

ALANE ANDRELINO RIBEIRO

**Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas
integrativas e complementares em saúde**

Brasília-DF, 2015.

ALANE ANDRELINO RIBEIRO

**Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas
integrativas e complementares em saúde**

Brasília-DF, 2015.

ALANE ANDRELINO RIBEIRO

**Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas
integrativas e complementares em saúde**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do Grau de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Coorientador: Prof. Dr. Breitner Tavares

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de Pesquisa: Ciências Sociais na Saúde Coletiva

Brasília-DF, 2015.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1020783.

Ribeiro, Alane Andreino.
R484d Dilemas na construção e efetivação da política nacional
e distrital de práticas integrativas e complementares
em saúde / Alane Andreino Ribeiro. -- 2015.
48 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias
em Saúde, 2015.

Orientação: Silvia Maria Ferreira Guimarães.
Inclui bibliografia.

1. Saúde pública. 2. Política pública. 3. Política
de saúde. I. Guimarães, Silvia Maria Ferreira. II.
Título.

CDU 351.77(81)

ALANE ANDRELINO RIBEIRO

**Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas
integrativas e complementares em saúde**

Brasília, 23 de fevereiro de 2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Examinador Externo: Profa Dra. Érica Quinágua

Examinador Interno: Prof. Dr. Oviromar Flores

Desde os tempos medievos
Nossos sábios ancestrais
Quando surgia um problema
De doenças corporais
Seu médico e sua farmácia
Estavam na eficácia
Das plantas medicinais.

A casca de certas árvores,
A folhagem, as sementes
Trituradas, feito chá
Ou comendo emplastros quentes,
Quando uma doença aperta
Sendo na medida certa
Tem salvo muitos doentes.

Pra misturar uma planta
Com outra planta, depende
Da pessoa conhecer
Onde uma e outra descende,
Isso aí requer cultura
Porque senão a mistura
Em vez de curar ofende.

Quando um índio era atingido
Pela flecha duma besta
Ou a borduna acertava
O meio da sua testa
Pra curar o ferimento
Ia "ver" medicamento

Na farmácia da floresta.

"Todos" os medicamentos
Que o homem fabrica agora
Com nomes complicadíssimos
Bela embalagem por fora
Epreços proibitivos
Têm seus princípios ativos
Nos atributos da flora.

Esta farmácia do mato
Não tem caixa, nem balcão,
Nem 'empurroterapia'
Nem tem falsificação,
Disso, pode ter certeza
Porque a mãe natureza
É despida de ambição.



Trechos da literatura de Cordel:
Monteiro, M. O poder das plantas na cura das doenças.
Campina Grande, Paraíba. Jun. 2004

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
1. INTRODUÇÃO: APRESENTANDO O PROBLEMA.....	162
2. MÉTODOS E TÉCNICAS: CAMINHOS PERCORRIDOS	17
3. A CRIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UMA POLÍTICA EM DISPUTA	19
4. PANORAMA DA POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS DISTRITAL: CAMINHOS TRILHADOS E SITUAÇÃO ATUAL	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	311
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	35
ANEXO B – AS DIRETRIZES DA POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE (e alguns comentários).....	36
ANEXO C – INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO	

RESUMO

Introdução: No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, inserem-se em um processo histórico associado às dinâmicas culturais de grupos localizados. As políticas nacional e distrital estão vinculadas ao poder coletivo que luta pela garantia e qualidade de saúde a todos. Os dilemas e conflitos envolvidos no processo de construção da política nacional e distrital são os temas abordados neste trabalho.

Objetivos: Discutir o processo de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde e como se efetiva a política no Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de uma abordagem etnográfica, realizada por meio da análise de documentos, entrevistas e observação. Os dados obtidos foram dispostos e analisados por meio de unidades de significados. Com isso, busca-se aqui a construção de uma pesquisa em saúde calcada na apreensão do objeto de estudo em densidade e profundidade permitida ao momento histórico. **Conclusão:** Acredita-se que as práticas integrativas e complementares incorporadas ao Sistema Único de Saúde podem contribuir, mesmo que ainda de forma fragmentada e em meio a conflitos e dilemas, para a promoção e a integralidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: Saúde pública; Práticas Integrativas e Complementares; Conhecimento e práticas em saúde.

RESUMEN

Introducción: Las Prácticas Integrativas y Complementares en Salud, en Brasil, es parte de un proceso histórico asociado a las dinámicas culturales de grupos localizados y, principalmente, vinculado al poder colectivo de gestores y comunidades creado en la trayectoria del SUS, y en la lucha por la garantía de salud y de calidad para todos. Los dilemas y conflictos involucrados en este proceso de construcción de la política nacional y distrital son los temas abordados en este trabajo. **Objetivos:** Discutir el proceso de construcción de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementares en el SUS y de la Política Distrital de Prácticas Integrativas en Salud y como se efectiva la política en el DF. **Metodología:** se trata de un enfoque etnográfico, realizado por medio de análisis de documentos, entrevistas y observación. Los datos obtenidos fueron dispuestos y analizados por medio de unidades de significados. Con esto, aquí se busca la construcción de una investigación en salud modelado en la aprehensión del objeto de estudio en densidad y profundidad permitida al momento histórico. **Conclusión:** Se cree que las prácticas integrativas y complementares incorporadas al Sistema Único de Salud pueden contribuir, mismo que todavía de forma fragmentada y en medio a conflictos y dilemas, con la promoción e integralidad de la atención a la salud.

