores teóricos e práticos para esboçar o real sentido do termo práxis (VAZQUEZ, 1977).

A práxis denominada pela consciência comum, diferentemente da consciência filosófica, se traduz em uma mecanização e repetição da realidade, e impossibilita ao homem desenvolver uma atividade transformadora. Ao contrário dessa ideia mecanizada, a práxis, em uma definição a partir de sua essência, e que leve em consideração tanto o teórico como o prático, é tida como atividade criadora e que possibilita ao homem criar a sua realidade a partir de sua prática cotidiana.

Assim como na consciência comum, a definição da práxis a partir da consciência filosófica sofreu algumas mudanças. Para os filósofos da antiguidade (como Platão e Aristóteles), a atividade prática de transformação material era tida como atividade destinada aos escravos e o homem livre deveria agir como ser teórico e dedicar-se apenas ao desenvolvimento de atividades políticas e filosóficas, ou seja, ao desenvolvimento da atividade intelectual. Tal pensamento é esboçado nas linhas de Vazquez da seguinte maneira:

Nas condições peculiares de uma sociedade que não situa em primeiro plano a transformação da natureza, ou produção, ou naquela em que a produção está posta a serviço da transformação do homem, do cidadão da polis, o trabalho intelectual – considerado como propriamente humano – se concentra na classe dos homens livres, enquanto o trabalho físico, por seu caráter servil e humilhante, repousa sobre os ombros dos escravos (1977, p. 22).

No entanto, o Renascimento trouxe outra concepção. A atividade que competia ao homem deixou de ser apenas teórica e que contemplava a natureza, e passou a ser também atuante e de modo objetivo perante tal natureza, atividade esta que se destinava a construir e transformar o ambiente ao qual o homem estava inserido, esboçando numa perspectiva teórica, o vislumbre conceitual de homem omnilateral, conceito que será discutido mais adiante.

Nessa nova perspectiva filosófica, o homem deixa de ser um mero animal teórico para ser também sujeito ativo, construtor e criador do mundo. Reivindica-se a dignidade humana não só pela contemplação, como também pela ação; o homem, ente de razão, é também ente de vontade. A razão permite-lhe compreender a

natureza; sua vontade – iluminada pela razão - permite dominar e modificar a natureza (VAZQUEZ, 1977, p. 25).

Apesar da mudança no pensamento filosófico renascentista, Vazquez (1977) alerta para o elevado *status* que era dado à contemplação, ou seja, mesmo reconhecendo a atividade prática como digna do homem, o pensamento filosófico à época do Renascimento restringia essa atividade como um simples trajeto que visava facilitar a contemplação e, desse modo, a atividade teórica ainda era tida em um grau elevado e de grande importância frente à atividade prática.

Neste sentido, Vazquez (1977) relata que a consciência filosófica, desde os Gregos até o Renascimento, designou o caráter humano da prática material apenas como atividade teórica e, restritamente, como atividade prática ligada somente à política e à arte, fato que torna necessária uma mudança no modo como é considerada a atividade humana, mudança essa que implicará numa concepção que tem a atividade humana criadora “considerada como uma prática material, ou seja, como práxis”.

Outra questão relevante na definição da práxis foi a percepção dos economistas do século XVIII, entre eles Adam Smith, David Ricardo, entre outros, os quais atribuíram ao trabalho humano toda a riqueza social que, para estes economistas, deveria ser explorada.

Tal percepção, ainda que sofresse limitações, conforme ressaltado por Marx e Engels, é uma superação frente ao seu tempo, que integra uma das três fontes do marxismo, as quais são constituídas pela citada economia política Inglesa, pela filosofia clássica alemã e pelo socialismo francês.

A concepção de práxis observada pelos economistas, onde o trabalho humano é fonte da riqueza social, ainda que seja uma concepção que se restringe ao campo econômico, contribui diretamente para os estudos da filosofia que visam subordinar uma classe abastada sobre a outra a ser explorada. A observância do caráter humano no trabalho (na atividade prática) foi visto desde os gregos até o renascimento somente na atividade teórica do homem.

A partir deste contexto, Vazquez (1977) considera que foi possível para Marx chegar a uma concepção que elevou a práxis à atividade humana criadora e transformadora da natureza. E tem ele na práxis a categoria central de seu estudo filosófico, pois a partir dela o homem transformou a natureza e a sociedade e exerceu seu papel de ser ontocriativo.

Em Marx atam-se os fios procedentes de Hegel, Feuerbach, dos economistas ingleses e das doutrinas socialistas de seu tempo. Com tudo isso, elevando os elementos que chegam através de diversas trilhas, com base nas diferentes práticas reais (produtiva, revolucionária, científica, artística, etc.) a uma síntese superior, surge a concepção marxista da práxis, não como um simples somatório, mas como uma nova totalidade na qual os citados elementos adquirem nova vida (VAZQUEZ, 1977, p. 38).

A partir dessa historicidade da práxis, formula-se a concepção baseada na ação do homem perante a natureza e seu ambiente, onde o homem é agente de transformação e criação da realidade através de sua prática cotidiana e não mais apenas um agente que vive uma realidade a ele atribuída.

A práxis na sua essência e universalidade é a revelação do segredo do homem como ser ontocriativo, como ser que cria a realidade (humano social) e que, portanto, compreende a realidade (humana e não-humana, a realidade na sua totalidade). A práxis do homem não é atividade prática contraposta à teoria; é determinação da existência humana como elaboração da realidade (KOSIK, 1976, p. 202).

Este processo único de formação do ser ontocriativo é um instrumento de combate à alienação e dá ao homem a possibilidade de uma existência plena na sociedade. Ou seja, pode alçar o indivíduo da condição passiva e apática e torná-lo capaz de exercer sua liberdade no processo de *vir a ser*, como ressalta Ferreira:

O ser humano é um processo, mais precisamente, o processo de seus atos. Significa concretamente o processo de seus atos conscientes ou ingênuos que lhe permitirão um *vir a ser* dependente desse processo de autoconstrução a partir de condições dadas esta não é, portanto, uma pergunta abstrata. É concreta e necessita ser colocada a cada momento em que se tomam decisões sobre a formação humana (FERREIRA, 2008, p.53).

Tem-se que o homem é o que ele pode se tornar. Dentro desta trama infinita de perguntas, respostas e escolhas, reflete-se a amplitude da individualidade. A individualidade apresenta aquele ser único, que tem necessidade de lidar com outros dois componentes de uma tríade: os outros seres humanos e a natureza.

E ainda, a existência humana se consolida dentro da organicidade do movimento destas três grandes forças. Em realidade, a relação homem para o homem deve manter-se no âmbito da colaboração. Alterar esta ordem tolhe a

liberdade, tira do homem sua capacidade de construção de competências profissionais e, imediatamente, extingue o processo de *vir a ser*.

O processo de *vir a ser*, no contexto desta dissertação está estreitamente ligado à concepção de homem omnilateral, citado anteriormente e que será desenvolvido a seguir.

1.1.3 A Concepção de Homem Omnilateral

Nesta dissertação prioriza-se como fundamental para a área da saúde e, conseqüentemente para a formação dos profissionais que dela fazem parte, o tratamento do ser humano em todas as suas dimensões. Tal como é a concepção de omnilateralidade, que não entende o ser humano como soma de fragmentos sob a ótica do positivismo, mas como um ser em desenvolvimento em todas as dimensões.

Consoante a esta exposição, tem-se que, a concepção que embasa o presente trabalho é a que respeita o ser humano em sua totalidade.

Definindo a omnilateralidade, Manacorda (1969) relata que seria a formação completa na vida do trabalhador, possibilitando maior desfrute de certos benefícios, tanto mental quanto material.

es, pues el llegar histórico del hombre a una totalidad de capacidades y, la vez, a una totalidad de capacidad de consumos o goces, en los que, ya sabemos, hay que considerar sobre todo el goce de los bienes espirituales, además de los materiales, de los que el trabajador ha estado excluido a consecuencia de la división del trabajo (MANACORDA, 1969, p. 90).

A visão omnilateral de homem centra-se na relação de todas as possibilidades humanas, desenvolvendo o ser humano em todas as suas dimensões em relação harmônica com o mundo que o cerca. Assim, possibilita ao ser humano exercer trabalhos que vão além dos limites dos trabalhos fragmentados, parciais, e também no âmbito em que vive e em todos os âmbitos. Desta forma, supera, por incorporação de todas as contribuições recebidas, o trabalho dividido sem possibilidades de horizontes. Para Marx, verdadeiramente este seria um homem evoluído e transformado em relação ao existente, um ser humano que está

continuamente se completando, se desenvolvendo num *continuum* histórico ininterrupto com o conjunto da humanidade.

Manacorda (1969) inicia o seu pensamento fazendo referência ao manuscrito de Marx de 1844, que aponta o ser humano enquanto trabalhador em duas esferas: o trabalhador intelectual e o trabalhador manual.

O intelectual é o que tem domínio do conteúdo, enquanto os manuais são os que vendem sua mão de obra gerando lucro para os vendedores.

A divisão do trabalho é a base da divisão das classes sociais, onde, nas classes dominantes participam os trabalhadores intelectuais e as classes baixas têm o predomínio dos trabalhadores operários.

La división del trabajo condiciona la división de la sociedad em clases y, com ella, la división del hombre; y dado que ella llega a ser realmente únicamente cuando se presenta como división entre trabajo manual y trabajo mental, así pues las dos imágenes del hombre dividido, cada una de ellas unilateral, son esencialmente la del trabajador manual, obrero, y del intelectual (Ibidem, p. 75).

Esta frequente divisão faz com que o ser humano se torne unilateral, alienado, ou seja, em cada classe o homem se relaciona somente com seus semelhantes e não há uma interação, muito menos uma contribuição na sociedade em geral, com isso não há a possibilidade de que sejam contemplados os benefícios necessários para um desenvolvimento completo e igualitário, que somente em uma sociedade com concepção socialista poderia ser possível de se observar.

Manacorda explicita, ainda:

a esta caracterización filosófica de la unilateralidad, correspondem observaciones de tipo sociológico, siempre en los escritos juveniles de Marx, a los que puede ser interesante añadir también algunos de Engels, en donde se presentan vivamente los tipos humanos de la sociedad dividida (Ibidem, p. 79).

Assim como nos primeiros escritos de Marx, Manacorda (1969) faz correlação entre a divisão do trabalho, ocasionando a divisão da sociedade e a unilateralidade, representada nas raras escolas destinadas ao proletariado, fato que observou em suas viagens.

Tais escolas ampliavam as instituições religiosas já existentes, ou seja, existiam apenas com finalidades de expandir o ensino religioso para as classes sociais menos favorecidas.

daba cuenta también, de la realidad de la enseñanza de su tiempo destinada a los obreros, y de la lucha que los mismos llevaban a cabo para tener escuelas, señalando que éstas no existían en realidad, o eran ampliaciones de las organizaciones religiosas con fines exclusivamente religiosos (Idem).

O desenvolvimento do homem em todas as áreas do conhecimento e das forças produtivas é objeto de suma importância nas concepções de Manacorda (1969), que busca exprimir qual seria o modelo de desenvolvimento necessário para que se criasse tal indivíduo.

Diversas revoluções fizeram com que o desenvolvimento das forças produtivas fosse limitado e subdividido, enquanto no proletariado, unindo todas as forças do trabalho, estar-se-ia perto de ter um desenvolvimento total se estes trabalhadores pudessem se desenvolver em todas as dimensões e tivessem a compreensão do todo, e não somente a parte que lhes coubesse fazer como um ser automatizado.

Com referência nesta divisão do trabalho, que ao contrário da necessidade, se relatava como sendo uma divisão que gerava a possibilidade de que se tornasse uma realidade ao alcance de todos os trabalhadores, ambas as atividades, material e espiritual, assim como o gozo e o trabalho, criando a imagem de que todas as classes obtivessem esse poder de desfrute, do mesmo modo que produzem, também teriam o privilégio de gozar do que seriam as coisas boas da vida (MANACORDA, 1969). Com isso, a unilateralidade do homem portaria o seu ponto positivo, conforme é observado neste trecho:

A esta contraposición, que se encuentra en los Manuscritos del 1844, La Ideología alemana añade que precisamente la división del trabajo crea la posibilidad, o mejor, la realidad, de que la actividad espiritual y material, el goce y el trabajo, la producción y el consumo, alcancen a diversos individuos (Ibidem, p. 83-84).

Em contraponto a essa unilateralidade, a imagem do homem omnilateral é relatada como sendo uma dimensão em relação dialética com o seu desenvolvimento total e por inteiro, exercendo a multilateralidade.

Tal concepção faz com que sejam criados trabalhadores que consigam obter uma visão mais complexa e abrangente do todo, até mesmo de suas forças produtivas, podendo, com isso, desfrutar de alguns privilégios que venham a suprir suas necessidades, aumentando a capacidade de satisfação.

O homem, exercendo certas formas de produção, que lhes fazem parecer apenas um objeto ou acessório de uma máquina, é citado tendo como finalidade dos homens, e na outra extremidade, levando à espécie de um ciclo, a riqueza estaria como finalidade da produção e se tornaria apenas uma experiência sem horizonte, fazendo com que em um determinado âmbito fechado, por exemplo, a produção agrícola, de certa forma observada como individualista, possa parecer algo grandioso. Porém se utilizaria do seu domínio para criar esta expectativa e não poderia parecer nem em tese como sendo um desenvolvimento livre tanto para o indivíduo que está no centro, como para a sociedade a qual participaria.

es, pues el llegar histórico del hombre a una totalidad de capacidades y, la vez, a una totalidad de capacidad de consumos o goces, en los que, ya sabemos, hay que considerar sobre todo el goce de los bienes espirituales, además de los materiales, de los que el trabajador ha estado excluido a consecuencia de la división del trabajo (Ibidem, p. 90).

Em relação à explicitação do homem unilateral, observa-se que Marx (1961) não teria como objetivo a suposição de qual seria a classe ideal ou qual a que se desenvolveria e teria um futuro promissor, deixando a questão de que de fato certa evolução é necessária, mas não passa em momento algum que esta, ou tão pouco outra, seria a imagem de uma forma de evolução ideal para a formação de uma sociedade em que todos se desenvolveriam de modo igualitário e o progresso estaria centrado em seus objetivos e seria algo certo.

As formas pedagógicas defendidas por Marx podem ser notadas, segundo Manacorda (1969) em “*sus dos intervenciones, em agosto de 1869*”, e tratam-se de temas de abordagem que Marx julgava serem de suma importância para a pedagogia, como o ensino politécnico e a discussão da relação entre a escola, o Estado e também a Igreja. Intervenções estas que somente poderiam ser observadas nas atas dos eventos ao qual Marx tivera participado, valendo a pena o seu estudo e conhecimento.

As questões da escola vinham sempre agregadas da forma de melhoria nas condições sociais, sendo tratadas como integradas e que teriam objetivos semelhantes, podendo contribuir e evoluir uma com a outra na melhoria da sociedade.

As propostas foram formuladas de acordo com a necessidade pedagógica da época.

Ni em lãs escuelas elementales ni em lãs superiores se deben introducir materias que admitan una interpretacion de partido o de classe. Únicamente materias tales como las ciencias naturales, la gramática, etc., pueden enseñarse em la escuela. Las regras gramaticales, por ejemplo, no cambian por El hecho de que las explique um tory crescente o um librepensador.

Las materias que admitan conclusiones diferentes no deben ser enseñadas em La escuela; los adultos pueden ocuparse de lãs mismas bajo la guia de maestros como la señora Law, que daba lecciones sobre La religión (Ibidem, p. 100).

Por esta razão, não seria possível uma radical reformulação de nenhuma das duas, qualquer ato providencial deveria partir da análise e adequação da atualidade, além destes, são discutidos demais pontos da educação, relatados pelo autor em ata a qual fora publicada, trata-se de ata dos, já citados, eventos que Marx viera a participar, onde o enfoque principal seria a discussão de novas mudanças e concepções para o ensino, onde eram, também, expressos exemplos de sociedades que tratavam a necessidade de uma educação livre, como um verdadeiro pilar para o desenvolvimento completo.

Alguns aspectos propostos por Marx vieram a ser aprovados por unanimidade e seus preceitos contidos em escritos feitos pelo mesmo seriam postos em prática, um exemplo é o ensino tecnológico associado ao ensino intelectual dos alunos, desenvolvendo multilateralmente suas habilidades físicas.

La discusion ha comenzado com La propuesta de ratificar La resolucion de Ginebra, que pide unir la enseñanza intelectual com El trabajo físico, los ejercicios gimnasticos y La formacion tecnológica . Ninguna oposicion se formulado contra esto (Ibidem, p. 99).

A diversidade de trabalhos a serem desenvolvidos pelo trabalhador é reafirmada por Marx, quando defende a formação politécnica, que visa o desenvolvimento tanto das habilidades motoras como das intelectuais e traga como resultado um novo trabalhador, possuidor de uma pluralidade, capaz de obter resultados satisfatórios não só em um campo específico de trabalho, mas que tenha a oportunidade de escolher qual caminho seguir, aperfeiçoar ou até mesmo mudar sua direção profissional.

Manacorda enfatiza que a relação existente entre a escola e a sociedade é importante, mas não a única formulação a ser trabalhada para que se consiga avanços e se forme homens mais completos, conforme menciona a concepção omnilateral. “*La formación tecnológica, deseada por autores proletários, debe*

compensar las deficiencias que surgen de la división del trabajo, la cual impide a los aprendices que adquieran um conocimiento profundo de su oficio” (Ibidem, p. 99).

A visão omnilateral de homem remete à responsabilidade da Educação na formação humana e conceituar “formação humana”, segundo Ferreira (2008), é, como a autora esclarece, pensar em “formação como fonte de vida”.

Sirvo-me da expressão ‘criaturas vivas’ utilizada por Gramsci para repensar e escrever mais uma vez sobre formação. Utilizo-a nos mesmos termos em que se refere para exortar o significado de vida, do compromisso com a vida, com os humanos e com a humanidade, para iniciar a reflexão sobre formação (FERREIRA, 2008, p. 52).

Ao discorrer sobre formação humana a autora lembra-se dos princípios universais “liberdade, fraternidade, solidariedade” proclamados no discurso da Revolução Francesa (1780-1799) sobre democracia, tão pouco desenvolvido nas práticas educacionais e sociais. A partir do conceito de homem como processo, processo de seus atos, então, segundo Ferreira, o homem é o que seus atos lhe permitirão “*vir a ser*”. Neste processo de autoconstrução, há que se considerar os diversos elementos que o compõe: o indivíduo, os outros indivíduos e a natureza. A relação do indivíduo com os outros elementos é uma relação ativa, consciente e orgânica, quando passa a fazer parte de organismos (simples e complexos) “por meio da produção de sua existência, do trabalho e da técnica” (FERREIRA, 2008, p. 52-53).

Se a relação é ativa e consciente significa “adquirir consciência destas relações”, alterar a própria personalidade, modificando, assim, o conjunto destas relações.

Conforme Ferreira, “sabe-se que uma formação é determinada pela consciência social do conjunto das relações em que uma pessoa se constitui na relação dialética com o meio que a forma e que é formado por ela” (*Ibidem*, p.54). Portanto, se a influência que determina a relação é falsa, competitiva, dissimulada, a personalidade deste indivíduo vai se formar considerando normal estes comportamentos.

Continuando, a autora esclarece que toda formação, por sua vez, provém de uma concepção de mundo que define os seus limites e direção. Se o homem é um ser que vive e sente, é sujeito de conhecimento, de vida e de ação, então é através de suas ações (práxis) que supera sua subjetividade e é capaz de conhecer a realidade em sua totalidade.

Devido a isso, é importante a formação humana que contempla a totalidade das possibilidades humanas em todos os espaços possíveis, que utiliza todos os recursos disponíveis produzidos pela ciência, pela cultura para a qualidade de vida humana.

Sobre a verdadeira formação, Ferreira assim se expressa:

Falo de uma formação que parta da convicção de que sem “reflexão radical, rigorosa e de conjunto” não acontecerá a verdadeira formação do *vir a ser* humano que se deseja para a construção de uma sociedade mais justa e humana, assim como a sua realização humana para a felicidade. A importância de uma formação reside na força de seu conteúdo de formação do ponto de vista da práxis (FERREIRA, 2008, p. 58).

É certo que esta formação intencional e comprometida com as possibilidades de *vir a ser*, comprometida com a cidadania exige uma proposta política operacional (pressupondo a práxis). E se a formação necessita da aquisição do conhecimento, a escola é mediadora na passagem do “saber espontâneo ao saber sistematizado, da cultura popular à cultura erudita”, acrescentando novas determinações, dialeticamente, enriquecendo as determinações anteriores.

No ensino superior, além da formação humana de qualidade que se espera, é preciso formar também o profissional de qualidade em todos os segmentos da atividade humana, ou seja, da práxis humana.

As IES responsáveis pela qualificação humana, em geral, não levam em consideração fatores como pesquisa científica e saberes de amplitude mais geral, apenas focam suas matérias e conhecimentos em itens específicos a serem utilizados no processo produtivo. Ensinam a fazer e não ensinam a pensar.

E isto ocorre muito no âmbito das ciências da saúde, onde a formação dos profissionais privilegia o fazer em detrimento do pensar e do saber. Cabe, portanto, ao governo federal priorizar políticas que valorizem o ensino de qualidade e que, conseqüentemente, formem profissionais aptos a exercer suas funções, por mais complexa e exigente que seja a área, como é o caso da saúde, com a centralidade no ser humano em todas as dimensões, para todos os homens de toda a sociedade. Daí, a relevância do capítulo que segue para melhor compreensão da formação do profissional da saúde.

1.2 Política Pública de Saúde e suas Implicações na Reestruturação do Modelo Educacional de Formação

1.2.1 A Constituição Histórica da Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares

Na busca de reorientações para atuações pedagógicas futuras volta-se o olhar investigativo ao passado da educação brasileira, como parte do procedimento metodológico, que visa melhorar a compreensão do presente.