Palabras-clave: Salud pública; Prácticas integrativas y complementares; Conocimiento y práctica en salud.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, Integrative and Complementary Practices in Health, fall into a historical process associated with the cultural dynamics of localized groups. The national and district policies are linked to the collective power struggle for health security and quality at all. Dilemmas and conflicts involved in the national and district policy construction process are the topics covered in this work. **Objectives:** To discuss the process of construction of the National Policy on Integrative and Complementary Practices in the SUS and the District of Integrative Practices Policy in Health and how effective the policy in the Federal District. **Methodology:** This is an ethnographic approach, conducted through the analysis of documents, interviews and observation. Data were prepared and analyzed by means of meanings units. Thus, we seek to build a health research grounded in the apprehension of the object of study in density and depth allowed the historical moment. **Conclusion:** It is believed that the complementary and integrative practices incorporated into the National Health System can contribute, even if still fragmented and in the midst of conflicts and dilemmas, for the promotion and completeness of health care.

Keywords: Public health; Integrative and Complementary Practices; Knowledge and health practices.

1. Introdução geral:

Na contemporaneidade, segundo Breton¹, os usos excessivos da informática, tecnociência impõem um modelo marcado pelo isolamento dos sujeitos aos seus corpos,. Diante desse quadro, há uma fé na eficácia de produtos e serviços para a saúde, de procedimentos terapêuticos e exames, que são utilizados a partir de um discurso biomédico¹ e uma lógica de consumo, que atuam simplificando processos complexos e multifacetados de saúde-adoecimento.

De acordo com Luz², há uma dupla crise, sanitária e médica, que marca as relações da medicina com a sociedade. A crise sanitária diz respeito ao modo de vida marcado pela desigualdade social em uma sociedade capitalista, que gera problemas como: “(...) violência, desnutrição, doenças infecto-contagiosas, crônicas degenerativas, além do resurgimento de velhas doenças (...) como a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis (...)”². As condições de vida e de trabalho existentes, atualmente, degradam a situação de saúde de grande parte da população. Assim, a vida urbana passa a ser marcada por uma “pequena epidemiologia do mal-estar”² que significa a existência de uma síndrome coletiva, biopsíquica, caracterizada por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, etc, gerando uma situação de permanente sofrimento para os cidadãos.

Por sua vez, a crise médica, de acordo com Luz², diz respeito a uma perda da “arte de curar” pelos médicos para uma diagnose marcada pelo avanço das ciências biomédicas, do uso de tecnologias sofisticadas para descoberta de patologias que desconsideram os sujeitos doentes na totalidade. Essa crise é marcada pelo corporativismo médico que desqualifica outras práticas de cuidado e pela formação de parte desses profissionais de saúde, que passa a ter dificuldades de resolver problemas de saúde-adoecimento de grande parte da população, especialmente em países marcados pela desigualdade social. Um exemplo disso é trazido pelo Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2014, “Preventing Suicide”⁴, o qual revela que o Brasil apresenta um quadro crescente de suicídios. Diferentemente de outros países, o Brasil, mesmo apresentando uma política de prevenção ao suicídio, não consegue conter esse aumento contínuo. Complexifica esse cenário o fato de os ansiolíticos serem um dos medicamentos

¹ Biomedicina refere-se à medicina científica, desenvolvida na universidade e que pauta os serviços públicos de saúde.

controlados mais consumidos no país⁵. Isso demonstra que a estratégia adotada pelo país, de medicalização excessiva dos sujeitos, não é profícua. Além disso, ao mesmo tempo em que há uma ênfase na medicalização, os usuários dos serviços públicos reclamam da falta de medicamentos para tratamentos específicos, como para tratamento da tuberculose na rede⁰, o que pode acarretar o agravamento da saúde desses sujeitos e o uso de outras intervenções exclusivamente biomédicas. Esses são os dilemas de escolhas políticas na estruturação dos serviços de saúde e nas terapêuticas usadas no Brasil, entremeadas de excessos e faltas, abusos e violências que marcam o cotidiano dos serviços^{6,7}.

Observa-se que o atual regime terapêutico hegemônico e que estrutura os serviços públicos de saúde, a saber, a biomedicina, deslegitima outros saberes e práticas, inserindo as práticas de cuidado, em um campo de força política marcado pela desigualdade⁸. Portanto, o sistema oficial de saúde acaba por aprofundar as formas de desigualdade e os mecanismos de deterioração da saúde. Nesse sentido, o corpo passa a expressar o que acontece socialmente⁹. No Brasil, o regime de cuidado adotado, baseado na biomedicina, enfatiza o uso de medicamentos e outras intervenções invasivas, e é considerado o grande modo cientificamente válido de se obter saúde. Esse regime reafirma um processo saúde/doença restrito à biologia e mercantilizado pelas necessidades de saúde criadas por determinado setor. Cabe questionar se, diante dessa dupla crise apontada por Luz⁰, não caberia a inserção de novas experiências.

Por conseguinte, mesmo diante de tais práticas e discursos que estruturam os serviços públicos de saúde, há espaço para releituras e micro-resistências. Assim, é possível observar a crescente movimentação da sociedade em busca da inserção do pluralismo terapêutico nos serviços públicos^{10, 11, 0}. Há também o empenho de muitos na criação de outras estratégias de cuidado, de programas e políticas voltados para a atenção básica, como a Estratégia Saúde da Família. Esse movimento levou à inserção de práticas e medicinas alternativas e complementares nos serviços públicos, antes mesmo de se ter uma política desenhada. De acordo com Tesser¹⁰, tais práticas podem ser agrupadas em:

Sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica e outras); intervenções mente-corpo (meditações e orações); terapias biológicas (baseadas em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, ch'i gong, dentre outras). Quando essas práticas são usadas juntas com práticas da biomedicina, são chamadas de complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas de integrativas.