O sistema de saúde no Brasil, bem como em outros países, passou por diversas mudanças no decorrer de sua história até chegar ao que hoje é e, certamente, ainda muito terá que mudar, pois o dinamismo histórico e social assim exige.

Há algumas décadas, o usuário do sistema de saúde brasileiro não poderia buscar um tratamento não convencional, por exemplo, homeopático, visto que o sistema não o disponibilizava. Contudo, em decorrência de discussões primeiramente no âmbito da saúde internacional e, após, no âmbito nacional, os paradigmas foram alterados e, a partir da década de 1970 o sistema de saúde brasileiro passou à compreensão de que o usuário teria direito à escolha do tratamento alternativo mais adequado ao seu caso.

A noção de pluralismo foi originalmente desenvolvida na Ciência Política, com o fim de defender o princípio de que cidadãos socialmente iguais, em direitos e deveres, podem ser diferentes, em percepções e necessidades. No campo da saúde este preceito ainda sofre grande resistência, no entanto em maio de 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS, o Ministério da Saúde deu mais um passo para a expansão da pluralidade na saúde brasileira. (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007).

Assim, consciente do pluralismo necessário ao Estado democrático, e para manutenção da isonomia social, o governo brasileiro implantou, em 2006, no Sistema Único de Saúde, a PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, o PNPIC teve sua efetivação pela Portaria MS/GM nº 971, em 03 de maio de 2006, em atendimento ao que promulgara a Constituição Federal em 1988, em seu artigo 198, inciso II, como segue:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

O inciso III prevê ainda a participação da comunidade brasileira em sua totalidade. O artigo primeiro da Portaria define o alcance da medida:

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 (BRASIL, 2006).

Entretanto, a discussão acerca do tema teve início em tempos bem anteriores, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, atual República do Cazaquistão, momento em que foi discutida a questão sobre a saúde dos povos com o objetivo de incentivar os governos de todos os países às práticas de saúde que fossem, há um tempo, eficientes, eficazes e socialmente igualitárias.

Dentre os pontos que ficaram estabelecidos na Conferência, cita-se:

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

Após a Conferência, os países entraram em um processo de conscientização relativa à pluralidade, dentre outros fatores referentes à saúde pública, e iniciaram estudos sobre mudanças nas políticas de seus sistemas de saúde.

No encerramento do documento emitido pela Conferência, foi solicitado aos países promoverem a saúde de seus povos, assim como às organizações de diversos setores a colaborarem com os governos na promoção da saúde pública.

Esse apelo se dirigiu a todos os países do mundo visando suas populações e, principalmente, aos países em desenvolvimento, para que incluíssem em seus planos de desenvolvimento os setores responsáveis pela saúde, buscando lograr, assim, uma melhoria sensível na saúde tanto em nível nacional como internacional.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Após a Conferência, foi desencadeada nos países a busca por políticas de saúde que proporcionassem a manutenção e a recuperação da saúde das populações; oferecia-se todos os meios conhecidos e reconhecidos pela ciência para atingir tais objetivos, incluindo métodos que antes eram relegados a segundo plano pelas políticas de saúde dos países por serem considerados não ortodoxos. Alguns desses métodos, já reconhecidos atualmente pela ciência, estão plenamente estabelecidos e são utilizados com êxito em muitos países.

A partir da Conferência de Alma-Ata, teve início uma nova fase mundial de cuidados com a saúde dos povos, ampliando-se a concepção de cura e prevenção, abrindo novas possibilidades de melhoria da qualidade de vida das pessoas, e proporcionando aos profissionais da área uma nova visão.

Tratamentos antes não aceitos pela medicina tradicional e, principalmente, pelos órgãos públicos de saúde, como por exemplo, a homeopatia, fitoterapia, acupuntura, foram disponibilizados à população pelas novas políticas de saúde pública, que foram alteradas com o passar do tempo, mediante as seguintes considerações:

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. (SUS, 2006, p. 1)

O Brasil tardou para reformular seu sistema de saúde, mas, inexoravelmente, também foi conduzido a essas mudanças, reorganizando não só a estrutura do sistema de saúde em todo o seu território, mas alterando também a forma de relacionamento com os usuários e os tratamentos oferecidos que, até então, apresentavam, em seus modelos, apenas os tratamentos estabelecidos formalmente e considerados efetivos, pois algumas formas de tratamento, até então incipientes, não eram tidas como científicas e, portanto, não eram incluídas no rol dos tratamentos oferecidos à população.

Entretanto, a partir da Conferência de Alma-Ata, e com o crescente desenvolvimento de pesquisas por todo o mundo, ciências como a medicina oriental, por exemplo, foram sendo constatadas no ocidente como eficientes e eficazes, dando, aos poucos, lugar às novas perspectivas com relação às alternativas existentes.

Entre 1964 até 1985 o Brasil viveu a fase da Ditadura Militar, período em que os direitos eram *cedidos* pelo Governo Militar e eram proibidas as reivindicações populares de qualquer espécie, mesmo as mais ordeiras, como reuniões para debates, sob o risco de seus participantes serem silenciados pelo regime militar.

Como relatam Faleiros *et al*, as relações do governo ditatorial com a sociedade eram assimétricos, ou seja, o estado de direito não existia e, como é típico dessa forma de governo, a ditadura estabelecia unilateralmente os ditames para a sociedade que, necessariamente, havia de segui-los, sob pena de incorrer, em “crime”, da natureza que fosse, criminoso ou não. A ditadura é que definia o que era crime.

O modelo de modernização implementado pelo regime militar, instaurado em 1964, representou a exacerbação das relações assimétricas de poder do Estado em relação à sociedade. Sustentavam-se em pesados mecanismos repressivos contra os opositores, silenciamento das contestações, suspensão do Estado de Direito e de órgãos de representatividade (em um 1º momento), instauração de uma democracia representativa de fachada (em um 2º momento), com um artificial sistema bipartidário convivendo com o “terror do Estado” (Faleiros, 1986:27). Dessa maneira, puderam ser assegurados os interesses do bloco no poder que, em sua face econômica, impôs uma política de arrocho salarial sobre os

trabalhadores, resultando em queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e ampliação das desigualdades socioeconômicas (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 36).

Durante todo esse período as discussões sobre temas sociais não eram permitidas, pois poderiam instigar as rebeliões ou manifestações contrárias ao regime, desta maneira evitavam também que novas concepções pudessem ser estabelecidas posto que pudessem também insuflar a população ao debate e reivindicações.

Com o advento da abertura política e a redemocratização do país, paulatinamente a situação foi se alterando e, apesar dos resquícios ditatoriais no início da década de 1990, a sociedade brasileira, em todos os seus setores, começou a se movimentar em prol da busca de soluções para os problemas concernentes a cada setor público e para a sociedade como um todo. No setor de saúde não foi diferente. Profissionais, operadores da saúde em geral, e a própria população, promoveram largas discussões, envolvendo também os setores públicos e privados.

Assim, na década de 1990 o Brasil entrou, definitivamente, na discussão profícua da questão sobre a saúde, o que desencadeou no país a busca por alternativas para o sistema de saúde brasileiro. Entre outras ações:

A Previdência Social foi instituída no Brasil em 1923, quando o Congresso Nacional criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de empresas ferroviárias, visando proporcionar, a esses trabalhadores, aposentadoria, pensões, remédios e assistência médica, assim como para os familiares desses funcionários. Iniciava-se, então, no país, a história da previdência social (RENASCEBRASIL, s/d, s/p).

Teve início no Brasil, em meados de 1920, a história da Previdência Social e, mais que isso, uma fase de direitos sociais até então inexistentes, pois o trabalhador e o povo de maneira geral não eram contemplados pelos governos nos aspectos sociais e de saúde, a não ser em casos esporádicos, principalmente quando de alguma epidemia.

Inicialmente a Previdência Social tinha como objetivo apenas os trabalhadores das ferrovias, mas na década de 1930, o então mandatário Getúlio Vargas fez com que a previdência ampliasse a sua abrangência à população:

Nos anos 30, Getúlio Vargas reestrutura a Previdência Social incorporando praticamente todas as categorias de trabalhadores urbanos. São criados seis grandes institutos nacionais de previdência, e o financiamento dos benefícios é repartido entre os trabalhadores, os empregadores e o governo federal. No mesmo período surgiu a expressão "seguridade social", inspirada na legislação previdenciária social dos Estados Unidos, como uma nova concepção de seguro social total, que procura abranger toda a população na luta contra a miséria e as necessidades (RENASCEBRASIL, s/d, s/p).

Porém, a Previdência, apesar de contemplar grande parte dos trabalhadores do país, ainda havia muito em que ser melhorada. Na década de 1930, outros institutos de outras classes de trabalhadores também foram criados em decorrência do desenvolvimento nacional que o governo getulista provocou, podendo ser elencados os novos setores como: dos comerciários em Maio de 1934; dos Bancários, em Julho do mesmo ano; dos Industriários, em Dezembro de 1936; dos Empregados em transportes e cargas, em Agosto de 1938; dos estivadores, em Agosto de 1939, sendo que estes dois últimos foram fundidos em 09 de Julho de 1947 (STEENBOCK, s/d, p. 2).

Assim, o que se pode chamar de movimento previdenciário no Brasil foi, aos poucos, expandindo, até que, em 1960, com a instituição da Lei Orgânica da Previdência Social, foram criados cinco institutos e uma caixa, com vistas à previdência. De certa forma, a previdência social era ainda sem um único padrão em termos nacionais, e isso refletia na oferta de auxílio à população, pois cada instituto tinha sua própria organização e estatuto, o que diferia de um para o outro.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social em 1960, a previdência social, organizada em cinco grandes institutos e uma caixa, elevada também à condição de instituto, passou a abranger a quase totalidade dos trabalhadores urbanos brasileiros. Em 1966, todas as instituições previdenciárias foram unificadas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1974, o Ministério do Trabalho e Previdência Social foi desdobrado e criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social, que passou a ter todas as atribuições referentes à previdência social. O INPS ficou responsável pela concessão de benefícios, assim como pela readaptação profissional e amparo aos idosos (RENASCEBRASIL, s/d, s/p).

Em 1966 foi criado o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Desta feita, caminhava-se para a padronização da previdência social em nível nacional, pois ao órgão foi atribuída a responsabilidade de centralizar toda a gestão previdenciária social do país.

Já em 1974, a Previdência Social no país adquiriu o *status* de ministério, o qual recebeu toda a atribuição previdenciária social, ficando o INPS com as questões referentes a benefícios e pensões, dentre outras.

Em 1977, foi criado o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e, ligados ao SINPAS, as autarquias INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, e o IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (STEENBOCK, s/d, p. 2).

Na década de 1970, ainda não se discutia certos fatores inerentes à saúde da população em geral. Entre outros, dois fatores eram negligenciados: a massa de desempregados, que já crescia no país, e as alternativas para a promoção da saúde e sua recuperação, atendo-se à assistência médica, exclusivamente às práticas ortodoxas.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, concluiu, dentre outras necessidades, a de mudar certos conceitos de saúde, o que prenunciava a mudança de paradigmas que viria em futuro não muito distante. A Conferência propunha ir muito além do que, até então, era entendido como saúde e proceder às ações necessárias para preveni-la, mantê-la e recuperá-la.

No primeiro ponto de definição do relatório emitido pela Conferência, nota-se tais mudanças, como segue:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária (8ª CNS, 1986, p. 1).

Assim, com essa Conferência e alguns anos depois das ideias de Alma-Ata terem sido lançadas, o Brasil, definitivamente, encarava o problema concernente à saúde de forma clara e plenamente consciente, buscando aprofundar, cada vez mais, não só a discussão em torno do tema, mas efetivar, em todo o território nacional, ações que fossem além do que até então tinha sido estabelecido, mudando inclusive a legislação para que o sistema de saúde pudesse oferecer à população um sistema de real eficácia e voltado ao social.

Neste contexto, a ditadura já se tornava distante e a confiança social estava restabelecida, efervesciam as ideias de inovação em todos os setores da sociedade

e, abertos e livremente os indivíduos reuniam-se e discutiam com profundidade os assuntos que interessavam a cada setor, a saúde ocupou seu lugar e, das discussões que grassavam pelo país e das conseqüentes conclusões, foram levadas às áreas governamentais e legislativas as reivindicações geradas nos amplos debates promovidos nos diversos segmentos sociais interessados nas modificações que se faziam necessárias. “A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (8ª CNS, 1986, p. 4).

Na 8ª Conferência Nacional da Saúde, outro importante ponto definido no relatório foi a dissolução do binômio saúde/previdência, que até então eram atribuídos a um só instituto. Assim, com a separação de atribuições, as questões relativas à saúde estabeleceram-se em seu âmbito exclusivo, sem mais imiscuir-se a outros atributos como era com a previdência. O entendimento majoritário foi o de que:

a Previdência Social se deveria encarregar das ações próprias de “seguro social” (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas. O setor seria financiado pelas várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gastava com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento das novas fontes (8ª CNS, 1986, p. 4).

E ainda, a partir do entendimento das reais necessidades da população, em âmbito geral, uma clara e inequívoca vontade de mudança levou às práticas de saúde mais condizentes com as verdadeiras necessidades existentes e, por outro lado, mais amplas, efetivas e eficazes, e também, mais socializadas, pois a grande população estava incluída nestes planos, e com isso, fundamentado em legislação pertinente, a nova Assembléia Constituinte teve que ter vistas para ambos os setores: saúde e sociedade, com vontade política para efetivar as necessárias mudanças.

Tendo então uma única atribuição referente à saúde, a Instituição estabelecida para tal, naturalmente haveria de se ocupar somente dela, excluindo-se de possíveis ambigüidades atributivas.

Em tal panorama de saúde no Brasil é que se deu a Assembléia Constituinte, a qual era depositária da total esperança do povo, que saíra do período nefasto da ditadura. Essa esperança recaía, principalmente, sobre a área social, pois, à grande massa do povo brasileiro interessava a sua inclusão social.

Em 1988, reuniu-se em Brasília a Assembléia Constituinte, para discutir, redigir e promulgar a nova Constituição da República Federativa do Brasil, contemplando, com olhar de mais modernidade, todos os setores de atividade da sociedade brasileira e, dentre estes, o setor da saúde e bem estar da população.

A então reformulada legislação contemplava a saúde com a mesma visão que havia tido a 8ª CNS, em 1986, cerca de dois anos anteriores.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (8ª CNS, 1986, p. 4).

Note-se que, dentre os fatores que interferem na saúde, a 8ª CNS cita a liberdade. Essa liberdade, dentre outras formas, é aquela que o indivíduo tem para escolher o tratamento que lhe pareça melhor ou mais confiável.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada também um marco para a oferta da MNPC no sistema de saúde do Brasil visto que, impulsionada pelo movimento, 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" (BRASIL, 2005, p. 5).

Em consequência desses fatores e dos fatos, ao ter sido promulgada a Constituição Federal de 1988, foram inseridas em seu texto, separadamente, certas questões: sob o Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II - Dos Direitos Sociais, nos artigos de 6 a 11.

No artigo sexto, os seguintes dizeres: "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, 1988).

É notório que o legislador estabelece, pela força da Lei maior, que a saúde é um direito social. Ou seja, de toda a sociedade, portanto, de cada indivíduo que compõe essa mesma sociedade.

Ainda, segundo o artigo 24, inciso XII, da mesma Constituição Federal, o texto legal afirma que: “Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: (...) XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;”, o que estabelece à União, aos Estados, Distrito Federal e Municípios, a criação de dispositivos legais, de forma concorrente, mas não contraditória, de legislação específica nos setores enumerados, incluindo o da saúde. Tal medida legal possibilita a regionalização de medidas, o que é positivo para cada município ou região, haja visto a grande diversidade do povo brasileiro. Tanto em termos culturais como em condições climáticas e outras que incidem sobre a saúde, cada um desses fatores atua de diferentes formas. Culturalmente, cada povo tem suas soluções, que devem ser conhecidas pelo legislador regional e que, dentro de seu âmbito e de suas características próprias de solução, a legislação deve manter o respeito.

Ainda, na Constituição Federal, em seu artigo 30, inciso VII, define que “Compete aos Municípios: (...) VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988).

Pois, cada município conhece as necessidades da saúde de sua população e como melhor tratá-la, técnica e financeiramente.

E assim foi que, o legislador, atento aos profissionais de saúde de todo o país, e, além desses, a outros segmentos da sociedade brasileira, e consciente da necessidade das mudanças, delas fez promulgar em lei.

Promulgada, então, a Constituição de 1988, que contempla a saúde com um novo olhar, seguiu-se, em 1992, a 10ª Conferência Nacional da Saúde, da qual, em suas recomendações, mais uma vez incluía avanços, atentando para as necessidades ainda não satisfeitas e para o dinamismo histórico da área da saúde, como segue:

O movimento da Reforma Sanitária realizou, nos anos 80, uma ampla mobilização da sociedade, de forma pluralista e suprapartidária, na luta pelo direito à saúde. Como movimento de reformas introduziu um comportamento distributivo ao afirmar uma agenda de democratização social e econômica, sincrônica à democratização política. Esta compreensão embasou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve a participação de mais de 5.000 delegados e aprovou as bases da proposta

de criação do Sistema de Seguridade Social e do Sistema Único de Saúde - um marco, em nosso país, não só pelo embate do direito à saúde como da construção democrática e participativa de políticas públicas, o que permitiu sua inclusão na Constituição Federal. Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação, por emenda popular com mais de 100.000 assinaturas, do texto para a Constituinte de 1988, que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado. Assim, a participação social revela-se componente estratégico inerente ao processo da Reforma Sanitária brasileira, e sua marca emblemática (BRASIL, 2004, p. 8-9).

Assim, em 1990, criou-se o SUS - Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, atendendo à reivindicação do setor e da própria população, através de suas representações.

A Constituição Brasileira de 1988 inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como um direito de cidadania estendido a todos os brasileiros. Em 1990, na sua regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde - SUS. Iniciava-se então uma reforma sanitária de grande envergadura, definida a partir dos seguintes princípios: (1) universalidade de cobertura, ou seja, atendimento integral gratuito, e equidade; (2) descentralização dos serviços para os estados e municípios, que participarão do financiamento; (3) não-concorrência, mas unidade e hierarquização entre as ações de saúde da União, dos estados e dos municípios; (4) participação complementar do setor privado na oferta de serviços; (5) prioridade para as atividades preventivas; e (6) controle social através dos Conselhos de Saúde e participação da comunidade (PEREIRA, 1995, s/p).

O SUS foi criado fundamentado na plena democracia de atendimento, consoante ao princípio de que a saúde “é direito de todos e dever do Estado” e, no artigo 7º da Lei nº 8.080, como segue:

- Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Historicamente, no desenvolvimento das políticas de reformas sanitárias iniciadas, destacam-se alguns eventos que contribuíram para a regulamentação do Plano Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.

Em 1985, conveniaram-se o Instituto Hahnemaniano do Brasil, a FIOCRUZ - Fundação Instituto Oswaldo Cruz, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Destas parcerias, buscou-se institucionalizar e proporcionar à população usuária do sistema de saúde - então INAMPS - por meio de dispositivos legais, a Homeopatia, como forma de tratamento oferecida pela entidade, para que essa alternativa pudesse ser mais uma opção de saúde para o povo (BRASIL, 2005). Foram dados então os primeiros passos para a institucionalização de alternativas terapêuticas, que seriam oferecidas pelo Estado à população.

No ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em seu relatório final, definiu pela inclusão, no sistema de saúde do país, das práticas alternativas.

Em 1988, ano da promulgação da Constituição Federal, a CIPlan - Comissão Interministerial de Planejamento, emitia as resoluções de nº 4 a nº 8, que estabeleciam normatizações para que tratamentos de fitoterapia, acupuntura, termalismo, práticas alternativas de terapias para saúde mental, fossem oferecidos aos usuários, pelo Sistema de Saúde.

Assim, eventos foram se sucedendo e, em cada um deles, crescia a importância das alternativas viáveis para o tratamento da saúde, as quais eram, mais e mais, inseridas no contexto público. À medida que tais eventos aconteciam e, depois de estudadas as necessidades e alternativas, propunha-se em relatórios as devidas inclusões.

Em 1995, a Portaria 2.543/GM, da SNVS - Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, atualmente ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, deu existência ao GATCMnC - Grupo Assessor Técnico Científico em Medicinas não-Convencionais, para que se ocupasse das formas de tratamento não ortodoxas,

buscando estabelecer, dentre essas, as que contavam com respaldo científico e poderiam fazer parte da lista de terapias que o Estado poderia disponibilizar ao cidadão brasileiro, tornando, assim, mais e mais amplo o leque de opções aos usuários, para a manutenção ou tratamento de sua saúde.

Já em 1996, realizando-se em Brasília a 10ª Conferência Nacional da Saúde, o relatório final desse evento incluía a aprovação de práticas terapêuticas como as já antes contempladas pela CIPlan, em suas Resoluções 4, 5, 6, 7 e 8/88, além de incluir as chamadas práticas populares de terapia. O que estendia ainda mais o alcance das terapias alternativas à população, pois, sendo a Conferência um instituto de credibilidade, seus relatórios finais emitiam pareceres que, de imediato, eram acatados pelo Estado, visto a formação dessa conferência.

O SAI - Sistema Ambulatorial de Informação, do SUS, pela Portaria 1.230/GM, em outubro de 1999, incluía consultórios de atendimento nas áreas de acupuntura e homeopatia. Neste mesmo ano, dados do próprio SAI/SUS apontam um crescimento na busca da acupuntura por parte dos usuários no que diz respeito às consultas médicas referentes a essa terapia. Tais dados demonstram que, segundo o Ministério da Saúde: em 2000, mais uma vez, no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, foi recomendado que se incluísse, na atenção básica, as práticas terapêuticas homeopáticas e de acupuntura, e em 2003, instituiu-se o Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde, com o objetivo de definir e desenvolver uma Política Nacional de Medicina Natural, assim como as práticas complementares - MNPC - no ambiente do SUS.

Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema). Está presente em 19 Estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais (BRASIL, 2005).

No ano de 2003, foi enfatizado o quão importante seria o aumento da disponibilidade e acessibilidade, por parte do SUS, aos medicamentos de terapia homeopática e fitoterápica, através da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde no corrente ano de 2003, foi decidida a inclusão ao SUS, da MNPC, fato que somente ocorreu em 2004.

Neste ano, foi efetuada uma pesquisa pelo Departamento de Atenção Básica - DAB - do Ministério da Saúde, através de 5.560 questionários enviados para gestores municipais e estaduais da área. Retornaram 1.340 questionários, cujos

resultados permitiram concluir que em 232 municípios, dentre estes, 19 capitais em 26 estados, disponibilizam algum tipo de práticas complementares em seus serviços públicos de saúde.

Tem-se, a seguir, o longo caminho percorrido no Brasil no que diz respeito à questão da inclusão das terapias alternativas, desde o seu reconhecimento até a instauração definitiva no sistema de saúde do país, pois, além de cientificamente confiáveis, tais práticas são preferência de grande parte da população brasileira, como, por exemplo, a fitoterapia, cujos recursos sobejam nas matas brasileiras e, até então, eram pouco ou nada exploradas:

1979 - consolidação da especialidade homeopatia. Neste ano, foi fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB);

1980 - a homeopatia foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1000);

1985 – a 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 Hahnemanniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde;

1986 – a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada também um marco para a oferta da MNPC no sistema de saúde do Brasil visto que, impulsionada pelo movimento 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 – as resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – Ciplan – nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo e em técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;

1990 - foi criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH);

1992 - em 1992, a homeopatia foi reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução Nº 232);

1995 – a 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 (hoje, Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa). Neste ano, a acupuntura foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, posteriormente pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica. No momento, é ensinada em várias escolas médicas e aplicada no SUS em seus diversos níveis de atenção (BRASIL, 2005).

1996 – a 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 – a inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria GM Nº 1230 de outubro de 1999);

2000 – a 11ª Conferência Nacional de Saúde recomenda incorporar na atenção básica (Rede PSF e PACS) práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia;

2003 – a constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – MNPC – no SUS;

2003 – o relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;
2003 – o relatório final da 12ª CNS delibera para a efetiva inclusão da MNPC no SUS;
2004 - a MNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa (BRASIL, 2005).

A acupuntura tornou-se parte da medicina preventiva e curativa do sistema de saúde brasileiro, com o reconhecimento pleno dos órgãos de saúde do país e atualmente está incluída em currículos de formação de profissionais da área da saúde.

A homeopatia, cuja discussão é de longa data, como a acupuntura, tem sido praticada há séculos; teve entrada no Brasil em meados do século XIX, por Benoit Mure, e logo ganhou adeptos por tratar-se de uma prática holística já muito bem aceita nos países da Europa. Porém, pelo sistema público de saúde, somente na década de 1980 é que foi oferecida em apenas alguns Estados e alguns municípios. E, finalmente, em 1988, pela Resolução 4/88, é que foram estabelecidas normas para essa especialidade, pela CIPlan, e começaram então as consultas médicas em homeopatia a constar na tabela do SAI/SUS.

Criado o SUS, posteriormente, a homeopatia ganhou espaço em termos de oferta de atendimento médico e, de acordo com o Ministério da Saúde, o crescimento da demanda é de cerca de 10% ao ano. Também essa especialidade foi introduzida em currículos do ensino profissional, formando médicos especialistas homeopatas.

Dados publicados pelo Ministério da Saúde, com relação ao crescimento dessa especialidade no âmbito da saúde pública no país, apontam para uma demanda crescente.

No resumo Executivo do PMNPC, encontram-se os seguintes dados:

Em 1999, somou um total de 32.254 consultas realizadas e aprovadas; em 2003 foram aprovadas 291.069 consultas médicas em homeopatia. Neste mesmo 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 reconhecidos pelas associações representativas nacionais da homeopatia em 12 unidades da federação, contando também com a formação do Médico homeopata aprovada pela comissão nacional de residência médica da Associação Médica Brasileira (BRASIL, 2005).

A fitoterapia, por sua vez, também praticada desde os primórdios históricos da medicina, encontra acolhida no sistema de saúde pública brasileiro, tanto quanto as outras práticas alternativas. Essa prática, também vinda de longa data, tem sido transmitida de geração a geração, acumulando conhecimentos. No Brasil, cuja flora é considerada como a mais variada do globo, encontrou condições propícias para o seu desenvolvimento.

Segundo a Declaração de Alma-Ata (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 depende destas espécies 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 medicinais do mundo (ALMA-ATA, 1978). O percentual é bastante representativo, chegando à quase totalidade da população mundial, que depende das espécies vegetais terapêuticas.

O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, por ser o país de maior diversidade vegetal do mundo, ter ampla sócioidiversidade, utilizar plantas medicinais vinculadas ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar, cientificamente, este conhecimento. O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. 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 (BRASIL, 2005).

O Brasil, portanto, pelos seus órgãos de saúde, e com todo o potencial fitoterápico disponível em sua flora, atentou ao valor das plantas em função da saúde pública, desenvolvendo políticas concretas, principalmente inerentes ao SUS, para o aproveitamento desse potencial, buscando, assim, levar à população condições de acesso, a toda e qualquer prática comprovadamente benéfica à saúde pública, para que, assim, a saúde seja preservada e recuperada, sem que se obrigue o indivíduo a uma prática exclusiva ou que lhe seja contrária.

É citada, ainda, pelo Ministério da Saúde, a Medicina Antroposófica, cujo nascimento histórico data já do século XX, a qual foi iniciada e codificada por Rudolf Steiner.

Essa prática, que visa o indivíduo como um todo, em seus aspectos espiritual, psicológico, biológico e social, chegou ao Brasil na década de 1950 e, praticada em poucas regiões do país, até que, em 1993, o Conselho Federal de Medicina, pelo Parecer 21/93, a reconheceu como prática médica.

Foi então criada a ABMA - Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, que congrega os profissionais dessa especialidade de todo o país.

A MA foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos, nas regiões Sul e Sudeste. Foi reconhecida como prática médica em 22/11/93 – Parecer 21/93 CFM. A Associação Brasileira de Medicina Antroposófica – ABMA – é a entidade representativa dos médicos antroposóficos, atualmente distribuídos por todas as regiões brasileiras. Está presente no SUS em Belo Horizonte/MG, Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP e São João Del Rey/MG. Estima-se aproximadamente 300.000 atendimentos médicos e de terapia/ano em todo o País, incluindo atendimentos privados, públicos e filantrópicos (existem pelo menos 10 ambulatórios sociais prestando serviços médicos e terapêuticos). A medicina antroposófica está oficialmente presente em serviços de atenção básica do SUS desde 1994, por intermédio da experiência de Belo Horizonte, quando foi iniciado o programa das "práticas não alopáticas no SUS", que introduziu a medicina antroposófica juntamente com a homeopatia e a acupuntura na rede municipal. No início, o projeto absorveu profissionais dessas áreas já concursados anteriormente, que vinham atuando como clínicos ou pediatras. Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte realizou o primeiro concurso específico para médico antropósofo no SUS (publicação no Diário Oficial do Município de Belo Horizonte, Ano II, Nº 99, de 24 de fevereiro de 1996) (BRASIL, 2005).

Assim, historicamente, cada uma dessas alternativas foi sendo introduzida na lista de terapias oferecidas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

De acordo com Barros, Siegel e Simoni:

As práticas complementares mais frequentes no SUS são Reiki, Lian Gong, Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura; (ii) que as práticas complementares são ofertadas preferencialmente na Atenção Básica – Saúde da Família; (iii) que a capacitação dos profissionais é desenvolvida principalmente nos próprios serviços de saúde; (iv) que apenas 9,6% dos medicamentos homeopáticos e 35,5% dos fitoterápicos são distribuídos por farmácias públicas; e (v) que apenas 6% do total de municípios e estados dispõem de Lei ou Ato Institucional criando serviços de práticas complementares (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007).

Ainda sobre os objetivos do PNPIC, enfatiza-se os seguintes:

(i) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção e racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007).

Tais objetivos buscam, em todos os sentidos, a redução da incidência da condição de doença sobre a população; a máxima recuperação dos indivíduos que porventura se apresentem em tais condições e, muito mais que o tratamento preventivo ou curativo da doença, quer oferecer condições em todos os aspectos possíveis, para que o indivíduo permaneça em estado saudável. Assim, o Estado concorre para a ausência do estado patológico, seja ele qual for, e para que a saúde da população seja maximizada, considerando o indivíduo em sua totalidade e a parte livre da sociedade podendo escolher o seu caminho para a saúde, pelas alternativas que lhe proporciona o próprio Estado.

Porém, tal objetivo deve ser promovido, tendo em vista eficiência, eficácia e resolutividade, ou seja, deve resolver todo o problema, por ser eficiente; definitivamente, por ser resolutivo e em menor tempo possível, por ser eficaz.

Além desses fatores, outros, de igual relevância, como: a qualidade dos serviços, medicamentos e tratamentos aplicados ao usuário, envolvimento e obter comprometimento, com relação aos objetivos, de todos os participantes, desde o usuário até os profissionais de saúde, gestores e colaboradores.

Em suma, há que se comprometer, com os objetivos, toda a sociedade que, de uma forma ou de outra, participa, em sua totalidade, do sistema de saúde brasileiro.

Desde a sua inserção no SUS, a PNPIC tem sido constantemente monitorada em todos os níveis, para que se possa medir o seu desempenho e, assim, periodicamente exercer, sobre essa política, as devidas correções, pois, segundo o Instituto Unisaude:

A Criação de uma rede intra e intersetorial para avaliar e administrar de maneira mais equânime (*sic*) a PNPIC em cada município,(...) intercâmbio de experiências entre estes municípios para verificar o que?, Como?, Quanto?, Onde? e quem

exercem as PNPIC? e para oportunizar a pesquisa em acupuntura e outras práticas no país(I.U, 2007,s/p).

Com relação à iniciativa do Brasil, na instituição de sua atual política de saúde, pode-se considerar que tem sido objeto de elogios do mundo. Segundo notícia veiculada pelo Instituto Unisaude, o Brasil teria assento à mesa do Congresso da OMS, na China em 2008.

Na abertura do I Seminário Internacional o ministro da Saúde, José Gomes Temporão ressaltou, discutiu o fato do Brasil ser um dos poucos países a ter uma política de práticas integrativas, descentralizada e financiada com recursos públicos. “O SUS é ousado por estar implementando de maneira consistente uma política inovadora. Esse é um grande desafio, mas é um bom desafio”, afirmou. O objetivo do evento, que acontece em Brasília (DF) é ampliar essas práticas na rede pública de saúde. A coordenadora do departamento de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde, a chinesa Xiaorui Zhang, elogiou a política brasileira e informou que devido à sua atuação, “o Brasil terá um lugar à mesa” durante o Congresso da Organização Mundial da Saúde, em Beijing (China) no mês novembro de 2008 (COFFITO, 2008, s/p).

Pelas palavras do ministro e pelo que se discorreu acerca da história do sistema de saúde no Brasil, há que se concordar que medidas extensas e ousadas foram tomadas, com o intuito de incluir toda a população nas políticas de saúde, assim como envolver e fazer participar ativamente os diversos segmentos da sociedade. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares será descrita, sucintamente, no próximo tópico.

1.2.2 Portaria 971/2006: uma análise que possibilite avanços para a formação

Para que a PNPIC se consolidasse no SUS, exigiu-se atender diretrizes e recomendações de diversas Conferências Nacionais de Saúde e também da Organização Mundial da Saúde. Foi nomeado a pedido do Ministério da Saúde, um grupo gestor coordenado pela Secretaria Executiva/Ministério da Saúde.

Como ponto de apoio, em 24 de setembro de 2003, foram designados quatro subgrupos de trabalho, conforme competência, em cada uma das áreas a serem tratadas: Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura e Medicina Antroposófica.

Com esta configuração, o grupo gestor traçou um planejamento para cada subgrupo, com as diretrizes para que pudessem desenhar seus próprios planos estratégicos e táticos, tomando como base análises detalhadas sobre a situação de cada uma das práticas dentro do SUS.

Na data de 17 de fevereiro de 2005, o documento com a PNPIC foi apresentado às Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretarias Estaduais e Municipais para a devida aprovação. Em setembro do mesmo ano, este documento é encaminhado para a avaliação da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica.

Com o trabalho de técnicos do Ministério da Saúde e da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica para adequações necessárias, a proposta retorna ao Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2005. Este, por sua vez, apresenta seu parecer ressaltando a necessidade de revisão de textos sobre a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura e da participação do Termalismo.

A redação final do documento seguindo as recomendações anteriores foi novamente posta diante do Conselho Nacional de Saúde e aprovada por unanimidade em fevereiro de 2006, com a Portaria 971. A PNPIC é fundamentada em práticas médicas, que envolvem medicina tradicional, também chamadas sistemas médicos complexos, e medicina complementar, conhecida ainda por recursos terapêuticos.

Desde o final da década de 70, a Organização Mundial da Saúde - OMS - através de seus comunicados e resoluções, destina esforços para estimular a elaboração de políticas públicas de saúde, com intuito de melhorar o atendimento da população e garantir o desenvolvimento de material científico de qualidade.

Segundo esta orientação global, o Brasil confirma sua participação neste trabalho, criando o SUS, possibilitando através da autonomia dada a Estados e Municípios, o desenvolvimento com práticas inovadoras onde destacaram-se a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Antroposófica:

Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura 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 a integralidade. Como fundamento, aponta a teoria do *Yin* e *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. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais) (BRASIL, 2006).

O tratamento via acupuntura tem sido utilizado pelo mundo ocidental desde metade do século XX. Seu progresso foi amparado pela OMS, que destinou recursos para áreas de pesquisa sobre eficácia e segurança do método, bem como na qualificação dos profissionais de saúde.

1 – Diretrizes

O BRASIL (2006) tem como diretrizes da Medicina Tradicional China e Acupuntura, o que segue descrito:

a) Acupuntura

- 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 (p. 28)
- Diretriz MTCA 2: Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/Acupuntura para profissionais no SUS, consoante aos princípios e diretrizes para educação permanente no SUS. (p. 29)
- Diretriz MTCA 3: Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/Acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS. (p. 30)
- Diretriz MTCA 4: Garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e segurança das ações. (p. 31)
- Diretriz MTCA 5: Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/Acupuntura. (p. 31)
- Diretriz MTCA 6: Integração das ações da MTC/Acupuntura com política de saúde afins. (p. 33)
- Diretriz MTCA 7: Incentivo a pesquisas com vistas a subsidiar a MTC/Acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no Sistema. (p. 33)
- Diretriz MTCA 8: Garantia de financiamento das ações da MTC/Acupuntura. (p. 34)

A acupuntura tem aproximadamente 40 anos de história no Brasil, tendo suas normas fixadas para o atendimento em saúde pública em 1988 pela Resolução 5/88 (p. 15), da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Desde sua inclusão sistematizada no SUS, nota-se a ascensão do número de pacientes atendidos e acompanhados.

b) Homeopatia

Reconhecida no Brasil como especialidade médica desde 1980, e logo nesta época o sistema público de saúde já começou a oferecer atendimentos homeopáticos. Contudo, como não havia diretrizes definidas que apoiassem essas iniciativas, os tratamentos muitas vezes eram descontinuados. Somente em 1988 as primeiras normas de atendimento em Homeopatia foram divulgadas pela Ciplan.

As diretrizes criadas para o atendimento homeopático no SUS vem colaborar para o fortalecimento desta terapia:

- Diretriz H 1: Incorporação da Homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.” (p. 35)
- Diretriz H 2: Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas. (p. 36)
- Diretriz H 3: Provimento do acesso dos usuário do SUS ao medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública. (p. 38)
- Diretriz H 4: Apoio a projetos de formação e educação permanente, provendo a qualidade técnica dos profissionais e consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente. (p. 39)
- Diretriz H 5: Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS. (p. 41)
- Diretriz H 6: Socializar informações sobre Homeopatia e as características da sua prática, adequando-se aos diversos grupos populacionais.” (p. 42)
- Diretriz H 7: Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS. (p. 43)

Um importante passo para a evolução da Medicina Homeopática foi a criação do SUS, descentralizando a gestão das unidades de saúde. Como consequência, o número de pacientes atendidos vem num crescente na ordem de 10% ao ano. O mesmo fenômeno é identificado em instituições de ensino público superior, onde a Comissão Nacional de Residência Médica passou a aprovar a formação do Médico homeopata.

O médico que atua conforme os preceitos da Homeopatia ultrapassa o âmbito do exame físico, abrangendo em sua leitura do paciente os aspectos emocionais, sociais e culturais. A doença que se manifesta no corpo, segundo esta ciência, é resultado de um desequilíbrio das esferas que formam o indivíduo. Para tratá-la, o médico homeopata preserva e fortalece o vínculo com o paciente, contribuindo com a promoção da saúde geral, esclarecendo sobre o uso racional de medicamentos e estimulando o autocuidado.

Embora o panorama tenha sido favorável à evolução da medicina homeopática, a prática em si tem enfrentado problemas no que diz respeito ao

acesso à medicação homeopática. Um relatório do ano de 2004 aponta que menos de 10% dos municípios que oferecem homeopatia contam com uma farmácia de manipulação pública.

c) Plantas Medicinais e Fitoterapia

O uso de ervas para promover a saúde e tratar males é uma das mais antigas práticas terapêuticas. O conhecimento sobre a indicação terapêutica da maioria das plantas está principalmente na ordem da cultura popular, muitas vezes não tendo o devido amparo científico. Segundo relatório da PNPIC (BRASIL, 2006), um levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde apurou que, aproximadamente, 80% da população mundial utiliza plantas medicinais na atenção primária de saúde. No panorama mundial, o brasileiro pode ser posto em destaque, pois tem acesso a uma grande diversidade vegetal e há gerações habituou-se a fazer uso das plantas para curar doenças. O Ministério da Saúde, aproveitando este grande potencial nacional, apóia o desenvolvimento da Fitoterapia através de incentivos em pesquisas, que possam identificar, catalogar e comprovar a eficácia de ativos vegetais bem como na elaboração de normas para integração dos medicamentos fitoterápicos na prática aplicada no SUS.

E suas diretrizes são fundamentais para orientação dos incentivos à pesquisa.

Segundo o Ministério da Saúde:

- Diretriz PMF 1: Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos. (p. 45)
- Diretriz PMF 2: Provimento do acesso a plantas e fitoterápicos ao usuário do SUS. (p. 45)
- Diretriz PMF 3: Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia. (p. 48)
- Diretriz PMF 4: Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS. (p. 49)
- Diretriz PMF 5: Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social. (p. 50)
- Diretriz PMF 6: Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS. (p. 51)
- Diretriz PMF 7: Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país. (p. 52)
- Diretriz PMF 8: Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS. (p. 53)
- Diretriz PMF 9: Garantia e monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. (p. 54)

d) Termalismo Social / Crenoterapia

Termalismo e Crenoterapia consideram o potencial curativo das águas minerais e sua aplicação terapêutica. Mesmo presente no Brasil desde a colonização, somente em 2004 teve, através da resolução do Conselho Nacional de Saúde, uma forma mais concreta de incentivo.

- Diretriz TSC 1: Incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em Termalismo Social, no âmbito do SUS. (p. 55)

e) Medicina Antroposófica

A ótica da Medicina Antroposófica à saúde deve ser acolhida na sua integralidade. Na conduta terapêutica, o médico antroposófico faz uso principalmente de medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e antroposóficos, mas sua grande contribuição para a saúde pública também reside na promoção “da educação popular, da cultura e do desenvolvimento social”. (BRASIL, 2006).

Segue sua diretriz básica:

- Diretriz MA 1: Incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em Medicina Antroposófica, no âmbito do SUS. (p. 56)

2 – Objetivos

Delinear a PNPIC reforça o compromisso das esferas governamentais com a população brasileira. Seus planos de expansão estão firmados nos objetivos primordiais na lida com a saúde: “prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (BRASIL, 2006).

E ainda, amplia seu campo de abrangência ao considerar, estimular e apoiar práticas sustentáveis do ponto de vista social, seguras e eficazes do ponto de vista terapêutico, e neste contexto é importante apresentar os objetivos específicos das PIC:

- Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.
- Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e para a ampliação do acesso às PIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável de comunidades.

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 (BRASIL, 2006, p. 24).

Os conteúdos destas Práticas Integrativas e Complementares se fundamentam nas diretrizes priorizando o homem na sua totalidade.

3 – Estruturação e Fortalecimento da Atenção em Práticas Integrativas e Complementares, mediante:

- a) Incentivo à inserção da PNPIC em todos os níveis de atenção, com ênfase da atenção básica.
- b) Desenvolvimento da PNPIC em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.
- c) Implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes.
- d) Estabelecimento de mecanismos de financiamento.
- e) Elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS.
- f) Articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde.

4 – Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

5 – Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

- a) Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em PIC que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- b) Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando a promoção de ações de informação e divulgação da PIC,

respeitando as especificidades regionais e culturais do País; e direcionada aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral.

- c) Inclusão da PNPIC na agenda de atividades da comunicação social do SUS.
- d) Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre PNPIC em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.
- e) Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em PIC.

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

7 – Fortalecimento da participação social.

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

- a) Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.
- b) Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.
- c) Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
- d) Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

9 – Garantia de acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações.

10 – Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

11 – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão.

12 – Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

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

13 – Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. (p. 27)

As diretrizes básicas da PNPIC prevêm o atendimento integral à saúde, promovendo as ações multidisciplinares e multiprofissionais. Fazem parte ainda se seus propósitos normalizar mecanismos de financiamentos, fortalecendo as iniciativas já existentes e também a implantação de novos postos de atendimento bem como a articulação entre população indígena e Ministério da Saúde.

A ampliação e consolidação desta rede de atendimento prevêm desenvolvimento de programas de Educação Permanente em PIC, para profissionais da área de saúde, de incentivo à pesquisa e de desenvolvimento de gestores e de sistemas de monitoramento.

Paralelamente, há o desenvolvimento de estratégias que garantam o acesso, a qualidade e a eficácia dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos. Delinear a PNPIC reforça o compromisso das esferas governamentais com a população brasileira. Seus planos de expansão estão firmados nos objetivos primordiais na lida com a saúde: “prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (BRASIL, 2006). E ainda, amplia seu campo de abrangência ao considerar, estimular e apoiar práticas sustentáveis do ponto de vista social, seguras e eficazes do ponto de vista terapêutico.

A PNPIC (2006) prevê uma atuação no Sistema Único de Saúde de caráter multiprofissional, onde será observado o nível de atenção ao qual pertence o profissional que irá desenvolver estas práticas e, com isso, torne possível orientar de forma correta e eficaz a atuação deste profissional, o qual poderá ter formação em

qualquer que seja a área, desde que a mesma seja regulamentada e, conforme dito, esteja inserida no SUS.

Seja qual for a formação, o profissional que irá atuar com as práticas complementares deverá ter especialização na área, conhecimento e iniciativa suficientes para desenvolver as atividades em seu local de trabalho, devendo disseminar e coordenar a sua prática dentro do sistema.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária tem papel fundamental no que diz respeito ao controle da produção, manipulação, armazenamento dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos: “Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária” (BRASIL, 2006).

Formação qualificada, educação permanente e provimento dos insumos específicos para cada prática prevista na política, têm ênfase em comunicação social.

Parte importante da estratégia de implantação da PNPIC se apoia na informação de qualidade, para que o usuário do SUS conheça, com segurança, as alternativas de recuperação e de manutenção da saúde oferecidas pelo sistema público.

“Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando a promoção de ações de informação e divulgação da PIC, respeitando as especificidades regionais e culturais do País” (BRASIL, 2006).

Divulgar adequada e amplamente o programa e seus benefícios. Um exemplo claro e importante: culturalmente, o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos fazem parte da rotina de automedicação; é a educação do usuário no sentido de fazer uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

A atenção integral norteadada pela Estratégia de Saúde da Família deve prever a participação dos profissionais de saúde de forma interdisciplinar. Assim, aqueles qualificados para atuação nas PIC têm seu espaço de exercício dentro de uma equipe de atendimento, que age em cooperação, com responsabilidade e com intercâmbio de conhecimento.

Consoante com tais diretrizes gerais, cada uma das práticas integrativas e complementares traz sua estrutura de atuação. Formação, educação permanente,

incentivo à pesquisa e capacitação e informação segura para usuários, gestores e profissionais são os temas recorrentes na redação das diretrizes específicas.

Abordando um caráter mais objetivo deste documento que descreve e orienta a implantação da PNPIC, destacam-se as necessidades, particularidades técnicas, das diferentes ciências que compõem esta política. Por exemplo, tratando-se de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, é essencial compor um manual de procedimentos práticos e, principalmente, assegurar que haja equipamento disponível para o trabalho a ser realizado e de mecanismos de financiamento.

Desta mesma forma, Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo e Medicina Antroposófica delimitam suas necessidades de provimento de insumos, de estratégias de captação de recursos e, principalmente, de meios de educar o profissional, priorizar o cuidado com o paciente e monitorar resultados.

Assim como, as políticas públicas voltadas à saúde da população brasileira tiveram uma trajetória de avanços, ainda que de forma gradual, o processo de ensino e de aprendizagem, como já foi visto, na formação dos profissionais na área da saúde caminhou, paralela e disciplinarmente, expressando as tendências educacionais e correntes pedagógicas na esteira do tempo.

A fim de esboçar a necessidade de disponibilizar um ensino de qualidade e que forme profissionais que contribuam positivamente para o desenvolvimento da nação, Santana, Campos e Sena (2002) relataram que a falta de vagas no ensino superior, na época, especificamente na área da saúde, não era o único problema social observado:

Os egressos das escolas geralmente desconhecem ou não se interessam pelos principais problemas de saúde pública. O enfoque do ensino predominante nas escolas privilegia o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente. A dimensão epidemiológica e social do processo de viver e adoecer, bem como as perspectivas da prevenção de riscos e da promoção da saúde são objetos de ensino quase exclusivamente no âmbito dos departamentos de medicina preventiva e social ou equivalentes. Não se trata, portanto, de um problema apenas quantitativo ou de democratização do ensino (SANTANA, CAMPOS e SENA, 2002, p. 236-237).

A formação deste profissional, conforme o exposto, deve abordar temas mais amplos e gerais dos que fazem parte dos currículos das IES, os quais continuam privilegiando a especialização e focando o estudante em determinada área de conhecimento, sem que o mesmo tenha noção do todo e de fatores que, de alguma maneira, influenciam o cotidiano dos pacientes e, por consequência, afetam

seus quadros clínicos. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Nessa mesma perspectiva, Gondim *et al* (2000) apontam para a dificuldade que se tem em avançar no sentido de uma formação mais abrangente e diversificada dos padrões atuais, descrevendo a formação profissional nas instituições da seguinte maneira:

Infelizmente a formação nas Instituições de Ensino Superior ainda está centrada no positivismo e no paradigma mecanicista e cartesiano. Esse fato demonstra-se em uma formação em saúde tecnicista, médicohospitalocêntrica e centrada no especialismo, como a forma mais eficaz e viável de promover a saúde (GONDIM, *et al*, 2000, p. 02).

Igualmente, Saviani (1989) faz lembrar que em 1987 aconteceu o seminário denominado “Choque Teórico”, que objetivava discussões em torno da formação politécnica, a qual esteve presente em grande parte nas faculdades que formaram os profissionais dos anos 90 e que ainda formam profissionais na atualidade. Observe-se então de que forma o Seminário, em seus debates, representou um divisor de águas para o ensino na área da saúde.

1.2.3 Reestruturação do modelo educacional na área da saúde

A politécnia, entendida como meio de formar profissionais capazes de dominar técnicas abrangentes além das técnicas centradas em sua atividade, ou seja, profissionais que fossem capazes de entender o todo da área da saúde e não só a sua especialidade, surgiu como meio de interligar o trabalho à escola; seria o local onde o profissional aprenderia como trabalhar, podendo desenvolver, além do trabalho manual, o intelectual.

A partir do Seminário de 1987 a politécnia foi tida como grande solução e, acima de tudo, a grande oportunidade de criar um sistema de saúde público no Brasil onde os profissionais politécnicos construiriam um ambiente mais eficaz e mais desenvolvido, capaz de lidar com os empecilhos e dificuldades existentes em qualquer sistema público.

Na época, à esta formação politécnica foi designada a missão de formar profissionais nas diferentes camadas sociais do país e, com isso, possibilitar melhores condições de igualdade social e maior acesso à educação.

A respeito do papel da escola perante a sociedade, Arenhardt, Gerhardt e Cargnin (2006) relatam que:

a variedade de dimensões nem sempre é considerada pelas instituições educacionais que, na maioria das vezes, atendem a padrões pré estabelecidos por interesses de ordem econômica e política, desconsiderando os reais interesses da sociedade que frequenta os bancos escolares” (ARENHARDT *et alii*, 2006, p. 02).

Tal afirmação aponta para a falta de centralização na pessoa que existe na formação educacional, fato que pode ser observado nas propostas de educação politécnica. Isso se dá na transmissão de conteúdos de forma pré estabelecida e sem observância às condições em que estão inseridos os alunos, impossibilitando o entendimento da matéria em sua totalidade. A desconexão da teoria com a realidade prática cotidiana tende a privilegiar a formação de teóricos.

O modelo de formação profissional na área da saúde esteve, ao longo de seu desenvolvimento, estritamente ligado ao diagnóstico e tratamento dos pacientes, por meio de técnicas gerais que não levavam em consideração o lado humano do processo, ou seja, as características do paciente e sua vida cotidiana.

Neste sentido, Ceccim e Feuerwerker relatam que:

a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM e FEUERWERKER 2004, p. 43).

Ainda de acordo com os autores, a formação para a área da saúde deve objetivar a reformulação das práticas profissionais e o modo como se organiza o seu trabalho. Neste quadro, a formação teria como base a problematização do processo de trabalho, assim como a competência profissional no cuidado e tratamento dos pacientes. Além de contínua observação das necessidades de saúde das pessoas e comunidades onde irá atuar (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Para Macedo (2007), o sentido de uma formação eficaz e que seja capaz de suprir os anseios do sistema de saúde se dá a partir do momento em que se torna

perceptível que a melhor forma de abordar os pacientes é o formato multiprofissional. O autor revela que um modelo de formação que tenha em sua premissa a formação multiprofissional tem maior eficiência, isto pela alta complexidade dos cuidados, além desse modelo possibilitar melhores resultados na abordagem ao paciente.

Macedo (2007) afirma que o estímulo à implementação de uma gestão participativa (onde as várias instâncias ligadas ao setor da saúde participam ativamente na elaboração, discussão e implementação de políticas), tem resultados significativos no que diz respeito à valorização dos trabalhadores da área de saúde. Isto se dá pelo fato do modelo possibilitar a formação continuada e ser capaz de formar um profissional que busque o caminho mais adequado para sua vivência profissional e não apenas o caminho que lhe pareça ser o mais fácil.

O que se observa são alguns esforços de educadores isoladamente e que, sem ter o apoio das instituições onde trabalham, acabam por se desapontar e até mesmo desistir de seus ideais.

Ao fazer um esboço das premissas que deve possuir uma formação de qualidade, Moran (2007) observa questões fundamentais, tanto em nível organizacional quanto em práticas cotidianas, e pontua as diversas variáveis que estão envolvidas no processo, tais como:

- a) Organização inovadora, aberta, dinâmica. Projeto pedagógico participativo;
- b) Docentes bem preparados intelectual, emocional, comunicacional e eticamente. Bem remunerados, motivados e com boas condições profissionais;
- c) Relação efetiva entre professores e alunos que permita conhecê-los, acompanhá-los, orientá-los;
- d) Infraestrutura adequada, atualizada, confortável. Tecnologias acessíveis, rápidas e renovadas;
- e) Alunos motivados, preparados intelectual e emocionalmente, com capacidade de gerenciamento pessoal e grupal (MORAN, 2007, p. 12).

Para Moran (2007), a realidade que se apresenta é bem diferente do ideal, pois, além do alto custo, a educação de qualidade depende da mobilização de docentes e educandos. Dentre outros fatores, a prática humanista na formação.

1.3 A Prática Humanista na Formação dos Profissionais de Saúde

O quadro observado no sistema de saúde brasileiro carece de transformações que agreguem qualidade aos serviços e desenvolvimento adequado às necessidades da população.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), o meio de transformar tal situação seria através de uma reformulação pedagógica, de modo a preparar os futuros profissionais da área da saúde pautada nas novas premissas educacionais, ou seja, a formação continuada, transdisciplinar e descentralizadora, que leve em consideração: o meio onde será desenvolvida a prática, tendo a problematização como estratégia e a teoria como base aplicável.

Dentre os aspectos sugeridos por Ceccim e Feuerwerker (2004), o mais relevante, é possibilitar aos profissionais de saúde formação tal para que reúnam condições de recriação (no futuro ambiente de trabalho) da prática humanista em seu dia a dia.

Essa abordagem humanista dá ênfase às relações interpessoais e ao crescimento que deles resulta, centrado no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, em seus processos de construção e organização pessoal da realidade, e em sua capacidade de atuar, como uma pessoa integrada. Dá-se igualmente ênfase à vida psicológica e emocional do indivíduo e à preocupação com a sua orientação interna, com o autoconceito, com o desenvolvimento de uma visão autêntica de si mesmo, orientada para a realidade individual e grupal (MIZUKAMI, 1986, p. 02).

Nessa concepção, o papel do professor é o de facilitador da aprendizagem e não o de transmissor de um conhecimento acabado, ou seja, o conhecimento é obtido através da experiência cotidiana do aluno e também a partir da reconstrução dessas experiências pelo aluno, juntamente com o professor que vai orientá-lo em suas dúvidas e questionamentos.

No contexto de um ensino de acordo com a concepção omnilateral, a atividade desenvolvida pelo aluno fica a cargo de sua interação com o meio, estabelecendo assim um processo natural em que o aluno interage com os diversos elementos presentes em sua atividade cotidiana, fato que torna possível uma compreensão prática e eficiente dos conteúdos desenvolvidos dentro das salas de aula (MIZUKAMI, 1986).

Os aspectos que se buscam ao desenvolver uma prática humanista dentro das instituições que formam os profissionais são descritos por Macedo da seguinte forma:

Os programas de humanização que se desenvolvem nas instituições visam desenvolver e implementar ações de humanização na assistência aos pacientes e nas relações com e entre os servidores, além de reconhecer, valorizar e divulgar outras iniciativas, já implementadas ou em desenvolvimento na instituição, e estão em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde - PNH (MACEDO, 2007, p. 37).

Ao relatar os casos em que a formação profissional para a área da saúde está se desenvolvendo através de uma prática humanista, Macedo (2007) alerta para a falta de apoio que tais ações sofrem por parte da gestão organizacional da instituição, o que acaba por acarretar certas limitações nos projetos pedagógicos que têm tal prática como premissa.

Urge, portanto, a necessidade de se criarem projetos voltados para a humanização das práticas em saúde que integrem todas as instâncias dos mais diferentes níveis hierárquicos. Para tanto, a aplicação de um projeto que transforme as práticas e relações dentro das instituições, o qual permita desenvolver relações voltadas para o lado mais humano, tanto com pacientes como entre os próprios profissionais, depende de um esforço conjunto da base organizacional e dos profissionais que atuam diretamente na assistência aos pacientes.

Assim, a tendência profissional de formação humana destaca-se diante das demais no que diz respeito à prática voltada para a área da saúde, por ser capaz de possibilitar uma assistência completa ao paciente e interação entre os próprios profissionais, os quais poderão crescer e agregar valor ao longo de suas vivências.

Com base nesta concepção humanista a formação de profissionais da saúde trará, entre outros benefícios, um sistema que presa pela individualidade do ser e, ao mesmo tempo, respeita as suas condições sociais, culturais e históricas.

A formação humanista na área da saúde possibilita uma visão completa do meio onde está inserido o paciente a ser tratado e, assim, desenvolver um tratamento que obtenha resultados satisfatórios não só ao curar o enfermo existente, mas orientar o paciente para procedimentos que venham a preveni-lo de futuras complicações em seus quadros clínicos. Neste caso, a formação e a atuação voltada ao indivíduo que se está formando, fará com que surjam profissionais capazes de

desenvolver suas atividades também voltadas à pessoa e, assim, adequar os procedimentos e tratamentos, obtendo resultados mais qualitativos, assim como se caracteriza a concepção omnilateral do homem.

Observa-se também que a necessidade de mudanças é evidente, tanto por parte das práticas profissionais quanto por parte da gestão e do modo como se organiza todo o sistema. No entanto, algumas barreiras vêm sendo superadas; destaca-se neste sentido a PNH (Política Nacional de Humanização), desenvolvida pelo Ministério da Saúde para estimular e divulgar premissas as quais devem ser aplicadas no dia a dia do sistema de saúde.

O caminho para o sistema que se busca ainda está longe de ser alcançado, mas é através do esforço e, acima de tudo, da discussão e integração entre os diversos setores envolvidos que se obtêm mudanças significativas e que sejam capazes de construir um sistema público de saúde de qualidade e com respeito ao cidadão que depende de seus serviços. Formar profissionais de saúde sob esta perspectiva é o mesmo que propõe a concepção de omnilateralidade, explicada anteriormente.

1.4 A formação do profissional de saúde e PIC

Diante da realidade observada no sistema público de saúde brasileiro, o qual carece de uma infinidade de predicados, fica evidente que a não inclusão das terapias complementares como alternativa de tratamento apresenta-se como um erro infundado (GOMÉZ, 2003 *apud* GONDIM *et al*, 2000).

Conforme a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) esclarece, as áreas de atuação dos novos profissionais de saúde, os quais devem possuir uma formação que privilegia o conhecimento de fatores que vão além das práticas medicinais, estão incisas, principalmente, na atenção básica, na saúde da família, educação em saúde, capacitação profissional, pesquisa, em serviços de saúde mental, na atenção especializada e nos hospitais.

Esta formação é diferenciada daquela que se observa na maioria das instituições de ensino, pois, além de curar, visa criar um vínculo entre o profissional da saúde e o paciente, para que possa encontrar a causa da doença e tratá-la, diminuindo o risco de agravo e reincidência. A conscientização do paciente, quanto ao quadro de sua enfermidade e do que deve ser feito para manter a saúde estável,

é tarefa de grande importância dos profissionais. Por ser um sistema complexo e que possui certa resistência a novos métodos de tratamento, devido ao modo como, ao longo dos anos, foi desenvolvido e manteve suas atividades na medicina clássica e em conceitos que não mencionam outros tipos de tratamento, torna-se difícil a inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

No entanto, já existem casos de implementação em âmbitos Municipal e Estadual. As PIC podem ser observadas em 26 estados brasileiros, sendo que estão mais presentes na região Sudeste (PNPIC, 2006).

Ao se incluir as práticas integrativas no dia a dia dos profissionais, o mesmo deve ser feito em relação à sua formação, para que tenham o conhecimento e a fundamentação dessas terapias.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker:

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira (2004, p. 43).

Segundo Gondim *et al* (2000), “deve-se observar que a inclusão das terapias complementares na formação profissional não tem como objetivo colocar em dúvida os métodos de desenvolvimento da Medicina vigente nem seus benefícios”, mas oportunizar o contato dos futuros profissionais, com outras formas de atuação sobre o processo saúde-doença, “só assim eles poderão tomar a decisão livre e consciente de que racionalidade deseja seguir” (GONDIM *et al*, 2000, p. 04).

Tais linhas apontam para a responsabilidade que tais instituições devem assumir ao formar profissionais capacitados a contribuir positivamente com o sistema público de saúde, sendo que a inclusão das PIC em seus currículos é uma via de acesso favorável à formação de multiprofissionais.

Alguns tópicos que integram as Diretrizes das PIC (Brasil, 2006), descritas no capítulo anterior, demonstram a interdependência existente, no âmbito da Portaria 971/2006, entre Saúde e Educação, no sentido de sua consolidação, como é possível verificar:

- Diretriz MTCA2 –Tópico 3: Articulação com outrass áreas visando ampliar a inserção formal do MTC/Acupuntura nos cursos de graduação e pós graduação para as profissões da saúde (p. 30);
- Diretriz H 4 – Tópico 1: Promover a discussão da homeopatia da perspectiva da Educação Permanente em Saúde, por intermédio das instituições formadoras da área, dos usuários e dos profissionais de saúde homeopata, visando a qualificação dos profissionais no SUS (p. 39);
- Tópico 6: Promover a discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação (p. 41);
- Tópico 7: Fomentar e apoiar junto ao Ministério da Educação projetos de residência em Homeopatia (p. 41);
- Diretriz H 7 - Tópico 2: Identificar e estabelecer rede de apoio e parceria com instituições formadoras, associativas e representativas da homeopatia, universidades, faculdades e outros órgãos dos governos federal, estaduais e municipais (p. 44);
- Diretriz PMF 3 – Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia (p. 48);
- Tópico 3: Estimular estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de saúde e estudantes dos cursos técnicos e graduação (p. 49);
- Tópico 4: Estimular as universidades a inserir nos cursos de graduação e pós graduação, envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia (p. 49);
- Diretriz PMF 7 – Tópico 3: Estimular linhas de pesquisa em fitoterapia nos cursos de pós graduação *strictu sensu* junto às universidades e institutos de pesquisa (p. 52).

Em contrapartida, o Ministério de Educação e Cultura (MEC) resolve, por meio da Resolução nº 350 de 09 de junho de 2005, afirmar as condições para abertura de cursos na área da saúde (Anexo 1). Esta ação conjunta dos Ministérios é um grande avanço para a sociedade brasileira, no sentido de desencadear novas ações políticas, que venham privilegiar a Educação e a Saúde da população.

Após a investigação teórica sobre o tema em estudo foi realizada a pesquisa junto aos coordenadores de cursos da área da saúde em algumas IES, cujos resultados serão apresentados no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos, decorrentes da concepção dialética da história, deverão possibilitar a apreensão do objeto em estudo com sua riqueza de argumentação a fim de poder fornecer subsídios para a formulação de novas políticas públicas comprometidas com as PIC.

A realização desta dissertação ocorreu através do aprofundamento teórico sobre o tema e da investigação empírica. Pretendeu-se, através da pesquisa no campo de atuação dos profissionais (coordenadores da área da saúde) fortalecer essa compreensão, cuja finalidade será identificar quais ações estão sendo planejadas pelas instituições de ensino para o conhecimento, disseminação e aplicação das PIC em cursos de graduação da área.

O pólo prático para este trabalho foi escolhido pela pesquisadora, assim como o instrumento de coleta de dados: aplicação de questionário (Apêndice 1, p. 103) contendo 08 questões fechadas e abertas, dirigidas a 21 coordenadores de cursos de graduação, sendo: 03 de Biomedicina, 02 de Educação Física, 06 de Enfermagem, 02 de Farmácia, 04 de Fisioterapia, 02 de Medicina e 02 de Psicologia, identificados na pesquisa pelo nome de seus cursos. Os coordenadores entrevistados representam 07 instituições de ensino superior da cidade de Curitiba. A aplicação foi realizada após contato prévio, explicação sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido dos respondentes (Apêndice 2, p. 109).