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (Sistema Único de Saúde), que contempla a medicina tradicional chinesa, acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo e crenoterapia e medicina antroposófica. Havia o propósito de implementar experiências que já vinham ocorrendo na rede de serviços públicos por meio da institucionalização e criação da política. Portanto, a importância da política está no reconhecimento e inserção dessas práticas no SUS, pois cabe enfatizar que, na diversidade que compõe a sociedade brasileira, sempre houver práticas de cuidado alternativas desenvolvidas pelos sujeitos. Assim, benzedeiros, raizeiros, parteiras são figuras constantes e atuantes no país, revelando a importância dos saberes e práticas populares em sistemas localizados de cuidado, atuando a margem do sistema oficial de saúde. Diante desse contexto, este trabalho pretende discutir o quadro atual das práticas integrativas e complementares no Distrito Federal (DF) por meio de uma análise do processo de construção da política nacional e distrital e a vivência de experiências localizadas no DF.

Artigo submetido:
Revista Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)
ISSN 0102-311X
Qualificação Qualis/CAPES: A1 da área (Interdisciplinar)

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada fonte.

1. Artigo científico:

Introdução: apresentando o problema

Na contemporaneidade, vigora um consumismo desenfreado^{1,2}, que leva ao desejo por condições ou situações que, no âmbito da saúde e do cuidado, desencadeiam um processo de medicalização excessiva e desvalorização do sujeito em si e da construção de sua autonomia. Há uma ênfase na eficácia de produtos e serviços de saúde, de procedimentos terapêuticos e exames, que são utilizados a partir de um discurso biomédico, o qual surge da “medicina ocidental contemporânea”, entendida, nos termos de Camargo³, como baseada em uma doutrina médica da causalidade da doença e seu combate e que apresenta como terapêuticas centrais o uso de medicamentos, cirurgias e prevenções. Tal discurso biomédico está presente tanto na prática médica realizada nos serviços, que simplifica processos de saúde-adoecimento complexos, os quais envolvem variáveis diversas, quanto na estruturação dos serviços de saúde.

Assim, segundo Tesser⁴, os serviços públicos, em sua única vertente biomédica, recebe uma avalanche de experiências plurais de adoecimento, mas que são encaixadas em diagnósticos precoces e homogêneos e desencadeiam o consumo por medicamentos e procedimentos, em geral, invasivos. De acordo com Tesser e Barros⁵, o processo de medicalização social é complexo e está baseado na hegemonia biomédica sobre o cuidado e tratamento na modernidade. Tal processo está inserido em uma disputa mercadológica no campo da saúde, que transforma saberes e práticas voltados para os processos de saúde-adoecimento em mercadorias ou procedimentos a serem consumidos. Assim, vive-se, hoje, o paradoxo de uma prática biomédica que se constituiu como “indispensável e necessária e, simultaneamente, inadequada e perigosa”⁵. Diante deste cenário, este artigo pretende discutir o contraponto desse processo, ou melhor, os movimentos que tencionam modificar essa hegemonia, isto é, analisar a construção da política nacional e distrital de práticas integrativas e complementares e algumas experiências de inserção dessas práticas no Distrito Federal.

Métodos e Técnicas: caminhos percorridos

Este trabalho está ancorado no marco teórico das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. Segundo Nunes⁶, a Saúde Coletiva estabelecida nos contornos do biológico e do social – considera importante a tarefa de investigar, compreender e interpretar os contextos da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde. Por meio das Ciências Sociais, é possível pensar os serviços de saúde e os programas e políticas que o compõem, como as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), como processos sociais, políticos e históricos inseridos em determinado contexto temporal e espacial.

Diante de tal perspectiva, este trabalho se configura em uma pesquisa qualitativa, pois tem como foco como as pessoas vivem e pensam os processos de construção de determinada política de saúde⁷. Tendo em vista que a proposta deste trabalho é analisar os processos de construção da política nacional e distrital e a efetivação das PICS na rede de saúde do Distrito Federal, segue a orientação de Mattos⁸ com relação ao estudo de uma política pública. Quando se pretende compreender uma política pública, interessa saber quem foram/são os participantes do processo político e como se definiram os rumos da ação política, os embates e disputas envolvidos, o que ficou e o que saiu na política oficial. Portanto, deve-se explorar os modos de fazer e conduzir uma política. O estudo de uma política requer uma análise crítica sobre as opções e rumos dos diversos grupos sociais numa certa sociedade. Nessa direção, este trabalho está baseado no argumento de Mattos⁸, segundo o qual nenhuma política formal é distante de um contexto social, mas é resultado de embates e conflitos de posições e de percepções de mundo. Há vida na política e essa é a expressão de acordos momentâneos e dinâmicos, que expressam contextos históricos de cada sociedade.

Por conseguinte, este estudo pretende realizar uma descrição densa⁹ dos processos de construção das políticas. Para tanto, foram realizadas entrevistas com dois gestores: Um do Ministério da Saúde e outro da Secretaria de Saúde do DF, além de três profissionais que atuam na rede do DF, nas cidades de Brasília e Ceilândia, um médico-homeopata, um médico-acupunturista e um assistente social que desenvolve o Lian Gong em 18 Terapias, e um fisioterapeuta-acupunturista que trabalha em consultório particular. Também foram entrevistados quatro usuários dessas práticas na rede. Foram consultadas as atas do Conselho Nacional de Saúde, quando estava em análise a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e legislações referentes ao tema. Por meio desse material, foi possível levantar alguns pontos sobre a dinâmica de construção das políticas

em tela e sua efetivação. Este trabalho foi avaliado e aprovado, quanto a seus aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília.

A criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: uma política em disputa

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (Sistema Único de Saúde), que contempla a medicina tradicional chinesa-acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo e crenoterapia e medicina antroposófica. Havia o propósito de implementar experiências que já vinham ocorrendo na rede de serviços públicos por meio da institucionalização e criação da política. Portanto, um elemento importante estava no reconhecimento dessas práticas. Conforme será discutido adiante, os dados levantados referentes ao processo de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS), conjuntamente com a literatura que aborda o tema, revelam relações de poder acionadas em diversas instâncias da sociedade, que desencadearam conflitos na construção da política.

Em junho de 2003, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica reuniram-se com o então Ministro da Saúde para discutir e elaborar a Política Nacional. Foi instituído um grupo de trabalho (GT), coordenado pelo Departamento de Atenção Básica e pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica. A partir desse GT, foram formados 4 subgrupos de trabalho voltados para os temas da: medicina tradicional chinesa-acupuntura; homeopatia; plantas medicinais e fitoterapia; e medicina antroposófica. O grupo em questão apresentou a proposta de criação da “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares”. Em fevereiro 2005, essa política seguiu para instâncias avaliadoras, como as Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde.

O documento foi apresentado em reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em setembro de 2005. No entanto, o CNS considerou que a proposta deveria ser submetida à Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica antes de ser pautado pelo CNS. Após inúmeras reuniões, iniciadas em 2003, a Proposta de Política foi novamente submetida ao Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2005. A partir da instauração da discussão nessas instâncias decisórias, as tensões começaram a surgir e, de

acordo com um sujeito de pesquisa (gestor) que trabalhou ao longo desse processo, havia muita resistência da classe médica e pouco empenho dos ministros até então envolvidos. Ainda de acordo com esse gestor, a política foi promulgada porque se tratava na gestão de um ministro da saúde que não era médico, mas bioquímico e sanitarista.

No processo de construção de uma política, é possível encontrar o exercício do poder nas micro-relações^{10,11} que constituem as instâncias decisórias. Assim, categorias de profissionais de saúde e grupos de interesse passam a exercer esse poder nessas instâncias, mas, também, no dia a dia e em locais onde acontecem as práticas de cuidado. O processo de institucionalização do saber biomédico nos serviços de saúde e deslegitimação de outras práticas revela a posição de poder diferenciada da biomedicina.

Atualmente, no Brasil, as políticas públicas de saúde são paradoxais com relação ao conhecimento popular, sua vitalidade e inventividade coletiva, e seus territórios de criação. Pois elas se dão em meio a desigualdades sociais em acesso e utilização de serviços de saúde e deslegitimação de outros saberes, ao mesmo tempo em que criam iniciativas que pretendem levar a atenção à saúde para as comunidades e dar autonomia aos sujeitos como, por exemplo, alguns programas da atenção básica. A própria criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que é um passo importante na aceitação por parte do Estado brasileiro e da sociedade da realidade do pluralismo terapêutico, desconsidera os saberes e práticas populares criados entre grupos localizados no Brasil e apresenta como práticas somente aquelas produzidas em outros países como, por exemplo, Índia e China.

Essas contradições marcaram o processo de construção da PNPIC. Foi possível observar a tensão entre categorias profissionais, por exemplo, quando se analisa a ata 160 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de novembro de 2005. Consta nessa ata, uma imposição do representante do Conselho Federal de Medicina (CFM) de mudar a expressão “política de medicina natural” para “política de medicina integrativa”. Para ele, o termo integrativa:

“consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional, milenar ou centenário, também científico, excluindo práticas alternativas baseadas em credices, mitos e magias e está associada a modelos terapêuticos complementares, tais como acupuntura, homeopatia e fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos tais como a medicina antroposófica.” (Fala do representante do CFM, Ata 160 do CNS)

Diante desse discurso, é possível ver a biomedicina operar com uma visão preconceituosa ao se referir às práticas de cuidado populares como “credices, mitos e

magias”, desqualificando as lógicas e empirias que estão nesses saberes que não passaram pelo crivo da medicina acadêmica. Consequentemente, observa-se que a inclusão do pluralismo e da diversidade nos serviços de saúde se dá nos limites do negociável e permitido pela biomedicina. O próprio termo “medicina” é inconcebível de ser pensado para outra categoria profissional, além da médica.

Seguindo a análise, o representante do CFM insistia na inclusão do termo “medicina”, mas a partir de sua perspectiva e de que este somente poderia se referir à prática dos médicos, formados na medicina acadêmica. Nas discussões desencadeadas, o CFM buscou lapidar o termo medicina ao propor a substituição do termo “Política de Medicina Natural” por “Política de Medicina Integrativa”, que, conforme visto anteriormente, consiste na medicina que passou por uma comprovação científica nos termos da biomedicina.

Consta na mesma Ata 160 do CNS, de novembro de 2005, a sugestão do Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS) de alterar o nome do documento de “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” para “Política Nacional de Práticas Complementares na Saúde”. Havia o receio de os profissionais médicos se arvorarem como os detentores do saber referente à medicina integrativa, como eles já haviam sinalizado. Os representantes deste Fórum solicitaram, também, que fossem incluídos todos os profissionais de saúde que já tinham habilitação e regulamentação para executar as práticas da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, pois, da maneira como estava no texto, somente os médicos poderiam realizá-las. As solicitações realizadas pelo Fórum foram aceitas e a política passou a ser denominada “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS”. O termo “integrativas”, desejado pelo CFM, foi inserido. Incluiu-se a possibilidade de ter uma atuação multiprofissional, o que não agradou vários conselhos regionais de medicina, conforme veremos adiante.

O representante do CFM considerou, ainda, que as práticas terapêuticas (acupuntura, homeopatia e fitoterapia) necessitavam de diagnóstico prévio, dado por um médico, para serem realizadas. Assim, os médicos seriam os responsáveis por realizar o referenciamento para as práticas integrativas e complementares (PICS). Por fim, destacou que as práticas medicinais deveriam ser realizadas por médicos e as terapêuticas poderiam ser praticadas por outros profissionais da área da saúde. Para os praticantes dessas racionalidades, isso significava a utilização delas como mera técnica da medicina. Um dos problemas apontados por esses profissionais era que tal diagnóstico prévio significava

limitar suas ações a resolver um problema imposto por determinado saber médico, o que ia de encontro à maneira como essas ciências atuam. Essas propunham conhecer o sujeito em sua totalidade para poder desenvolver uma terapêutica. Além disso, o foco dessas outras racionalidades não é pôr fim à doença, como é o caso da biomedicina, mas restabelecer a harmonia do sujeito.

Conforme dito anteriormente, a PNPICS apresenta o caráter multiprofissional, de acordo com as categorias profissionais encontradas no SUS e com o nível de atenção, o que não foi bem recebido pelos médicos. Conforme consta na ata 167 do CNS, a Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas Acupunturistas (SOBRAFISA) publicou nota de repúdio à postura adotada por vários Conselhos Regionais de Medicina que recomendam o não cumprimento da Portaria nº. 971 GM/MS, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, devido a esse caráter multiprofissional. Isso demonstra a disputa profissional sobre as PICS.

Para Tesser e Barros⁶, a medicina alternativa e complementar tem potencial “desmedicalizante” e deve ser assumida pelo SUS. Contudo, deve-se observar a hegemonia da biociência e a disputa mercadológica no campo da saúde, que pode transformar os saberes/práticas dessas outras terapêuticas em mercadorias a serem consumidas, reforçando a medicalização. O próprio uso do termo “complementar” se refere a um grupo de práticas de saúde que não está integrado de forma majoritária ao sistema de saúde. Os sujeitos de pesquisa, profissionais de saúde que atuam com as PICS, afirmam que há o uso da acupuntura, por exemplo, como uma técnica biomédica e não baseada na cosmologia da medicina chinesa. Um sujeito de pesquisa (acupunturista) que já trabalhou em centros de saúde privados afirma que há acupunturistas fazendo o uso dessa técnica com um olhar estritamente biomédico, focando no adoecimento e não na saúde, contradizendo a prática da acupuntura.

Outro ponto polêmico e demandado pela categoria dos médicos é a necessidade de ter a comprovação científica a partir da ciência médica, acadêmica, para essas práticas, o que revela o poder do saber biomédico, que busca desqualificar outras terapêuticas e inseri-las em uma lógica muito distante de seus parâmetros. Para Zorzaneli¹², medicalizar seria um ato de despolitizar as dimensões sociais do adoecimento e da saúde, havendo um deslocamento de questões relativas à desigualdade social entre grupos humanos e à dominância entre eles e outras dimensões da vida para o campo da doença e do biológico. As práticas integrativas têm como foco a autonomia dos sujeitos, a possibilidade de eles se cuidarem. Para tanto, contextos sociais mais amplos devem ser considerados. De acordo

com Luz^{13,14}, as PICS consistem em outras racionalidades médicas, com lógicas próprias e diversas, e o que as reúne é, principalmente, o embate com a biomedicina. Em geral, as medicinas integrativas e complementares inovam ao: reposicionar o sujeito doente como centro do paradigma médico; resituar a relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; utilizar meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento; acentuar a autonomia do sujeito; e afirmar um saber/prática que tem como categoria central a saúde e não a doença^{13,14}.

Ter o pluralismo terapêutico nos serviços de saúde requer reorientar os modelos de atenção à saúde, pois, caso contrário, essas outras práticas seriam meros instrumentos da biomedicina. Portanto, a inclusão das PICS requer a compreensão da situação de saúde de determinado território e uma necessidade de des-territorialização dos saberes hegemônicos. De acordo com Ceccin¹⁵ o processo de territorialização significa impor a necessidade da singularização e movimentar a fronteira dos territórios. A inclusão das PICS no regime de cuidado é um movimento de transformação desses territórios de cuidado. Segundo Luz¹³, a busca pelas PICS pode ser entendida como uma estratégia de sobrevivência social, de rompimento com o isolamento provocado pela cultura individualista e narcisista que predomina nos centros urbanos atualmente. A autora, ainda, considera importante ressaltar o papel de ressignificação da saúde e de práticas terapêuticas para as pessoas e a contribuição que efetivamente representam para retirar as pessoas do isolamento social, isto é, de estigmas como a pobreza, o envelhecimento e o adoecimento. As PICS surgem como uma possibilidade de ofertar o pluralismo terapêutico à sociedade brasileira, para além do uso de medicamentos e demais intervenções biomédicas.

Em fevereiro de 2006, o documento final da política, com as alterações propostas, foi aprovado pelo CNS e consolidou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006.