Os dados foram organizados em categorias e submetidos à análise de conteúdo de característica temática, segundo Bardin (1977), de forma a possibilitar interpretações e fornecer novos horizontes para o aperfeiçoamento da PNPIC e para a formação dos profissionais da saúde.

Anteriormente à apresentação dos dados coletados, é oportuna a descrição do método de análise, segundo Laurence Bardin (1977), escolhido para a interpretação dos resultados obtidos neste estudo.

Conforme a autora, a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 1977, p. 31). Ainda, segundo a autora “não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com

maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto” (*ibidem*, p. 38).

A autora exclui do campo de aplicação tudo o que não é propriamente linguístico, como: filmes, representações pictóricas, comportamentos, embora seja comumente utilizada no campo das comunicações não linguísticas, por comodidade. A primeira fase consiste em sistematizar o conjunto dos tipos de comunicação sob dois critérios: “o número de pessoas implicadas na comunicação” e a “natureza do código e do suporte da mensagem”. A classificação, conforme estes dois critérios, pode resultar “num quadro de dupla entrada” (BARDIN, 1977, p. 37).

No caso desta pesquisa, é possível utilizar ambos os critérios, por pertencer ao domínio de aplicação. Em relação ao número de pessoas envolvidas, é questionário com comunicação dual; em relação ao critério “código e suporte” é linguístico escrito.

Bardin esclarece que à linguística e à análise de conteúdo em geral lhes são atribuídos o mesmo objeto de análise - a linguagem - porém, não é assim:

a distinção fundamental proposta por F. de Saussure entre língua e palavra e que fundou a linguística, marca a diferença. O objeto da linguística é a língua, quer dizer, o aspecto coletivo e virtual da linguagem, enquanto que o da análise de conteúdo é a palavra, isto é, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem. o papel da linguística, resume-se, independentemente do sentido deixado à semântica. Pelo contrário, a análise de conteúdo trabalha a palavra, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis. [...] a análise de conteúdo toma em consideração as significações, conteúdo [...] procura conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, [...] através das mensagens (BARDIN, 197, p. 43-44).

Existem várias técnicas de análise de conteúdo propostas por Bardin; optou-se pela “Análise de respostas a questões abertas”. É do tipo classificatório. Trata-se do exame das respostas ao inquérito que explora as relações que o indivíduo mantém com o tema investigado. Partindo de uma primeira “leitura”, chamada “flutuante” podem surgir intuições transformadas em hipóteses. A classificação pode ocorrer “segundo o critério do objeto de referência citado e inferir a partir dos resultados, certos conhecimentos” (BARDIN, 1977, p. 60).

O método de raciocínio pode ser dedutivo (do geral para o particular) ou indutivo (do particular para o geral).

Para a apresentação dos resultados pode ser utilizada a grelha de análise, onde serão cruzadas duas categorias. Indica-se para cada caso o número ou a percentagem de temas pertencentes às duas categorias.

Os passos que compõem a organização da análise são: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material.

A Pré Análise é a fase de escolha e preparo do material e o estabelecimento das unidades de registro, obtidos por meio de leituras. O grau de importância da identificação dos indicadores ou frases significativas está diretamente ligado à frequência em que aparecem e sua identificação é facilitada pela leitura das entrevistas. Por meio das leituras sucessivas, impressões sobre o texto são despertadas de forma a favorecer uma ordenação própria. A preparação do material exige o cumprimento de algumas regras. A regra da exaustividade utiliza o esgotamento junto aos dados do texto de forma cautelosa e com tempo. Nada do material é excluído, os dizeres dos respondentes são descritos em itálico e entre aspas. A regra da homogeneidade, entre os componentes, evitando que outros temas, ideias ou textos sejam inclusos, e a regra da pertinência, adequando o material selecionado ao conteúdo e ao objetivo da análise.

A Exploração do Material é a fase de codificação do material (inventário dos elementos) a partir das regras já descritas.

A organização para codificação é feita pelo recorte ou escolha de unidades de significado devidamente enumeradas com o auxílio de uma caneta própria, recebendo uma numeração complementar, de forma que seja possível traçar os cenários contemplados pelos entrevistados, seguida da escolha de categorias a qual se processa pela classificação e agregação das unidades de significação.

A categorização feita por condensação das unidades de significado é organizada de forma a dar representação simplificada aos dados brutos. Tal estratégia possibilitou a criação de inicialmente 02 categorias identificadas em frases ou expressões e, posteriormente, indicadas como unidades de registro conforme a categoria correspondente.

Buscou-se pela qualidade do trabalho, desde a fase de pré análise o cuidado para que cada unidade de significado estivesse contemplada em apenas uma categoria. A homogeneidade transcorreu dentro de um mesmo nível de classificação, formando um conjunto de dados utilizáveis, obedecendo ao critério técnico.

2.1 Aspectos Éticos

Procurou-se assegurar a todos os participantes o anonimato em todos os momentos da pesquisa. Após marcar a entrevista, antes de iniciá-la, foram explicitadas as questões que norteariam o trabalho, bem como os objetivos e outros detalhes referentes ao mesmo. As dúvidas foram sanadas e procedeu-se à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao preenchimento da declaração. Esta declaração foi composta por itens referentes a:

- Reconhecimento dos objetivos do trabalho;
- Concordância em participar do trabalho;
- Autorização para transcrever a entrevista, compor um texto, intercalando falas dos entrevistados de forma literal;
- Autorização para proceder ao uso do material resultante da entrevista a compor o texto final de dissertação;
- Autorização para o uso de codinome do entrevistado, para manter o anonimato.

2.2 Apresentação da Pesquisa de Campo

Após a aplicação dos questionários contendo 06 questões fechadas e 08 abertas dirigidas aos coordenadores, de 21 cursos de graduação, foram elaboradas tabelas e gráficos, em primeira instância, referentes às questões fechadas.

Os coordenadores foram identificados pelo nome dos cursos que representam (acrescentado da letra M= masculino e F= feminino); as Instituições de Ensino Superior (IES) foram codificadas pelas letras: A, B, C, D, E, F e G.

- IES A – Enfermagem (M)
 - Educação Física (M)
 - Fisioterapia (F)
- IES B – Fisioterapia (F)
- IES C – Biomedicina (M)
 - Enfermagem (F)

- IES D – Enfermagem (F)
 - Farmácia (F)
 - Biomedicina (F)
 - Fisioterapia (F)
- IES E – Enfermagem (F)
 - Psicologia (F)
 - Medicina (M)
- IES F – Educação Física (F)
 - Enfermagem (M)
 - Medicina (M)
- IES G – Biomedicina (F)
 - Educação Física (F)
 - Farmácia (M)
 - Fisioterapia (F)
 - Psicologia (M)

QUADRO 1 – Título de graduação dos participantes.

	MASCULINO	FEMININO
ESPECIALIZAÇÃO	00	01
MESTRADO	04	05
DOCTORADO	05	06
TOTAL	09	12

As áreas de conhecimento dos coordenadores nos cursos de pós graduação são as seguintes:

- Fisioterapia (01)
- Engenharia da Produção (02)
- Ginecologia e Obstetrícia (01)
- Patologia (01)
- Farmacologia/Processos Biotecnológicos (01)
- Pedagogia (01)
- Ergonomia e Qualidade de Vida (01)
- Enfermagem (04)
- Filosofia da Psicologia (01)
- Ciências (01)
- Genética Humana Molecular (01)

- Ciências Farmacêuticas (01)
- Imunologia (01)
- Biotecnologia (02)
- Tecnologia em Saúde (01)
- Ciências da Saúde ou Saúde Coletiva (01)
- Assistência de Enfermagem ao Paciente Grave (01)
- Assistência e Educação (01)

2.2.1 Levantamento dos Dados

A primeira fase da análise consistiu em preparar o "*corpus da análise*", ou seja, a organização das respostas por questões e cursos (Ex: C1 – *corpus* 1 referente à questão 1). Este *corpus* encontra-se no Apêndice 1, p. 111).

A seguir, a tabulação dos dados quantitativos das questões fechadas.

Questão 1: PNPIC é a política pública vigente no SUS referente a sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que são denominados pela Organização Mundial da Saúde(OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA).

Tabela 1 – Conhecimento do coordenador sobre PNPIC

Conhecimento do coordenador sobre PNPIC				
	Conheço muito	Conheço	Algum conhecimento	Desconheço
Total em F (21)	0	5	12	4
Total em % (100)	0%	24%	57%	19%

Fonte: pesquisadora, 2010

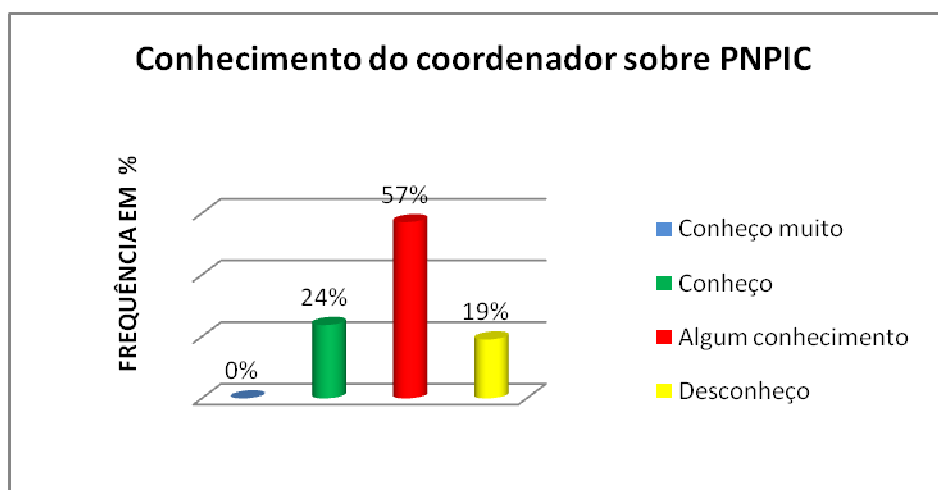


Gráfico 1 – Conhecimento do coordenador sobre PNPIC

Dos dados compilados foi constatado que 24% dos entrevistados relatam “conhecer” sobre a PNPIC, contrapondo-se à maioria com 57% de frequência, que relata apenas “algum conhecimento” e 19% deles “desconhecem” o tema, embora a população da amostra pertença a cursos de graduação da área de saúde.

Questão 2: Esta política visa avançar na institucionalização da promoção global do cuidado humano, construindo um cenário de abordagens educacionais, estas, onde o profissional enriquecerá sua formação com o conhecimento e capacitação na esfera da Medicina Tradicional e da Medicina Complementar/Alternativa, pesquisa-se sobre o nível de conhecimento dos docentes sobre PNPIC, na visão dos coordenadores, resultando na tabela 2 e gráfico correspondente.

Tabela 2 – Conhecimento sobre PNPIC pelos docentes, na visão dos coordenadores

Qual é o entendimento sobre PNPIC entre os docentes deste curso?					
	Conhecem muito	Conhecem	Algum conhecimento	Desconhecem	Não respondeu
F simples (21)	0	0	16	4	1
F em % (100)	0%	0%	76%	19%	5%

Fonte: pesquisadora, 2010

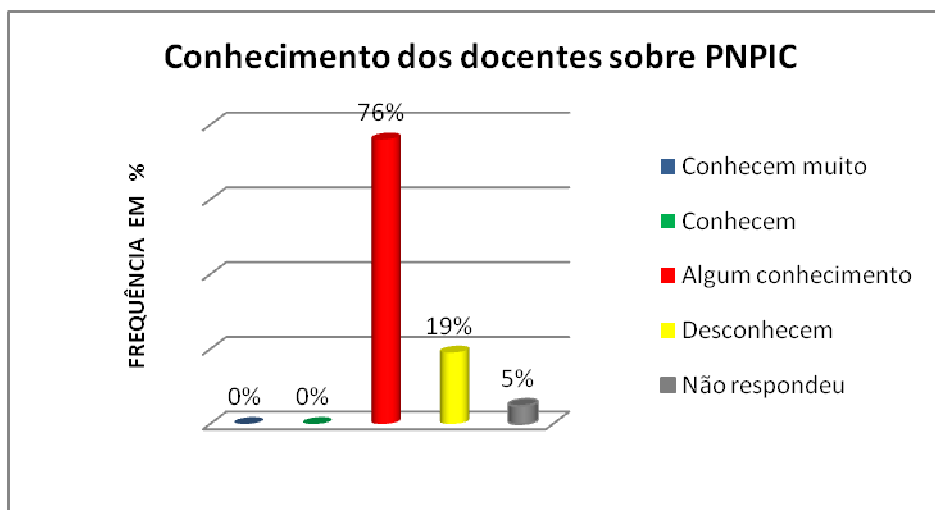


Gráfico 2 – Conhecimento dos docentes sobre PNPIC

Nesta segunda questão foi verificado que o grupo de entrevistados atribuiu maior nível de conhecimento por parte dos docentes que compõe o quadro de sua instituição do que a si próprios, considerando que apontaram como 76% “algum conhecimento” segundo a sua visão para o nível de conhecimento dos docentes. Foi detectado que 19% atribuíram a opção “desconhecem” aos docentes e 5% não responderam.

Questão 3 - A concepção das práticas integrativas e complementares conduz o profissional da saúde na compreensão de que se faz necessária a de uma concepção integral com visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano. Esta questão procura saber se as PIC fazem parte da concepção de formação do curso em questão.

Tabela 3 – A presença das PIC na formação desta graduação.

As PIC fazem parte da concepção de formação desta graduação?			
	Sim	Não	s/resp.
F (21)	11	9	1
% (100)	52%	43%	5%

Fonte: pesquisadora, 2010

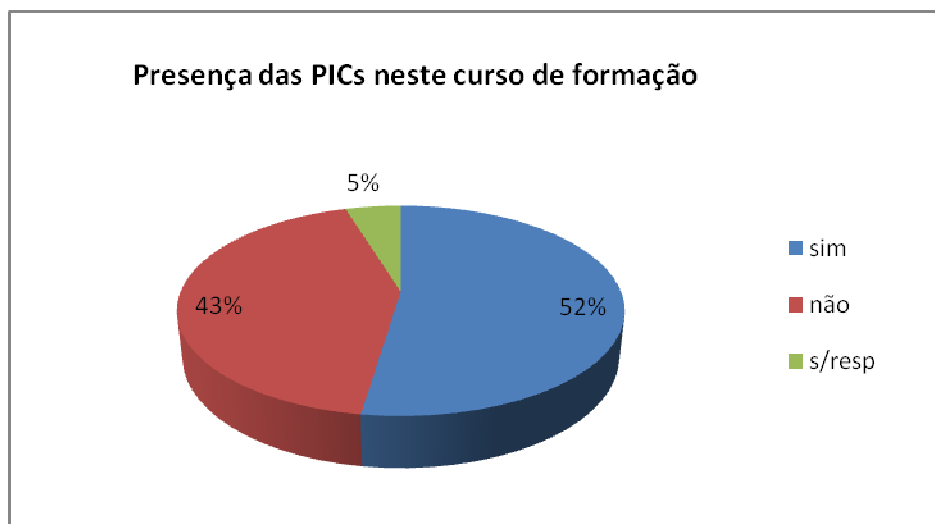


Gráfico 3 - As PIC fazem parte da concepção de formação desta graduação?

Os dados levantados nesta questão revelam que em 52% dos cursos as PIC fazem parte da concepção e formação da grade curricular, sendo que em 43% deles não há esta presença, e 5% não responderam.

Questão 4 – Diante das diretrizes do SUS fica clara a necessidade das PIC como uma nova abordagem educacional. A questão 4 pesquisa se as PIC estão inseridas no conteúdo de alguma disciplina curricular.

Tabela 4 – Existência de disciplinas relativas as PIC nos cursos pesquisados.

No curso há alguma disciplina que contempla as PIC?		
	Sim	Não
F	13	8
%	62%	38%

Fonte: pesquisadora, 2010

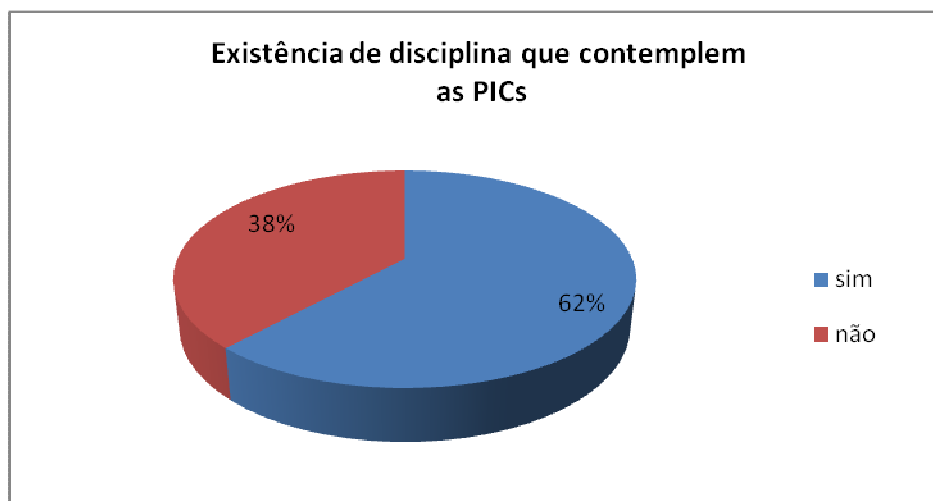


Gráfico 4 - No curso onde você atua há alguma disciplina que contempla as PICs?

Este aspecto da investigação revela a presença de disciplinas relacionadas às PIC incluídas na grade curricular de cursos de graduação na área de saúde, com 62% de resposta positiva, justificando a importância da interdisciplinaridade na política de saúde vigente no país. Os 38% apontados como ausência de disciplinas que contemplem as PIC confirmam o pouco conhecimento e divulgação desta política no sistema de saúde brasileiro.

Questão 5 – Esta questão procura medir o grau de importância que as terapias complementares ocupam na matriz curricular dos cursos, observável na carga horária dedicada às mesmas.

Tabela 5 – Qual a Terapia Complementar que faz parte da grade curricular dos cursos pesquisados

Qual Terapia Complementar faz parte da grade curricular?							
	Homeopatia	Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura	Medicina Antroposófica	Plantas Medicinais e Fitoterapia	Termalismo Social-Crenoterapia	Outras	Resposta negativa
FF(21)	4	7	1	4	0	4	9
(100)	20%	35%	5%	20%	0%	0%	5%

Fonte: pesquisadora, 2010

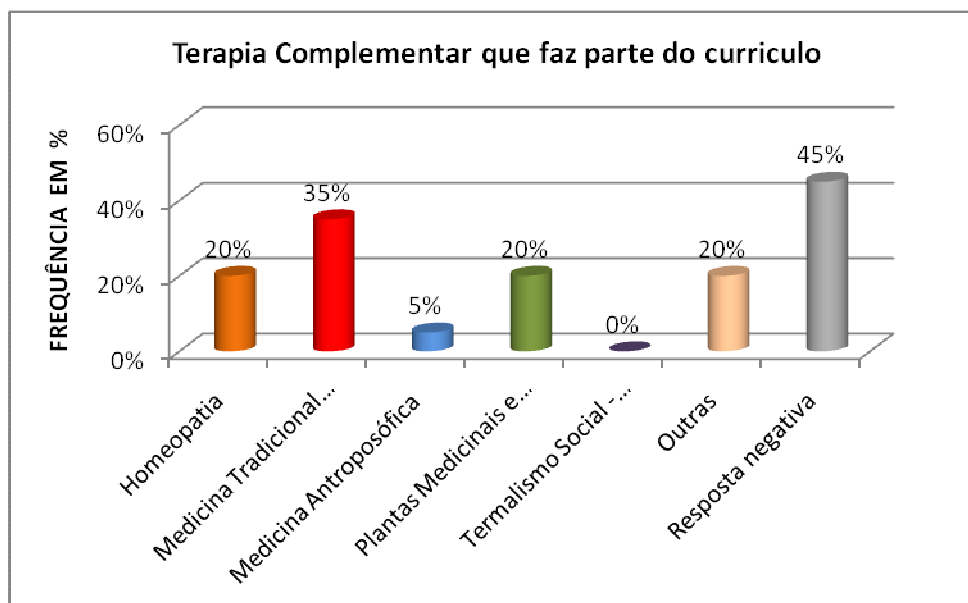


Gráfico 5 - Qual a Terapia Complementar faz parte da grade curricular dos cursos pesquisados, frequência de respostas em %.

Ao quantificar as respostas referentes à questão 5 convém considerar que 45% dos entrevistados apresentaram resposta negativa, tornando o universo representativo em apenas 55% do total dos participantes. Destes, a maior ênfase ocorreu na MTC com 35% de frequência entre os cursos apontados, seguido pela Homeopatia e Plantas Medicinais/Fitoterapia, ambos com presença de 20%. O menor índice apontado diz respeito à Medicina Antroposófica, com índice de apenas 5%. Quanto ao aspecto “outras”, cuja frequência de resposta foi 20%, constaram disciplinas diversas aos conteúdos componentes das PIC (detalhamento Apêndices 4 e 5, respectivamente, p. 122 e p. 125)

Questão 6 - A sexta questão investiga a participação dos coordenadores em evento científico com foco no conhecimento da PNPIC vigente no SUS, por serem tais eventos meios eficientes e eficazes de divulgação.