Panorama da Política Distrital de Práticas Integrativas: caminhos trilhados e situação atual

Nesta seção, serão discutidos alguns eventos marcantes na implementação das PICS no Distrito Federal e são realizados alguns comentários sobre como elas estão sendo inseridas no cotidiano dos serviços de saúde. Atualmente, no DF, tais práticas estão sob a gestão da Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS), criada em 2011, vinculada à Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde (DCVPIS) da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), da Secretaria de Saúde do DF. Antes de traçar o panorama presente sobre as PICS no DF, é necessário revisitar o caminho percorrido para esta institucionalização, que se firmou com a criação, em 2014, da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS).

Em 1986, uma experiência pioneira aconteceu no DF por meio da introdução da homeopatia nos Centros de Saúde de Brasília nº 8 e nº 11 e no Centro de Saúde de Sobradinho nº 2. Antes disso, em 1983, foi implantado o primeiro Horto de Plantas Medicinais na Unidade de Saúde Integral de Planaltina. Após esses dois episódios, em 1986, ocorreu outro momento marcante com a criação do Instituto de Tecnologia Alternativa do DF (ITA/DF)¹⁶. Este instituto tinha a função de planejar, fomentar e orientar a implantação e o acompanhamento de projetos alternativos no DF, incluindo as áreas de Medicina (implantação de um sistema terapêutico tradicional e alternativo), Urbanismo (tratamento ecológico dos esgotos, construções alternativas de moradias) e Agricultura (produção agrícola sem agrotóxicos, adubação orgânica, dentre outras).

Em 1987, foi celebrado um convênio entre a União e o ITA/DF e a SES/DF, que permitiu a inclusão das atividades de alimentação natural, fitoterapia e homeopatia no Centro de Saúde nº 2 do Núcleo Bandeirante/DF, no Instituto de Saúde Mental no Riacho Fundo/DF e a parceria com um horto de plantas medicinais de Brazlândia/DF. A partir desse momento, as iniciativas de implantação dessas práticas e de outras, como Automassagem (em 1990), Medicina Antroposófica (em 1997), Lian Gong em 18 Terapias (em 1998), Shantala (em 2000) etc. se ampliaram na rede do DF. Experiências singulares e inovadoras desenvolvidas por figuras marcantes e comprometidas em democratizar o acesso à saúde e buscar alternativas à medicalização e procedimentos tecnológicos, muitas vezes violentos para os sujeitos, foram elementos importantes nesse processo.

Uma dessas experiências, surgida a partir do convênio supracitado, por exemplo, foi o Horto criado em Brazlândia, em 1987, a partir de um raizeiro conhecido na região.

Essa criação demonstrou a inovação e abertura das pessoas envolvidas na rede do SUS-DF para outros saberes e práticas. De acordo com Mançano¹⁶, tal Horto estava vinculado ao projeto de criação de uma “Farmácia Verde”, na cidade de Brazlândia/DF. Contava com instalações adequadas ao processamento, manipulação, depósito e acondicionamento das plantas secas, além de um consultório médico onde atuava o terapeuta popular (raizeiro), Benjamim Cristiano de Oliveira, conhecido como Sr. Beija. Fornecia parte da matéria prima manipulada na farmácia, sendo que outra parte era recolhida semanalmente nas matas das redondezas sob a coordenação do terapeuta popular. Ao longo de um dia de trabalho, o Sr. Beija atendia, geralmente, 15 pessoas. Tais atendimentos eram registrados em livro próprio, sendo que o diagnóstico e o remédio prescrito eram dados pelo raizeiro¹⁶. O terapeuta popular pretendia ter um médico na assistência ao seu lado e um laboratório simples, a cargo de um farmacêutico, que seria usado para identificar os princípios ativos das plantas medicinais. No entanto, as atividades do Horto se encerraram em 1999. Segundo Mançano¹⁶, esperava-se com essa experiência do Horto tornar essa Farmácia Verde o principal fornecedor de matéria-prima para a prática fitoterápica no DF e região. Também, pretendia-se atender gratuitamente os pacientes portadores de doenças simples ou sintomas passageiros e incentivar a comunidade a resgatar, plantar e manipular com segurança as plantas medicinais.

Outra experiência que adveio do convênio citado foi a implementação do “Hospital Dia” no Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal (ISM), em 1987¹⁶. Este atendimento estava voltado para a ressocialização do paciente psiquiátrico e redução da internação hospitalar. Segundo Mançano¹⁶, o médico responsável e gestor mudou-se com sua família para as dependências do referido ISM durante o processo de implantação desse projeto alternativo em saúde mental. Nesse atendimento, a internação acontecia somente durante o dia e estava baseada em atividades e cuidados médicos e psicossociais voltados para a reaproximação do paciente com sua família e comunidade onde vivia/trabalhava ou estudava. Assim, pretendia-se diminuir o tempo de hospitalização e as possibilidades de cronificação da doença. Foram incorporados métodos alternativos no tratamento de transtornos mentais. Consta em registros históricos o fato de que os usuários do ISM tinham, dentre os diagnósticos anotados nos seus prontuários, uma análise de seus mapas astrais e de avaliação pela radiestesia (prática que consiste em captar as vibrações do campo bioenergético e trabalhar com as vibrações mais profundas, visando corrigir possíveis alterações)¹⁶. Também pretendia-se utilizar práticas alternativas, como a Yoga, Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Terapia Familiar, Arteterapia, Biodança, dentre

outras. Previa-se, ainda, a introdução gradativa da alimentação natural no cardápio do ISM, o que aconteceu como uma experiência piloto.

Esses idealizadores visavam ter uma unidade de referência de práticas integrativas e, até hoje, isso está presente nas falas dos profissionais que atuam com as PICS no SUS/DF, onde as pessoas seriam atendidas desde o diagnóstico até o desenvolvimento da terapêutica, sem serem encaminhadas com diagnóstico prévio dos serviços biomédicos.

Em Planaltina, as experiências acumuladas desde 1983 levaram à criação do Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde – CERPIS/Planaltina, o mais antigo do Distrito Federal. Trata-se de uma unidade de saúde referência no SUS, que iniciou suas atividades com o plantio de um pequeno horto com algumas plantas medicinais. O local se ampliou com novos canteiros e uma construção. No entanto, somente em 2011, foi criado o CERPIS. Neste Centro, alguns pacientes são referenciados dos serviços biomédicos, mas a ideia é que as pessoas façam suas primeiras consultas diretamente no Centro.

Sobre o horto supracitado, criado em Planaltina, em 1983, ele foi o primeiro horto institucional de uma Unidade de Saúde Integral, a de Planaltina, vinculado à Fundação Hospitalar do DF. De acordo com Mançano¹⁶, o médico sanitário responsável, em contato com a comunidade local, que tinha uma tradição rural, recolhia relatos sobre o uso de plantas medicinais, que eram, então, associadas aos tratamentos alopáticos convencionais. Assim, o horto passou a fornecer plantas “in natura” e secas aos usuários, que as usavam nas formas populares de chás, emplastos e cataplasmas. O cultivo das espécies, a colheita e a distribuição eram de responsabilidade do raizeiro Sr. Reinaldo Lordelo, que era, também, técnico agrícola. Mudanças de plantas eram distribuídas por ele para a comunidade, que, também, ensinava o plantio e os cuidados necessários no cultivo. Vale destacar que essas experiências focavam na autonomia dos sujeitos, pois havia o incentivo ao cultivo doméstico das espécies regionais e uso popular. Tratava-se de um projeto com uma diferença marcante com relação ao que é encontrado hoje, quando são somente oferecidos nos serviços de saúde os produtos de plantas medicinais com eficácia científica comprovada. Percebe-se, portanto, uma mudança de perspectiva no uso das plantas medicinais diante dos novos marcos regulatórios na área de vigilância em saúde, os quais passam a pôr limites em outros saberes e práticas.

Ao mesmo tempo em que tais experiências aconteciam, havia a necessidade de se criar legislação sobre o tema, pois havia uma fragilidade nessas que poderiam ser finalizadas sem sua institucionalização e regulamentação. De acordo com Mançano¹⁶, não

ter um sistema regulatório com diretrizes e normas leva as PICS a um conjunto de problemas. Os principais, para o autor, seriam:

“(...) a desigualdade e descontinuidade das ações, sem fornecimento adequado de insumos para a execução das mesmas; deficiências no registro, acompanhamento e avaliação das ações pelas próprias Secretarias Municipais e Estaduais; ausência de códigos de registros das ações nos sistemas de informação de saúde; ausência do reconhecimento funcional das atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde junto às Secretarias Estaduais e Municipais; ausência de regulamentação profissional dessas práticas e registro na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)”

Diante de tal contexto, nas diversas Conferências Distritais de Saúde, as experiências exitosas das PICS foram apresentadas. Mesmo diante da pressão realizada, somente em 2000, ou seja, após 17 anos de experiências com essas práticas, foi criado o Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (NUMENATI) na Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS). Em 2011, esse núcleo foi substituído pela atual GERPIS. E, no DF, semelhante ao que ocorreu no nível nacional, a categoria médica pressionou sobre o campo e sua hegemonia. Assim, eles conseguiram, em 2002, definir as especialidades de acupuntura e homeopatia na carreira médica da SES/DF. No mesmo ano, conseguiram estabelecer 20 vagas no âmbito da SES/DF para cada uma das especialidades de acupuntura e homeopatia, como especialidades médicas. Além disso, foi criada a Portaria SES/DF nº 4, de 23 de janeiro de 2002 - sob a gestão de um Secretário de Saúde médico -, que determina que as atividades em acupuntura e homeopatia da SES/DF sejam desenvolvidas exclusivamente por médicos da secretaria, portadores de Curso de Especialização, conforme critérios estabelecidos pelo Colégio Médico de Acupuntura e Associação Médica Homeopática Brasileira, ou Título de Especialista com registro no Conselho Federal de Medicina. Assim, passou a ser reservado um mercado oficial para esses profissionais.

No caso do DF, percebe-se que, no processo de institucionalização das PICS, o caminho trilhado foi e vai da parceria entre os saberes e práticas populares e biomédicos a um crescente distanciamento entre eles. O final da década de 1990 parece ser o momento em que as regulamentações revelam relações de poder da biomedicina/ciência acadêmica e sua presença em instâncias decisórias importantes, pois passou a ocupar cada vez mais o terreno das PICS. O caso do Instituto de Tecnologia Alternativa do DF, criado em 1986, é sintomático dessa situação. Criado com a missão de planejar, fomentar e orientar a implantação e o acompanhamento de projetos alternativos no DF, observando tanto as produções científicas quanto dos saberes e práticas populares, passou a ser denominado de

Instituto de Ciência e Tecnologia do Distrito Federal – ICT/DF, em 1989. O novo instituto passou a ter como competências: executar a política de desenvolvimento científico e tecnológico do Distrito Federal; desenvolver pesquisas científicas fundamentais e aplicadas na área de ciência e tecnologia, bem como a otimização tecnológica de produtos, processos e sistemas, objetivando a melhoria e manutenção do equilíbrio ecológico; realizar planos, programas, projetos e atividades de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico; cooperar na formulação e execução da Política Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Não há menção às práticas ou tecnologias criadas em contextos populares, como havia anteriormente. De acordo com matéria publicada no Jornal Correio Braziliense, em 23/05/1987, sobre o antigo ITA, uma das bandeiras deste instituto era fazer valer o dever do Estado de garantir ao usuário o direito de escolher o diagnóstico e a terapia mais adequada aos seus interesses. Ainda segundo a matéria, o ITA apresentou a proposta de pluralizar o atendimento, o que não foi acatado pela Subcomissão de Saúde do DF. Mesmo assim, o instituto continuou realizando convênios, conforme citado anteriormente, até chegar ao seu fim.