Tabela 6 – Participação em eventos científicos referente as PIC

	Já participou de evento científico, com foco no conhecimento da PNPIC vigente no SUS?	
	Sim	Não
F (21)	6	15
% (100)	29%	71%

Fonte: pesquisadora, 2010

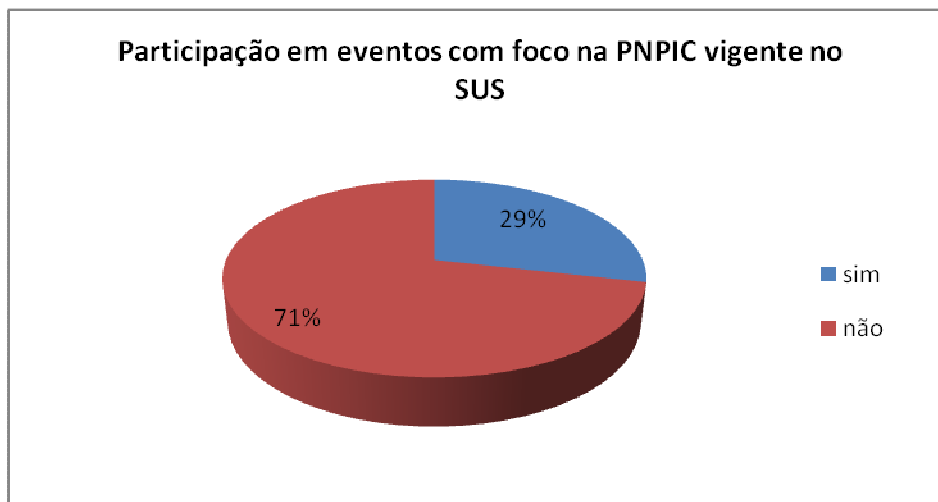


Gráfico 6 - Participação em evento científico, que tenha como foco o conhecimento da PNPIC vigente no SUS?

Apenas 29% das respostas foram afirmativas, enquanto 71% dos coordenadores negaram participação em eventos científicos sobre PIC.

A seguir é apresentada a grelha em que se organiza o conteúdo das questões abertas do questionário. Em seguida, são analisados os dados/conteúdos.

Tabela 7 – Grelha de análise

		POSICIONAMENTO DAS IES				
		Aceitação	Flexibilidade	Resistência/Negação	Ausência	Porcentagem
APLICAÇÃO DA PNPIC	Desconhecimento			54		29,8%
	Conhecimento sem interesse			18		9,9%
	Conhecimento com interesse		16			8,8%
	Disseminação (cursos e eventos)		42			23,2%
	Aplicação parcial (inclusão de disciplinas optativas, disc. na matriz curricular)	27				14,5%
	Aplicação parcial – reformulação do curso (visão ampliada: integralidade/inter, multidisciplinaridade)	25				13,8%
	Aplicação plena (consolidação – reforma do ensino)					-
	Porcentagem	30%	31%	39%	-	100%

Fonte: da própria autora; modelo conf. Bardin (1977, p. 61)

A utilização do Método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977), oportunizou, a partir de uma primeira leitura das questões abertas, pela autora chamada “flutuante”, o surgimento de hipóteses para a classificação das unidades temáticas. O procedimento de repartição para tratamento dos dados brutos (181 respostas) foi realizado utilizando-se o raciocínio indutivo, ou seja,

partimos dos elementos particulares e reagrupamo-los progressivamente por aproximação de elementos contíguos, para no final [...] atribuímos um título à categoria (BARDIN, 1977, p. 62).

As duas categorias encontradas foram intituladas “Posicionamento das IES em relação à PNPIC” e “Aplicação da Portaria 971/2006”. As duas dimensões pertinentes e cruzadas refletem e sistematizam as relações das instituições com a Política Nacional das Práticas Integrativas Complementares e situam estas mesmas instituições quanto à etapa de aplicação da Portaria no âmbito da graduação do Ensino Superior.

A grelha de análise indica qualitativa e quantitativamente em que medida as IES foram impactadas pela mudança conceitual do binômio saúde-doença, que desencadeou a parceria entre o Ministério da Saúde (Portaria 971/2006) e o Ministério da Educação (Resolução nº 350 de 09 de junho de 2005).

A categoria “Aplicação da Portaria 971/2006” demonstra as etapas em que se encontram as IES em direção à aplicação e consolidação da política nacional: a) desconhecimento absoluto sobre a Portaria; b) conhecimento sem interesse; c) conhecimento com interesse, observando a importância do assunto; d) disseminação da Portaria por meio de eventos, seminários, cursos de extensão; e) aplicação parcial, inserindo disciplinas optativas e até disciplina na matriz curricular (Noções de Práticas Integrativas Complementares); f) Aplicação parcial com reformulação de curso (no caso – Curso de Medicina) com visão ampliada abrindo as possibilidades de diagnóstico e tratamento voltados para a totalidade do ser humano.

A categoria “Posicionamento das IES em relação à PNPIC” demonstra a relação das instituições com o tema: Aceitação, Flexibilidade e Resistência/Negação.

A partir dos resultados da pesquisa, como um todo, é possível afirmar que as Instituições de Ensino Superior contatadas estão ainda caminhando a passos lentos no sentido da concretização dos objetivos propostos pela PNPIC, como é possível verificar pelos depoimentos dos participantes da pesquisa: *“Ainda há o desconhecimento referente ao assunto para ser abordado integralmente nas aulas”*.

Apenas um terço delas inicia o processo de conhecimento das mudanças ocorridas no Sistema de Saúde do país, oportunizando as reflexões sobre a Portaria

971, por meio de eventos, discussões, debates e de algumas ações mais efetivas como disciplinas optativas, cursos de extensão, entre outras. As instituições restantes desconhecem o conteúdo da política, ou têm poucas informações a respeito.

Porém, apesar da insignificante repercussão dentro das instituições de ensino, ocorrem iniciativas esparsas entre os docentes, segundo os coordenadores, na busca de alternativas para o desempenho de suas atribuições na área, como médicos, biomédicos, fisioterapeutas, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, etc. Como por exemplo: *“Poderíamos criar clínicas de atendimento, relacionando pesquisa, extensão e ensino, proporcionando abertura de novos campos de estágio onde o biomédico formado poderá se habilitar”*.

as, no âmbito da formação dos futuros profissionais, na práxis da docência, pouco se tem realizado diante das mudanças paradigmáticas da sociedade em geral e da área da saúde, em especial.

A falta de interação entre o SUS e as IES é notória. O *“modelo biomédico de atendimento à saúde ainda persiste”*, *“Houve discussão para tal, mas não encontramos um espaço visto que as tradicionais ocupam todo espaço”*, conforme depoimento de alguns coordenadores, e por outro lado o sistema de ensino parece ainda não estar preparado para proceder às transformações necessárias, no que concerne às propostas curriculares e quanto à visão de homem que se pretende formar.

Como foi visto, o modelo hegemônico de formação baseia-se numa visão reducionista, cartesiana, que divide mente e corpo, desqualificando desta maneira, os aspectos psicológicos, sociais, ambientais que interferem no processo das doenças. Este modelo gerou a visão fragmentada do ser humano.

Considerando-se também o inadequado preparo dos profissionais da saúde, o alto custo dos serviços (fundamentados em especializações) e a incapacidade de perceber as reais necessidades da população, não é de causar espanto a realidade observada na sociedade atual e, especificamente, nas agências formadoras. Com isso, estabeleceu-se um novo paradigma chamado “da integralidade”.

Outro dado importante que a pesquisa forneceu refere-se ao fato de que aos coordenadores, co responsáveis pelo processo de ensino e de aprendizagem, nas IES, falta o entendimento mais aprofundado sobre questões pedagógicas inerentes ao cargo, como por exemplo: o oferta de conteúdos mais abrangentes, pautados nas reais necessidades de atendimento à saúde da população, elaboração, junto aos

professores, de projetos interdisciplinares que possam contribuir para a formação humana e profissional de qualidade.

Isto porque, o modelo biomédico, entre outros fatores, tem influenciado a organização curricular no ensino superior, ainda presa “nas grades” do conhecimento passado, legitimado pela ciência tradicional, descontextualizada dos desafios do presente, a despeito das novas Diretrizes da Educação e da Saúde, direcionadas para os cursos desta área, na tentativa de romper com a formação biologicista.

Se a práxis só ocorre quando a prática e a teoria promovem transformações efetivas no seio da sociedade, conforme os autores consultados, então o trabalho técnico pedagógico que se tem realizado nas IES, ainda está longe de cumprir o seu papel, ou seja, fazer da educação alavanca para o desenvolvimento do país.

As respostas de alguns participantes da pesquisa denotaram que é possível encontrar no meio acadêmico, misturadas, as várias concepções filosóficas da educação, tão bem conceituadas por Saviani na construção teórica deste estudo. Quando, por exemplo, um coordenador responde que desconhece uma Portaria que há anos integra a Constituição de seu país, porque o assunto não faz parte das diretrizes educacionais da área em que atua “Não é a minha área de atuação, dessa forma tenho conhecimento insuficiente sobre a política” (*Corpus I*, Apêndice 3, p. 111), percebe-se com clareza o ensino que privilegia conteúdo; ao deparar-se com uma resposta como “Particpei do evento tal..., mas não foi a PIC o motivo”, vinda de um coordenador da área da saúde, parece que se está questionando um profissional da escola tradicional, desatualizado e resistente às inovações.

O reduzido número de horas aula ofertado para o ensino das disciplinas da Medicina Complementar é a sinalização mais ostensiva de que as PIC ainda não estão recebendo o tratamento adequado, dada a importância que têm no contexto da saúde da população, como forma de atendimento à totalidade do ser humano, que corresponde, hoje, ao homem omnilateral descrito por Marx, ontem.

Nesta perspectiva, está o princípio que fundamenta as PIC que consideram o ser humano em sua totalidade, porém, o cenário que se configura, em relação à parceria do sistema de saúde com a educação, ainda não está completo. Os atores não estão com seus diálogos incorporados, o vestuário é antigo para personagens do século XXI encenarem em ambiente moderno, e a platéia parece assistir ao ensaio.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É com certo alívio e certa angústia que chego às últimas páginas desta dissertação. Alívio porque, após o estudo teórico sobre meu tema de pesquisa, consigo enxergar mais longe e vejo que a minha formação profissional está, há muito tempo distanciada dos aspectos reducionistas de um século que acabou, mas que deixou marcas profundas no âmago de nossa sociedade e a formação humana que recebi, ao longo do caminho direcionou minhas escolhas no sentido de tratar meus semelhantes, e em especial, meus alunos e pacientes, com todo o respeito aclamado pela tão esperada abordagem de totalidade, apesar das dificuldades de compreensão que tive que enfrentar.

Angústia porque participei ativamente dos processos de transformação na área da saúde e ao ver a PNPIIC abrir as portas para a população, através do SUS, achei que sua consolidação poderia ser mais rápida.

Ao iniciar o árduo trabalho intelectual na produção deste texto, meus objetivos eram outros. Gostaria de poder verificar por que o profissional da medicina, chamada clássica ou científica, começava a voltar seu olhar para a Medicina Complementar e Alternativa.

Os percalços da trajetória acadêmica e da trajetória pessoal, mostraram desde logo, que meu problema de pesquisa era por demais ambicioso, dada tantas implicações políticas, socioeconômicas e educacionais que permeiam, de forma polêmica, um estudo desta natureza e tive que estreitar minha perspectiva de produção, até reencontrar novo objeto de estudo para desenvolver.

Assim foi que me perguntei, se a Política Nacional da Práticas Integrativas e Complementares solicitam a intervenção de dois Ministérios para legitimar a busca de soluções humanas para tratar das questões da saúde do povo brasileiro, transformando em dispositivo legal, soluções para as apreensões dos profissionais da área e de tantas outrass instâncias governamentais e não governamentais, então é relevante investigar qual a repercussão da Portaria nas instituições de ensino?

A resposta não foi exatamente o que esperava, contrária às minhas expectativas, foi possível verificar que a atividade teórico prática dos profissionais da educação, nas IES, ainda não se configuraram como práxis na formação dos profissionais da saúde, já que as transformações são lentas e as discussões não impulsionaram uma reforma à altura das necessidades em saúde.

A nova pergunta problema suscitou igualmente novos objetivos.

Do objetivo geral da pesquisa “Analisar se a aplicação da PNPIC, nas Instituições de Ensino Superior, tem se configurado em um fundamento importante na formação de alunos na área da saúde”, apreende-se que para a grande maioria dos cursos a PNPIC não é fundamento essencial, no sentido que Saviani imprime ao termo, já que a coordenação pedagógica não acompanha e não está alinhada às políticas públicas em um processo pleno de parceria.

A história da Saúde no Brasil conta as grandes dificuldades que o país enfrentou na conquista de padrões mais elevados de atendimento, pela presença do capitalismo, e outros “ismos”. Um sistema sócio econômico cruel que divide os brasileiros em classes, secciona o homem e fragmenta o conhecimento.

Dentre as páginas mais bem escritas desta história, e que determinaram algumas mudanças importantes no Sistema de Saúde do país, podem ser citadas as que registram ações como: a OMS com a finalidade de dirimir insuficiências nos sistemas de saúde dos Estados Membros, ampliou suas ações criando políticas nacionais de MT/MCA; no Brasil, as políticas públicas ao serem redefinidas, ou seja, superada a visão biológica do ser humano para a compreensão da totalidade, estabeleceu a integralidade da atenção como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais da área de saúde (esta interface saúde/educação compromete o ensino superior a contribuir na concretização das políticas públicas do SUS); tem grande relevância também a Conferência de Alma Ata que ampliou a concepção de cura e preservação, resultando em longevidade e incentivando “os governos de todos os países às práticas de saúde eficientes, eficazes e socialmente igualitárias”; a população brasileira agradece a Política de Humanização desenvolvida pelo Ministério da Saúde e em especial à Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares, em vigor desde 2006.

A pesquisa concluída mostra que as estratégias de divulgação da Portaria 971 não têm obtido ressonância significativa nos meios acadêmicos, sinalizando a necessidade de maior comprometimento da área educacional frente à missão de formar os profissionais da área.

O método de análise permitiu categorizar os dados colhidos no campo e tematizar claramente o posicionamento das IES no sentido da consolidação e aplicabilidade da Portaria.

De acordo com os resultados, temos ainda um longo percurso a trilhar tendo em vista dois aspectos decisivos: a flexibilidade de algumas agências formadoras que, inevitavelmente, farão a diferença no mercado de trabalho, visto que estarão à frente das demais e no movimento dialético da sociedade civil que se apresenta cada vez mais acelerado, dado que as mudanças paradigmáticas não esquentam seu lugar, sendo logo superadas e abrindo espaço para novos saberes e novas revoluções no pensamento humano.

Como sugestão para outros estudos posso pontuar algumas: investigar, junto às IES quais fatores que dificultam o livre acesso às informações sobre a PNPIC; investigar, junto às agências do SUS quais as ações do sistema no sentido de estreitar a comunicação com as agências formadoras para consolidação da Portaria, investigar, junto aos centros de pós graduação em saúde, quais e por que os profissionais com formação acadêmica clássica buscam as PIC.

REFERÊNCIAS

ARENHARDT, Simone; GERHARDT, Márcia L.; CARGNIN, Elisane Scapin. **A Escola e os Constantes Desafios da Sociedade**. 2006. Disponível em: <www.unifra.br>. Acesso em: 29 ago. 2009.

AZEVEDO, Fernando de. **A educação entre dois mundos: Problemas, perspectivas e orientações**. Rio de Janeiro: Ed. Melhoramentos, 1958.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa , Portugal: Edições 70, 1977.

BARROS, Nelson Filice de; SIEGEL, Pâmela; SIMONI, Carmen De. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, Dec. 2007.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001200030&lng=en&nrm=iso. Acesso em 4 Mai 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Casa Civil, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm Acesso em 05 mai 2010.

BRASIL. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006[a]. Seção 1. Edição n.84. p.20-25.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf> Acesso em 11 fev 2011.

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, **Seminário: mais de 800 municípios oferecem acupuntura, fitoterapia ou homeopatia no SUS**. 2008. Disponível em http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1439&psecao=7 Acesso em 03 mai 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978.

ESTRATEGIA DE LA OMS sobre medicina tradicional 2002–2005. Geneve: OMS, 2002.

FALEIROS; Et all, 2006.

FERREIRA, Naura Syria Carapeto. **Supervisão educacional para uma escola de qualidade**. 7ª. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

_____. *Gestão Democrática da Educação para uma formação humana: conceitos e possibilidades*. In: **Em Aberto**. Brasília, v. 17, n.º 72. Fev/jun.2000

_____. A gestão da educação e as políticas de formação de profissionais da educação: desafios e compromissos. In: FERREIRA, Naura Syria Carapeto. **Gestão democrática da educação: atuais tendências, novos desafios**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

_____; Bittencourt, Agueda Bernadete. **Formação Humana e Gestão da Educação: A arte de pensar ameaçada**. São Paulo: Cortez Editora, 2008

GONDIM, Fernanda Isabela D. et al. **As Terapias Complementares e a Monitoria se Fundamentos da Homeopatia: A busca pelo novo na formação em saúde. X Encontro de Iniciação à Docência**. UFPB – PRG, 2000.

INSTITUTO UNISAUDE. **PNPIC cresce no Brasil**. 2007. Disponível em <http://www.portalunisaude.com.br/home.php?s=lernoticia&cod=224> e em http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&source=hp&q=A+Cria%C3%A7%C3%A3o+de+uma+rede+intra+e+intersetorial+para+avaliar+e+administrar+de+maneira+mais+eq%C3%BCaneme+&meta=&rlz=1R2ADFA_pt-BRBR380&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai= Acesso em 24 abr 2010

JUNIOR, Gilson Porto. A Universidade do Distrito Federal (UDF): Um Retrospecto. Revista de pedagogia, ano 2. Volume 4, Disponível em: <http://www.fe.unb.br/revistadepedagogia/numeros/04/artigos/Revista%20de%20Pedagogia%20-%20numero%2004%20artigo%2002.pdf> Acesso em: 17 jun. 2008.

KOSÍK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MACEDO, Paula C. M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, dez. 2007.

MANACORDA, Mario Alighiero. **Marx y la Pedagogía Moderna**. Barcelona: Oikostau s.a. ediciones, 1969.

MARX, Karl Heinrich. Bericht des Generalrats uber das Erbrecht (Relatório do Conselho Geral sobre o Direito de Herança). In: **Marx und Engels Werke** (Obras de Marx e Engels). Berlim: Dietz, 1961, vol. 16, p. 367.

MINISTÉRIO da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Editora MS, 2006.

MIZUKAMI, Maria da Graça N. Abordagens didáticas. In:_____ **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

MORAN, José M. Educação social-escolar humanista e inovadora. In:_____ **Educação que Desejamos: novos desafios e como chegar lá**. Campinas: Editora Papirus, 2007.

8ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. **Relatório final**. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf Acesso em 08 abr 2010

OMS 2002, p. 05

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Conferência nacional de saúde on line**. Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, Buenos Aires, Outubro de 1995. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/MARE.htm> Acesso em 12 abr 2010

PINTO, Alvaro Vieira. **Ciência e existência**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

RENASCEBRASIL. Aposentadoria e previdência social.
Disponível em:http://www.renascebrasil.com.br/f_aposentadoria2.htm Acesso em 04 mai 2010

SANTANA, José P. de; CAMPOS, Francisco E. de; SENA, Roseni R. de. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade**. Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde-CADRHU, 2002.

SAVIANI, Dermeval. Tendências e Correntes da Educação Brasileira. In: MENDES, Dumerval T. (Org.). **Filosofia da Educação Brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983. p. 19-47.

_____. (coord.) Et all; **Filosofia da educação brasileira**. 6ª edição – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

STEENBOCK, Mario. **Previdência social**. Brasília: Senado Federal.

Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/paulopaim/pages/principal/destaques/previdencia/privada/arquivo/ApresenHistPEP.doc> Acesso em 05 mai 2010.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Portaria no. 971, 03 de maio de 2006**.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf> Acesso em 05 mai 2010

VASQUEZ, Adolfo Sanchez. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tradicional Medicine Strategy 2002-**

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – MODELO DE QUESTIONÁRIO

Curso de graduação em: _____.

Formação da Coordenadora (o): _____.

Titulação: Especialista() Mestre() Doutor()

Em que área de conhecimento: _____.

1 A PNPIC É UMA POLÍTICA PÚBLICA VIGENTE NO SUS REFERENTE A SISTEMAS MÉDICOS COMPLEXOS E RECURSOS TERAPÊUTICOS QUE SÃO DENOMINADOS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS) DE MEDICINA TRADICIONAL E COMPLEMENTAR/ALTERNATIVA (MT/MTC).

1.1 Conhecimento da coordenadora (o) sobre Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares(PNPIC):

() Conheço muito () Conheço () Tenho algum conhecimento

() Desconheço

POR QUE? EXPLIQUE:

2 ESTA POLÍTICA VISA AVANÇAR NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROMOÇÃO GLOBAL DO CUIDADO HUMANO, CONSTRUINDO UM CENÁRIO DE ABORDAGENS EDUCACIONAIS, ESTAS, ONDE O PROFISSIONAL ENRIQUECERÁ SUA FORMAÇÃO COM O CONHECIMENTO E CAPACITAÇÃO NA ESFERA DA MEDICINA TRADICIONAL E DA MEDICINA COMPLEMENTAR/ALTERNATIVA.

2.1 Qual é em sua opinião o entendimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares entre os docentes deste curso?

() Conhecem muito () Conhecem () Tem algum conhecimento

() Desconhecem

POR QUE? EXPLIQUE:

3 A CONCEPÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES CONDUZ O PROFISSIONAL DA SAÚDE NA COMPREENSÃO DE QUE SE FAZ NECESSÁRIA A DE UMA CONCEPÇÃO INTEGRAL COM VISÃO AMPLIADA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A PROMOÇÃO GLOBAL DO CUIDADO HUMANO.

3.1 As Práticas Integrativas e Complementares fazem parte da concepção de formação desta graduação? ()SIM ()NÃO

POR QUE? JUSTIFIQUE:

4 DIANTE DAS DIRETRIZES DO SUS FICA CLARA A NECESSIDADE DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PIC) COMO UMA NOVA ABORDAGEM EDUCACIONAL

4.1 No curso onde você atua como coordenador (a) tem alguma disciplina que contempla as Práticas Integrativas Complementares (PIC)?

() SIM () NÃO POR QUE? JUSTIFIQUE:

5 Sinalize qual a Terapia Complementar que faz parte da grade curricular? Se a resposta for positiva: Escreva ao lado a carga horária e em que períodos do curso?

() Homeopatia () carga horária () período do curso

() Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura

() carga horária () período do curso

() Medicina Antroposófica () carga horária () período do curso

() Plantas Medicinais e Fitoterapia () carga horária () período do curso

() Termalismo Social – Crenoterapia () carga horária () período do curso

() Outras (Quais? _____)

5.1 Em que ano ela foi inserida na grade curricular? E PORQUE DO ANO EM QUESTÃO?

SE NÃO FOI INSERIDA NA GRADE CURRICULAR, JUSTIFIQUE O PORQUÊ?

6 Você já participou de algum evento científico, que tenha como foco o conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) vigente no SUS. () SIM () NÃO PORQUE?

6.1 Se a resposta for positiva, quando, QUAL ou QUAIS o(s) nome(s) do(s) evento(s)?_____.

E QUAL FOI A CONTRIBUIÇÃO?_____

7 O MINISTÉRIO DA SAÚDE APROVOU, POR MEIO DA PORTARIA 971 DE 3 DE MAIO DE 2006, A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES(PNPIC) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. TAL INSTRUMENTO LEGAL OBJETIVA IMPLEMENTAR A PRÁTICA DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES NÃO SÓ AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, MAS TAMBÉM A TODA A POPULAÇÃO QUE FARÁ USO DAS MESMAS COM ENFÂSE NA ATENÇÃO BÁSICA, ALÉM DE CONTRIBUIR PARA O DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NAS ÁREAS ABORDADAS, FINANCIANDO E ESTIMULANDO TAIS PRÁTICAS NO AMBIENTE EDUCACIONAL.

7.1 Considerando que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) está vigente no SUS, o que o curso poderia fazer para consolidá-la e torná-la mais efetiva na formação do graduando?

8 A FORMAÇÃO HUMANA CONDUZ A UMA ABORDAGEM INTEGRAL DO HOMEM E É DIFERENCIADA DA OBSERVADA NA MAIORIA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO, POIS CRIA UM CERTO VÍNCULO DO PROFISSIONAL COM SEU PACIENTE, DIMINUINDO O RISCO DE AGRAVO E REINCIDÊNCIA, POR FAZER COM QUE O PACIENTE TENHA CONHECIMENTO DO SEU QUADRO E DO QUE DEVE SER FEITO PARA MANTER A SAÚDE ESTÁVEL. ESTE TIPO DE FORMAÇÃO AGREGA QUALIDADE À SUA PRÁTICA TERAPÊUTICA, AUMENTANDO AS SUAS POSSIBILIDADES NO QUE DIZ RESPEITO A ACRESCENTAR VALOR À SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

8.1- Considerando que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) tem como norteador pedagógico a visão integrativa do homem em seu contexto, qual a sua compreensão e parecer sobre abordagens pedagógicas em saúde com esta conduta?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO

CURITIBA,de 2010.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada **“A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE”**, que tem como pesquisadora principal a mestranda em Educação pela Universidade Tuiuti do Paraná, Magali Sefrian Martins Rosemann de Oliveira (RG3.609.051 0 –Fone: (41)-99875864; e-mail: magalisefrian@gmail.com), sob a orientação da Professora Dra. Naura Syria Carapeto Ferreira. Tal estudo tem como **objetivo geral** da pesquisa analisar se a aplicação da PNPIC, nas Instituições de Ensino Superior, tem se configurado em um fundamento importante na formação de alunos na área da saúde.

A sua participação é voluntária e tem como método de coleta de dados um questionário relacionado com a temática. Caso você participe da pesquisa não será necessário fazer exames ou consulta médica, o estudo não aplica nenhum tipo de desconforto, não há risco em participar da pesquisa, não será utilizado um grupo controle ou placebo, e não haverá recompensa monetária ou quaisquer outras ao participar do mesmo. Seu anonimato é garantido e os resultados serão divulgados respeitando-se a Resolução 196/96. A qualquer momento desta pesquisa você pode retirar seu consentimento se assim o desejar, sendo garantido que não haverá qualquer forma de retaliação do profissional.

Declaro que concordo em participar e que minhas dúvidas foram sanadas,

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 3 – *CORPUS* DE ANÁLISE

CORPUS DE ANÁLISE 1

IES A – Enfermagem (F) – *“Trata-se de novos recursos terapêuticos que estão sendo regulamentados para a assistência ao cliente, por esse motivo deve ser ofertado na academia aos profissionais da área da saúde”.*

- Enfermagem (M) – *“Realizei alguns cursos na área e desenvolvi um trabalho alternativo para tratamento de usuários de drogas, mas na linha comportamental e das relações e comunicação terapêutica em grupos focais”.*

- Fisioterapia (F) – *“Em nossa profissão, Fisioterapia, debatemos recentemente sobre Acupuntura. Os médicos queriam ter direito exclusivo, por ser procedimento invasivo”.*

IES B – Fisioterapia (F) – *“O PNPIC é um projeto do SUS que integrou ao atendimento público a utilização de técnicas da Medicina Tradicional Chinesa”.*

IES C – Biomedicina (M) – *“Otimizar o atendimento ao ator principal (o paciente) de forma trans, inter, multidisciplinar”.*

- Enfermagem (F) – *“Não é a minha área de atuação, dessa forma tenho conhecimento insuficiente sobre a política”.*

IES D – Biomedicina (F) – *“Leituras de conhecimento geral e acompanhamento das práticas do SUS”.*

- Enfermagem (F) – *“Não me aprofundei neste conhecimento ainda. Tenho interesse no assunto para divulgação com os alunos/docentes”.*

- Farmácia (F) – *“Assunto comentado em algumas reuniões de grupo”.*

- Fisioterapia (F) – *“Desconhece”.*

IES E – Enfermagem (F) – *“Em uma palestra do MS, fiquei sabendo sobre a política nacional”.*

- Medicina (M) – *“Estudo a área de racionalidades terapêuticas, tenho título de especialista em Homeopatia”.*

- Psicologia (F) – *“Desconhece”.*

IES F – Educação Física (F) – *“Atuo na área pedagogia da Educação Física e trato de questões referentes à formação do/a docente nas questões referentes ao cuidado do processo de aprender. Já o curso de Bacharelado prepara o profissional da Educação Física com um dos enfoques na questão da saúde no sentido amplo do bem estar do indivíduo. Contudo, há que considerar que o exercício físico é um coadjuvante neste processo, pois a saúde envolve questões básicas como saneamento, moradia, emprego, etc.”*

- Enfermagem (M) – *“Porque é um tema que continua ‘alternativo’ inclusive como tema/conteúdo para a formação. Portanto, as informações relacionadas têm pouca circulação ou prioridade na vida acadêmica. O modelo biomédico hegemônico também nisso demonstra sua força, ou seja, ao continuar marginalizando as práticas de diagnóstico e tratamento. A título de exemplo, a ‘força’ deste modelo se visibiliza na insistência do ‘projeto médico’, nos dias atuais. O modelo biomédico não é hegemônico à toa. Ele é um modelo que é orgânico à lógica da acumulação capitalista (no campo da saúde, é claro). Na medida em que a abordagem do ser humano e suas relações é feita excluindo-se a dimensão social da produção/consumo, a tendência é que o corpo humano seja aceito com um objeto passivo de interferências meramente tecnológicas. A ideologia dominante (do capital) precisa legitimar o consumo da indústria médico-hospitalar, e para isso, nada melhor do que minimizar, ou até mesmo, negar a natureza social dos seres humanos”.*

- Medicina (M) – *“Passamos recentemente por uma extensa reforma curricular do Curso de Medicina e as diretrizes da PNPIC foram um dos documentos considerados na composição das novas metas curriculares”.*

IES G – Biomedicina (F) – *“Na inserção da disciplina de Práticas Integrativas Complementares, tenho tido contato com as políticas dessas práticas, e conhecimento da atuação de profissionais da saúde em medicina alternativa”.*

- Educação Física (F) – *“Em virtude de estar envolvida com as questões acadêmicas do Bacharelado”.*

- Farmácia (M) – *“Sou coordenador do curso de Farmácia e de Tecnologia em Estética e Imagem Pessoal, sendo assim, são dois cursos integrados; o mesmo explica-se por disciplinas específicas em cada curso: fitoterapia, fitocosméticos, aromaterapia, técnicas alternativas, entre outras”.*

- Fisioterapia (F) – *“Participei de alguns eventos de fisioterapia que mencionaram esta política”.*

- Psicologia (M) – *“Limites e autorizações de uso”.*

CORPUS DE ANÁLISE 2

IES A – Enfermagem (F) – *“Não posso informar, pois os professores foram contratados a pouco tempo e ainda não abordei sobre este assunto”.*

- Enfermagem (M) – *“Nenhum em relação às políticas, só que há uma aplicação em diversas disciplinas, mas que tem propostas governamentais para tal”.*

- Fisioterapia (F) – *“Concordo parcialmente. Existem outrass práticas mais importantes, que chegam no mesmo ponto, ou seja, atingem os mesmos objetivos”.*

IES B – Fisioterapia (F) – *“Acredito que a maioria dos professores já ouviu falar no PNPIC, devido o curso ter na sua grade horária disciplinas optativas com técnicas de Medicina Tradicional”.*

IES C – Biomedicina (M) – *“Desconhecem pela formação tradicional e hegemônica”.*

- Enfermagem (F) – *“Em algumas disciplinas do curso de Enfermagem são abordados aspectos que auxiliam a recuperação de pacientes por meio de formas alternativas de tratamento. Por ex: eu abordo o estresse entre profissionais da saúde no desempenho de suas ações e como medidas que podem aliviar, enfoco entre outrass a acupuntura, pois sabidamente aliviam muito as tensões. Este critério de adotar formas alternativas representam o cuidado humano, ao trabalhador da saúde, o que pode se estender aos docentes”.*

IES D – Biomedicina (F) – *“Não é o foco principal do curso”.*

- Enfermagem (F) – *“Penso que entre os docentes o assunto ainda não é claro. Reitero novamente o interesse nesta abordagem com os alunos/docentes.*

- Farmácia (F) – *“Nunca escutei discussão sobre esse tópico em minha instituição”.*

- Fisioterapia (F) – *“Desconhecem”.*

IES E – Enfermagem (F) – *Não. Sem justificativa.*

- Medicina (M) – *“Parte dos professores conhecem bem, são acupunturistas, homeopatas, médicos de família e cientistas sociais. Outra parte atua nos hospitais e a Portaria não chegou a influenciar no seu trabalho”.*

- Psicologia (F) – *“Não”. Sem justificativa.*

IES F – Educação Física (F) – *“Na disciplina Tópicos Especiais de Exercício e Esporte há uma discussão promovida no sentido do entendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disto, temos no curso de Bacharelado, profissionais formados em Farmácia e Bioquímica, Médicos e Fisioterapêutas o que possibilita um olhar ampliado sobre o tema em questão, mas não é uma discussão recorrente no curso”*

- Enfermagem (M) – *“Pelas razões expostas (questão 1). A Universidade, na minha concepção, mais sustentada por visões teóricas com base dialética, é uma instituição que tanto reproduz como colabora na superação do quadro social. Numa perspectiva Gramsciana, a universidade pode atuar nas duas direções. Até o momento, ela reproduz muito mais do que transforma”.*

- Medicina (M) – *“O curso de Medicina apresenta uma estruturação tradicional e muitos professores vêm de uma formação acadêmica em que havia pouca flexibilidade curricular e, ao mesmo tempo privilegiavam-se as especialidades médicas que incorporaram altas tecnologias”.*

IES G – Biomedicina (F) – *“Muitos docentes trabalham e lecionam MTC, homeopatia (principalmente os voltados às áreas farmacêuticas). Como nosso corpo docente é formado, em grande parte, por Farmacêuticos, a maioria tem conhecimento ou experiência sobre as práticas”.*

- Educação Física (F) – *“Não”. Sem justificativa.*
- Farmácia (M) – *“Visando o bem estar físico, mental e social através de reflexão sobre os cuidados de si próprio e de outros*
- Fisioterapia (F) – *“Os docentes do curso de fisioterapia não atuam nesta área”.*
- Psicologia (M) – *“Alguns não se aprofundam ou não se informam”.*

CORPUS DE ANÁLISE 3

IES A – Enfermagem (F) – *“Não por motivo do curso em enfermagem ter começado neste ano na instituição”.*

- Enfermagem (M) - *“Houve discussão para tal, mas não encontramos um espaço visto que as tradicionais ocupam todo espaço”.*

- Fisioterapia (F) – *“É uma das opções para a condução de um profissional integral”.*

IES B – Fisioterapia (F) – *“Desde o início do curso existem disciplinas optativas que possuem na sua ementa algumas práticas complementares na MTC”*

IES C – Biomedicina (M) – *“Existe na grade a disciplina de MTC e na nova matriz já foi incluída também a disciplina Medicina Complementar (existem outrass além da chinesa)”.*

- Enfermagem (F) - *“Estes recursos terapêuticos não são contemplados no currículo do curso de enfermagem”.*

IES D – Biomedicina (F) – *“Não, porém o biomédico pode atuar na área de Acupuntura, mas não é o enfoque de nosso curso hoje”.*

- Enfermagem (F) – *“O assunto ainda não é abordado nas aulas ministradas no curso”.*

- Farmácia (F) – *“Algumas disciplinas do curso contribuem para a visão ampliada do processo saúde/doença, a exemplo de Saúde Pública, Farmacotécnica, Atenção Farmacêutica, Formação Técnica Homeopática”.*

- Fisioterapia (F) – *“O currículo compreende Introdução à MTC e Recursos Complementares”.*

IES E – Enfermagem (F) – *“Na proposta curricular do curso de Enfermagem, em vários momentos é abordado as Práticas Integrativas Complementares, especificamente em Saúde e Sociedade e as disciplinas das especialidades. Mas ofertaremos no sétimo período como optativa”.*

- Medicina (M) – *“As disciplinas de Saúde da Família que ocorrem na rede básica, os internatos em Saúde Coletiva e a disciplina de Ciências Sociais em Saúde informam os alunos sobre as Práticas Integrativas Complementares (PIC)”.*

- Psicologia (F) – *“Tais práticas dizem respeito à pós graduação, pelos conhecimentos específicos que exigem em outras áreas”.*

IES F – Educação Física (F) – *“Não são práticas integrantes do currículo do curso de Bacharelado, mas discussões que são possibilitadas devido à formação dos docentes (isto é, alguns) que atuam no curso de Bacharelado. Ex: trabalho realizado com obesos onde são orientados quanto às avaliações e indicação de exercícios”.*

- Enfermagem (M) – *“Sim e não. Sim porque no curso é quase um consenso de que o processo saúde/doença se promove não apenas com os recursos legitimados pela chamada medicina científica. Essa promoção depende de condições sociais, econômicas, culturais, simbólicas, psicológicas, etc. Não, porque o currículo não privilegia o tema com uma disciplina específica e nem organiza práticas com os alunos, destinadas à vivência das PIC.*

- Medicina (M) – *“É preocupação do atual currículo médico permitir uma maior integração do aluno com a comunidade, de modo que percebam melhor o processo saúde/doença e com isto incorporem medidas e processos terapêuticos adequados e acessíveis às diversas parcelas da população assistida”.*

IES G – Biomedicina (F) – *“A partir do currículo 2010, será inserida a disciplina ‘Noções de Práticas Integrativas Complementares’, para que os biomédicos em formação tenham conhecimento e experiências além do conhecimento de medicina laboratorial, tratamentos e profilaxias tradicionais”.*

- Educação Física (F) – *“No Bacharelado no conteúdo programático de algumas disciplinas – Aptidão Física e Saúde e Projeto Interdisciplinar em Promoção Humana em Saúde”.*

- Farmácia (M) – *“Principalmente no que concerne à relação do autocuidado, a estima, o reconhecimento do seu ‘eu’ como pessoa”.*

- Fisioterapia (F) – *“Estará fazendo a partir do novo currículo da Fisioterapia”.*

- Psicologia (M) – *“Não. São dadas noções e principalmente as restrições de uso”.*

CORPUS DE ANÁLISE 4

IES A – Enfermagem (F) – *“Não”. Sem justificativa.*

- Enfermagem (M) – *“Comunicação Terapêutica”.*
- Fisioterapia (F) – *“Medicina Tradicional”.*

IES B – Fisioterapia (F) – *“Métodos Alternativos Complementares e Acupuntura aplicada à Fisioterapia”.*

IES C – Biomedicina (M) – *“Vide questão 3”.*

- Enfermagem (F) – *“Não faz parte do currículo de Enfermagem”.*

IES D – Biomedicina (F) – *“Não é a ênfase do curso”.*

- Enfermagem (F) – *“Ainda há o desconhecimento referente ao assunto para ser abordado integralmente nas aulas”.*

- Farmácia (F) – *“Citadas na resposta anterior”.*

- Fisioterapia (F) – *“Disciplina de ‘Recursos Terapêuticos Manuais’ – Ementa contempla MTC”.*

IES E – Enfermagem (F) – *“Explicação acima”.*

- Medicina (M) – *“Ciências Sociais e Saúde”.*
- Psicologia (F) – *“Não”. Sem justificativa.*

IES F – Educação Física (F) – *“Não faz parte do currículo”.*

- Enfermagem (M) – *“Não”. Sem justificativa.*

- Medicina (M) – *“Estamos adaptados às novas diretrizes curriculares do MEC que estimulam as Práticas Integrativas Complementares”.*

IES G – Biomedicina (F) – *“Idem acima”.*

- Educação Física (F) – *“Em parte – em algumas disciplinas vide acima”.*

- Farmácia (M) – *“Como citado anteriormente: as práticas visando o bem estar pode ser evidenciado nas disciplinas bem como nas ações em comunidades, como massagem relaxante, quick massage, reflexologia, entre outros”.*

- Fisioterapia (F) – *“Os conteúdos programáticos das PIC contemplados no currículo 2010-12 com o nome de ‘Noções de práticas Integrativas Complementares’ no sexto período do curso”.*

- Psicologia (M) – *“Orientação e conhecimento”.*

CORPUS DE ANÁLISE 5

IES A – Enfermagem (F) – *“Não foi inserida”*.

- Enfermagem (M) – *“Comunicação Terapêutica – Início do curso - 2010”*.
- Fisioterapia (F) – *“Não”. Sem justificativa.*

IES B – Fisioterapia (F) – *“MTC – 90h – sétimo e oitavo períodos – início 2002”*.

IES C – Biomedicina (M) – *“MTC – 68h – quinto e sexto períodos; Antropologia e Sociologia Aplicadas à Biomedicina – Início em 2006”*.

- Enfermagem (F) – *“Não consta das DCN”*.

IES D – Biomedicina (F) – *“Não é a ênfase do curso. Para Biomedicina a única que poderia ser inserida é a Acupuntura”*.

- Enfermagem (F) – *“Não possui”*.
- Farmácia (F) – *“Homeopatia -60h – quinto período – Início 2006 – ano de criação do curso”*.
- Fisioterapia (F) – *“MTC e Acupuntura – 20h – terceiro período – 2007 – Início do curso”*.

IES E – Enfermagem (F) – *“Homeopatia – 10h – segundo e quinto períodos; Plantas Medicinais e Fitoterapia 10h - segundo e quinto períodos – 2009 – Foi quando o PPC foi elaborado”*.

- Medicina (M) – *“Homeopatia – 2h - primeiro período; MTC - 2h - primeiro período; Medicina Antroposófica - 2h - primeiro período; Plantas Medicinais e Fitoterapia - 2h - primeiro período. Outrass: Eventos de Extensão, Internato (primeiro ano – contato do aluno com o Sistema Único de Saúde)”*.

- Psicologia (F) – *“Idem 3”*.

IES F – Educação Física (F) – *“Informativo. Atualmente estamos avaliando o currículo e nas discussões para o processo de Reforma Curricular pode surgir tal discussão. Mas, até o momento não foi o foco da discussão”*.

- Enfermagem (M) – *“Não procede. Já foi respondida, em sua essência, na questão 1.1”*.

- Medicina (M) – *“Homeopatia – 40h – oitavo período; MTC – 60h – sexto período; Plantas Medicinais e Fitoterapia – 40h – oitavo período – Início 2010. As inserções ocorreram dentro dos ajustes curriculares e novo Currículo de Medicina, incorporando-se gradativamente ao currículo tradicional a partir de 2006 e fazendo parte definitiva do novo currículo ‘in totum’ a partir de 2010. As inserções realizaram-se a partir de extensos debates entre os vários departamentos que constituem o curso de Medicina, onde procurou-se atingir uma contemporaneidade curricular com a inserção precoce e mais prolongada do aluno na comunidade. As soluções comunitárias, as práticas do SUS e os ensinamentos das equipes de Medicina de Família foram fundamentais para o amadurecimento destas incorporações no nosso ensino médico”*.

IES G – Biomedicina (F) – *“MTC – 36h – quinto período – Será inserida em 2012. Está no currículo iniciado em 2010, visando a necessidade dos alunos conhecerem novas formações em que poderão se habilitar futuramente”*.

- Educação Física (F) – *“2008 – formulação do currículo. Está implícita”*.