Após 30 anos de embates e resistências, a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde foi publicada no Diário Oficial do DF, em 24 de junho de 2014, instituindo diretrizes de ação e propondo estratégias para o seu desenvolvimento no âmbito do SUS/DF. O lançamento ocorreu por meio de uma Oficina, realizada no dia 19 de novembro de 2014. Ainda manteve-se o conflito entre classes profissionais, pois a política distrital inovou ao apresentar o caráter multiprofissional das práticas. No entanto, outras regulamentações, conforme citado anteriormente, garantiram o exercício médico da homeopatia e acupuntura no DF. Continuou-se com o distanciamento dos saberes e práticas populares de cuidado que marcaram o início da inserção das PICS no DF em relação ao poder biomédico.

No que se refere à maneira como são ofertadas as PICS no cotidiano do serviço na rede do DF, foram observadas três práticas: a homeopatia, acupuntura e Lian Gong em 18 terapias. Ao entrar em uma sala de atendimento da homeopatia ou acupuntura em centros de saúde do DF, uma diferença marcante é o ambiente acolhedor que os profissionais pretendem criar com uma música tranquila de fundo, que acompanha a entrevista realizada no atendimento. O tempo da consulta é outro diferencial, pois é mais longo – dura, aproximadamente, uma hora. Você pode arriscar ir para ser atendido por um médico homeopata ou acupunturista e conseguir a consulta em meia hora. Os usuários afirmam que é fácil, não há muita gente interessada. No entanto, os profissionais que atuam com

homeopatia e acupuntura dizem ser muito raro ter um paciente sem ser referenciado por um médico. O diagnóstico prévio com a determinação de uma doença limita o potencial dessas práticas de harmonizar os sujeitos. O ideal para os profissionais das PICS é ter uma procura espontânea, o que necessitaria de maior informação dos usuários sobre a existência dessas práticas.

Para os usuários, o que se conversa na consulta é outro diferencial. Afirmam que os médicos perguntam sobre tudo, de sonhos a dores, querem saber o que eles pensam. Alguns sujeitos de pesquisa afirmaram que chegam para a consulta de acupuntura “com 100 quilos nas costas e saem com 10 quilos”. No caso das práticas desenvolvidas em grupo, como Lian Gong em 18 terapias e Tai Chi Chuan, os usuários enfatizam muito a sociabilidade envolvida em uma prática corporal. Gostam de encontrar amigos, conhecer pessoas com os mesmos problemas, compartilhar as experiências e fazer as atividades em conjunto, o que é uma diversão. No caso dessas práticas, os profissionais afirmam que é muito raro as pessoas serem encaminhadas por um médico. Geralmente, as pessoas observam a atividade sendo desenvolvida e perguntam o que devem fazer para entrar no grupo. Os encaminhamentos para essas práticas acontecem somente por meio de médicos acupunturistas. Na Ceilândia, a grande maioria que pratica o Lian Gong em 18 terapias é de idosos. Eles enfatizam os laços sociais restabelecidos como um dos benefícios da prática, além de terem recuperado alguns movimentos. Alguns afirmavam, por exemplo, que não conseguiam desenvolver atividades simples, como pentear o cabelo e, agora, o fazem.

Por sua vez, os profissionais de saúde que atuam com as PICS afirmam que fatores limitantes são o preconceito e descaso. De acordo com eles, muitos colegas veem as PICS como alegorias e perda de tempo, e questionam os profissionais que as desenvolvem, pois acreditam que esses deveriam estar atuando em outras áreas diante da precariedade dos serviços de saúde. Um ponto positivo enfatizado pelos profissionais é a constante formação a que são submetidos. Por exemplo, no caso do Lian Gong em 18 terapias, o servidor, sujeito desta pesquisa, passou por uma primeira formação mais longa e, posteriormente, uma vez por mês, assim como os demais profissionais que desenvolvem essa prática, recebeu capacitação. Eles reclamam, ainda, da precariedade no desenvolvimento das práticas: o material utilizado no centro de saúde para as atividades foi doado pela comunidade. Um discurso recorrente é afirmar que não há recurso disponível para as PICS. Agora, com a criação da política distrital, eles esperam mudanças.

No início, quando as PICS começaram a ser ofertadas, elas dependiam da sensibilidade do gestor da unidade em encaminhar um servidor para ser formado e inserir a prática na unidade. E esse servidor devia disponibilizar parte de sua grade horária para essa oferta, não podendo se dedicar integralmente às PICS. Atualmente, isso continua ocorrendo com práticas que não contam com oferta de vagas em concurso público. Isso revela a fragilidade de inserção de práticas que não estavam garantidas em uma política, mas que dependiam dos gestores e, também, o preconceito sofrido, pois muitos profissionais não acham que essas práticas sejam eficazes. No caso da homeopatia e acupuntura, os médicos que as realizam lamentam que alguns colegas