- Farmácia (M) – *“Homeopatia – 7h – Farmácia sexto período; Plantas Medicinais e Fitoterapia – Farmácia - 54h, Estética 36h; Termalismo Social – Crenoterapia – 54h; Estética quinto período – Início 2006 – Implantação do curso”.*

- Fisioterapia (F) – *“MTC – 36h – sexto período – Início 2006 – Sugestão do colegiado. Enfoque a Inovação e Tradição do curso”.*

- Psicologia (M) – *“Outras: Noções Informativas sobre Acupuntura – nono período – Início 2006 – Mudanças curriculares”.*

CORPUS DE ANÁLISE 6

IES A – Enfermagem (F) – “Desconhecimento”.

- Enfermagem (M) – “Só o assunto próprio da Medicina Alternativa: Fitoterapia, etc. Seminário e Cursos de Extensão pela Clínica Oasis e AVS Saúde. Convite e coordenação de uma das mesas redondas”.

- Fisioterapia (F) – “Não. Falta de tempo e interesse. Existem outrass necessidades e prioridades”.

IES B – Fisioterapia (F) – “Não”.

IES C – Biomedicina (M) – “VIII Encontro de Medicina Integrada – ASAMI. Vide anterior. Palestra mais a apresentação do trabalho científico”.

- Enfermagem (F) – “Não”.

IES D – Biomedicina (F) – “Não”.

- Enfermagem (F) – “Desconheço eventos científicos que relacionem PNPIC com Enfermagem”.

- Farmácia (F) – “Não tive oportunidade”.

- Fisioterapia (F) – “Desconhecimento”.

IES E – Enfermagem (F) – “Fui convidada pelo MS. Passar a política e operacionalização no SUS”.

- Medicina (M) – “Sim. É minha área de atuação. Congressos Nacionais e Regionais de Homeopatia. Minha formação”.

- Psicologia (F) – “Nunca tomei conhecimento de um evento assim”.

IES F – Educação Física (F) – “Particularmente não é a minha área de atuação, mas eu gosto dos princípios de tais práticas porque possibilitam um olhar ampliado da saúde no sentido do cuidado (atenção, olhar desde outros sentidos, isto é, de escuta do outro)”.

- Enfermagem (M) – “Porque o tema estava incluído no rol do evento, mas não foi a razão para a ida ao evento. Tratou-se de um encontro nacional sobre práticas e experiências em Saúde da Família, realizado em Brasília. 2004 – I Amostra Mundial de Saúde da Família em Brasília. Pouca contribuição. Foram informações esparsas e não sistematizadas”.

- Medicina (M) – “Participei de várias discussões acadêmicas visando o meu amadurecimento a respeito das metas institucionais e modos de colocá-las em prática no currículo médico. Não trataram-se de eventos específicos, mas sim de debates internos promovidos pela Coordenação do Curso de Medicina envolvendo os professores do curso. Fundamental para as inserções curriculares realizadas”.

IES G – Biomedicina (F) – “Não tive oportunidade”.

- Educação Física (F) – “Não”.

- Farmácia (M) – “Fui avaliador de trabalhos no ano de 2006 no Congresso Nacional e Rede Unida, III Fórum Nacional de Redes de Saúde. Também tenho entrevistas no site da Natura sobre

Termalismo, e reportagens sobre Plantas Medicinais, além de Estética e cuidados com a beleza. Foi citado: RPC Globo Comunidade; Site da Natura, Gazeta do Povo, Congresso sobre Redes de Saúde.

- Fisioterapia (F) – “Não”.

- Psicologia (M) – “Para conhecimento e discernimento. Congresso de Psicologia – 2007 – ULAPSI – Cuba. Conhecimento e visão crítica”.

CORPUS DE ANÁLISE 7

IES A – Enfermagem (F) – *“Ofertar disciplinas dentro desta proposta”.*

- Enfermagem (M) – *“Cursos de extensão na área”.*
- Fisioterapia (F) – *“O curso tem muito interesse e afinidade com a MTC e Acupuntura”.*

IES B – Fisioterapia (F) – *“A participação de discentes em eventos vivências, assim como formar profissionais generalistas que tenham conhecimento de todas as áreas direcionadas à Fisioterapia no SUS”.*

IES C – Biomedicina (M) – *“Possibilitando aos acadêmicos e egressos o contato com profissionais em campos de estágio e elaboração de projetos (PIC) e publicação de artigos”.*

- Enfermagem (F) – *“O curso de Enfermagem por meio de suas práticas clínicas em campo ou estágios pode participar na orientação, educação dos usuários destes recursos terapêuticos, incentivando e supervisionando o uso correto. A educação em saúde torna-se aliada importante na troca de informações entre usuários, familiares e equipe de saúde”.*

IES D – Biomedicina (F) – *“Poderia ser pensado em inserir uma segunda ênfase no curso (Acupuntura) para tal seria necessário verificar o interesse dos alunos, pesquisa de mercado para o biomédico”.*

- Enfermagem (F) – *“Primeiramente deveria haver um treinamento aos docentes. Poderia ser abordado o assunto em um seminário/jornada”.*
- Farmácia (F) – *“Melhorar as ementas das disciplinas contemplando ainda mais essas políticas”.*
- Fisioterapia (F) – *“Orientar para a formação complementar como pós graduação”.*

IES E – Enfermagem (F) – *“Introduzir disciplinas específicas com prática clínica”.*

- Medicina (M) – *“Apresentar as racionalidades terapêuticas, mostrando ao aluno a convivência das várias racionalidades no sistema de saúde”.*
- Psicologia (F) – *“Informá-lo a respeito da existência dessa política e das práticas integrativas, mediante palestras, cursos de extensão e disciplinas optativas”.*

IES F – Educação Física (F) – *“O profissional da Educação Física, isto é, o Bacharel em Educação Física como área de conhecimento está enquadrado na área da saúde, mas a sua atuação é no sentido de orientar atividade física e prescrever exercícios. Com isto, reitero que o profissional da saúde não trata o paciente através de diagnósticos ou mesmo atua em processos invasivos”.*

- Enfermagem (M) – *“Incluir como conteúdo da formação. Criar disciplinas específicas para tratar da temática. Promover eventos de extensão sobre o tema. Estimular a entrada de um docente para o qual esse assunto seja de grande relevância, o que seria uma das formas mais efetivas de promover satisfatoriamente o tratamento do tema”.*

- Medicina (M) – *“Estimular uma maior atenção do aluno a estas áreas quando de seus envolvimento junto ao atendimento nas unidades de saúde, e ao mesmo tempo estimulando a sua prática pelos professores preceptores”.*

IES G – Biomedicina (F) – *“Poderíamos criar clínicas de atendimento, relacionando pesquisa, extensão e ensino, proporcionando abertura de novos campos de estágio onde o biomédico formado poderá se habilitar”.*

- Educação Física (F) – *“Criar uma disciplina - implantação”.*

- Farmácia (M) – *“Através de novas ações na comunidade e isto pode ser visto em ‘clipping’ de notícias, além de agradecimentos das secretarias de saúde, órgãos em relação ao nosso trabalho”.*
- Fisioterapia (F) – *“A Universidade (G) possui uma clínica de Fisioterapia, e tem-se o interesse de desenvolver as Práticas Integrativas neste espaço”.*
- Psicologia (M) – *“Só implantando especialização específica”.*

CORPUS DE ANÁLISE 8

IES A – Enfermagem (F) – *“A minha visão sobre as abordagens pedagógicas em saúde em relação a Medicina Complementar é de que quanto mais instrumentalizarmos nossos acadêmicos para o atendimento das necessidades do cliente mais estará pronto para o mercado”.*

- Enfermagem (M) – *Sem justificativa.*

- Fisioterapia (F) – *“O curso de Fisioterapia desta IES promove formação generalista com parceria com o SUS e nossos egressos compreendem atenção em saúde de modo integral. O princípio da integralidade e humanização em saúde é devidamente respeitado. Obrigada. Parabéns!”.*

IES B – Fisioterapia (F) – *“Profissionais que têm conhecimento da visão integrativa do ser humano proporcionam um melhor atendimento aos pacientes na sua atenção à saúde primária, secundária e terciária, assim como maiores conhecimentos de outrass técnicas aos pacientes”.*

IES C – Biomedicina (M) – *“Falta ainda uma padronização de metodologias ativas que fundamente a aplicação em prática didática”.*

- Enfermagem (F) – *“A abordagem pedagógica em saúde com esta conduta ou visão integrativa do homem é o que nos conduz no curso de Enfermagem e nos demais desta IES. O ser humano paciente usuário cliente é o centro e sujeito das ações de cuidado e a partir dele e de suas necessidades todas as disciplinas de articulam para alcançar a integralidade do ser. Para formar futuros profissionais com esta visão, eles precisam vivenciar na prática durante o curso, formas de cuidar que resultem na soma dos saberes para obter a melhora no estado de saúde do paciente. No curso de Enfermagem os alunos trabalham com uma disciplina chamada Momento Integrado, a qual possibilita o estudo de um caso clínico real durante um semestre, articulando as distintas disciplinas que compõem o semestre. O trabalho resultante é apresentado em Seminário Integrado incluindo o mapa conceitual. Este é um modelo de trabalho ou de abordagem pedagógica extremamente valioso, pois os alunos problematizam, pesquisam, refletem buscam soluções, sempre com o foco no ser humano”.*

IES D – Biomedicina (F) – *“Entendo como excelente esta expansão de políticas no SUS”.*

- Enfermagem (F) – *“Penso ser fundamental na atuação da Enfermagem considerando a proposta acima. Todas as ações devem ser pensadas na integralidade no binômio saúde/doença”.*

- Farmácia (F) – *“Acredito que é o ideal. Todos os cursos da área da saúde deveriam contemplar essa abordagem integral do homem, uma vez que melhoraria em todos os aspectos a relação profissional/paciente e melhorando a qualidade de vida do paciente”.*

- Fisioterapia (F) – *“Totalmente válida”.*

IES E – Enfermagem (F) – *“Não há como fugir desta abordagem! ...sob pena de não conseguirmos melhorar a saúde da população”.*

- Medicina (M) – *“O respeito e a compreensão das diversas racionalidades terapêuticas levam à integralidade da atenção”.*

- Psicologia (F) – *“Tenho pouco conhecimento a respeito para emitir uma opinião”.*

IES F – Educação Física (F) – *“Acredito que estas práticas possibilitam o entendimento do problema ou problemas advindos da doença. Assim é fundamental que o doente seja sujeito no processo para que possa compreender o processo no qual está imerso. Com isso quero dizer que no saber médico muitos dos não médicos entregam seu corpo ao dito especialista que irá dar o seu veredicto e nós como leigos ou objetos neste processo somos manipulados. Assim ao pensar nas práticas integrativas (se assim se efetivarem) podem proporcionar o cuidado que os pacientes necessitam. Cabe ressaltar que todo sistema de saúde deveria integrar os especialistas para que as pessoas que realmente necessitam possam ser atendidas com qualidade que o ser humano merece”.*

- Enfermagem (M) – *“Deve haver espaço para aumentar/incluir a abordagem de dimensões da vida humana que hoje são periféricas nos currículos: antropologia, psicologia, sociologia, etc. Na prática (em estágios), os acadêmicos deveriam frequentar as experiências de movimentos sociais, para compreender mais de perto o papel das práticas tradicionais/culturais na vida diária. Utilizar com mais expressividade o recurso do meio cinematográfico: documentários, entrevistas, filmes, etc.”.*

- Medicina (M) – *“É fundamental para uma visão holística da Medicina, permitindo a compreensão das respostas individuais e anseios de cada pessoa enferma ou à procura de saúde e bem estar”.*

IES G – Biomedicina (F) – *“Creio que criando-se um vínculo com o paciente, a relação ficaria mais humanizada e menos mecânica. Desta forma, é de interesse pedagógico que seja inserida na matriz curricular disciplinas que enfoquem este contexto”.*

- Educação Física (F) – *“Muito vaga, necessito mais conhecimento”.*

- Farmácia (M) – *“Positivo e de forma atuante do futuro egresso em nossa sociedade”.*

- Fisioterapia (F) – *“O PNPIC corrobora para a integralidade da atenção a saúde: a abertura da possibilidade de acesso a estes serviços pelo SUS, antes restritos ao cunho privado”.*

- Psicologia (M) – *“Importante e necessária”*

APÊNDICE 4 – INSTITUIÇÕES E CURSOS – INCLUSÃO DE DISCIPLINAS (PIC)
NA GRADE CURRICULAR

INSTITUIÇÕES E CURSOS – INCLUSÃO DE DISCIPLINAS (PIC) NA GRADE CURRICULAR

IES	Curso	Disciplinas	Carga horária	Período	Respostas Negativas	Outras
A	Ed. Física				não	
	Enfermagem					Comunicação Terapêutica
	Fisioterapia				não	
B	Fisioterapia	MTCA	90h	7º e 8º		
C	Enfermagem				não	
	Biomedicina	MTCA	68h	5º e 6º		Antropologia e Sociologia aplicada a Biomedicina
D	Fisioterapia	MTCA	20h	3º		
	Enfermagem				não	
	Biomedicina				não	
	Farmácia	H	60h	5º		
		PMF	80h	4º		
E	Enfermagem	H	10h	2º e 5º		
		PMF	10h	2º e 5º		
	Psicologia				não	
	Medicina	H	2h	1º		
		MTCA	2h	1º		
		MA	2h	1º		
		PMF	2h	1º		
	TSC	2h	1º			Eventos de extensão e internato
F	Ed. Física					Informativo
	Enfermagem				não	
	Medicina	H	40h	8º		
		MTCA	60h	6º		
G		PMF	40h	8º		
	Biomedicina	MTCA	36h	5º		
		PMF	36h	5º		
	Ed. Física					Noções da Portaria
	Farmácia	H	71h	6º		
		PMF	54h	6º		
		TSC	4h	6º		
	Fisioterapia	MTCA	36h	6º		
	Psicologia			9º		noções informativas sobre acupuntura

APÊNDICE 5 – CARGA HORÁRIA POR INSTITUIÇÃO E CURSO

Carga Horária

H	- 60h	5*P	IES D	Farmácia
	- 10h	2* e 5* P	IES E	Enfermagem
	- 10h	2* e 5* P	IES E	Medicina
	- 2h	1* P	IES E	Medicna
	- 71h	8* P	IES G	Farmácia

MTCA	- 90h	7* P	IES B	Fisioterapia
	- 90h	8* P	IES B	Fisioterapia
	- 68h	5* P	IES C	Biomedicina
	- 68h	6* P	IES C	Biomedicina
	- 20h	3* P	IES D	Fisioterapia
	- 20h	1* P	IES F	Medicina
	- 60h	6* P	IES F	Medicina
	- 36h	5* P	IES G	Biomedicina
	- 36h	6* P	IES G	Fisioterapia

MA	- 54h	1* P	IES E	Medicina
PMF	- 80h	4* P	IES D	Farmácia
	- 10h	2* P	IES E	Enfermagem
	- 10h	5* P	IES E	Enfermagem
	- 2h	1* P	IES E	Medicina
	- 40h	8* P	IES F	Medicina
	- 36h	5* P	IES G	Biomedicina
	- 54h	6* P	IES G	Farmácia

TSC	- 2h	1* P	IES E	Medicina
	- 2h	5* P	IES G	Farmácia

ANEXOS

ANEXO 1 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
RESOLUÇÃO Nº 350, DE 09 DE JUNHO DE 2005.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Quinquagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2005, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e:

- considerando o inciso III, do Art. 200, da Constituição Federal;
- considerando os Artigos 6º, Inciso III; 15, Inciso IX; 16, Inciso XI e 27, Inciso I, da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90);
- considerando o Artigo 4º, Inciso II, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 9.394/96);
- considerando o Decreto Federal nº 3.860/2001;
- considerando os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde - NOB/RH-SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;
- considerando as Deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde, relativas ao trabalho e aos trabalhadores da saúde;
- considerando as Resoluções CNS nº 324, de 03 de julho de 2003, nº 325, de 03 de julho de 2003, nº 336, de 15 de fevereiro de 2004 e nº 337, de 11 de março de 2004;
- considerando a Portaria MEC nº 4361, de 29 de dezembro de 2004; e
- considerando o Parecer da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do CNS, relativo às diretrizes gerais referentes aos critérios para a abertura e reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes curriculares orientadas para a área da saúde.

RESOLVE:

- 1) afirmar o entendimento de que a homologação da abertura de cursos na área da saúde pelo Ministério da Educação somente seja possível com a não objeção do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo-se as considerações acima, relativamente à Constituição Federal;
- 2) reiterar que a emissão de critérios técnicos educacionais e sanitários relativos à abertura e reconhecimento de novos cursos para a área da saúde deve levar em conta a regulação pelo Estado; a necessidade de democratizar a educação superior; a necessidade de formar profissionais com perfil, número e distribuição adequados

ao Sistema Único de Saúde e a necessidade de estabelecer projetos políticos pedagógicos compatíveis com a proposta de diretrizes Curriculares Nacionais;

3) aprovar o parecer emitido pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos quanto ao debate recomendações relativos às “Diretrizes gerais referentes aos critérios para a abertura e reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes curriculares orientadas para a área da saúde” e a íntegra do documento que lhe deu suporte, ambos anexos a presente Resolução;

4) aprovar os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde, constantes desse parecer e assim discriminados:

a) Quanto às necessidades sociais:

- demonstração pelo novo curso da possibilidade de utilização da rede de serviços instalada (distribuição e concentração de serviços por capacidade resolutive) e de outros recursos e equipamentos sociais existentes na região;

- no caso de a rede de serviços existentes não ser suficiente ou não estar disponível, comprovação de dotação orçamentária para a instalação da rede ou ampliação da capacidade instalada na saúde (hospital de ensino, ambulatórios, laboratórios, consultórios odontológicos etc. e criação de outros campos e cenários de práticas);

- demonstração de que a oferta de vagas é coerente com a capacidade instalada para a prática, bem como com o número de docentes existentes e com a capacidade didático-pedagógica instalada (laboratório de práticas, acervo bibliográfico comprovado mediante nota fiscal ou termo de doação);

- demonstração do compromisso social do novo curso com a promoção do desenvolvimento regional por meio do enfrentamento dos problemas de saúde da região;

- demonstração de compromisso do novo curso com a oferta de residências e especializações de acordo com as necessidades de saúde e do sistema de saúde;

- demonstração de compromisso do novo curso com a produção de conhecimentos voltados para as necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico da região; e

- demonstração de mecanismos que favoreçam a interiorização e a fixação de profissionais, incluindo compromisso com a educação permanente dos docentes e dos profissionais dos serviços de saúde em coerência com a construção do SUS.

b) Quanto ao projeto político-pedagógico coerente com as necessidades sociais:

- inovação das propostas pedagógicas, orientadas pelas diretrizes curriculares, incluindo explicitação dos cenários de prática e dos compromissos com a integralidade, a multiprofissionalidade e a produção de conhecimento socialmente relevante;
- organização de currículos com ousadia de inovação na perspectiva da formação em equipe de saúde, com práticas de educação por métodos ativos e de educação permanente, entre outros;
- organização de currículos e práticas de aprendizagem orientados pela aceitação ativa das diversidades sociais e humanas de gênero, raça, etnia, classe social, geração, orientação sexual e necessidades especiais (deficiências, patologias, transtornos etc.);
- projeto construído em parceria e/ou com compromissos assumidos com os gestores locais do SUS (loco regional);
- compromissos com a promoção do conhecimento sobre a realidade local, seus saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes, profissionais e realidade local;
- compromisso com o desenvolvimento social, urbano e rural, por meio da oferta de atividades de extensão (inclusão digital, educação popular; cursos preparatórios para o trabalho, cursos preparatórios para concursos, diminuição dos índices de analfabetismo, cursos de graduação);
- compromissos com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade;
- compromisso de contrapartida das instituições privadas que utilizam instituições públicas como campo de ensino em serviço; e
- responsabilidade social de atendimento às necessidades locais, inclusive nos aspectos relacionados ao acesso a serviços, como espaço científico, cultural, humano e profissional compartilhando seus problemas e projetos.

c) Quanto à relevância social do curso:

- verificação da contribuição do novo curso para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente existentes, levando em conta:
 - relação entre a distribuição das ofertas de formação e a distribuição da população;
 - atual disponibilidade e distribuição de profissionais;
 - coerência com as políticas públicas de saúde para a área profissional e para a região.

- superação da predominância da lógica de mercado na educação superior, estabelecendo-se a preferência para a abertura de cursos públicos;
- não ser curso isolado na área da saúde onde as oportunidades de trocas interprofissionais, tendo em vista a construção prática da interdisciplinaridade na formação e composição dos perfis profissionais, estejam ausentes;
- aplicação dos princípios gerais e dos critérios sem ser genérica, devendo implicar, sempre que possível ou necessário, o estudo caso-a-caso, a fim de contemplar a relevância social do curso diante das necessidades sociais e regionais ou da sua capacidade de apoiar locais e regiões do país de maneira responsável, contínua e capaz de ampliar capacidades assistências, tecnológicas e pedagógicas locais.

5) recomendar aos Excelentíssimos Senhores Ministros de Estado da Saúde e da Educação e ao Senhor Presidente do Conselho Nacional de Educação que implementem esses critérios em cumprimento da Constituição Federal, no tocante ao papel ordenador do SUS na formação de recursos humanos em saúde (Artigo 200 da Constituição Nacional, acima considerado); e

6) recomendar a mais ampla divulgação e disseminação dessa resolução, do parecer e do documento sobre “Diretrizes gerais referentes aos critérios para a abertura e reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes curriculares orientadas para a área da saúde”, bem como da íntegra do estudo sobre necessidade de profissionais e especialistas em saúde empreendido pelo Ministério da Saúde, inclusive na forma de livro, reconhecendo sua qualidade para a informação e construção de metodologia para o conhecimento da necessidade de oferta da formação em saúde, no âmbito da graduação e especialização profissional.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 350, de 09 de junho de 2005, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde.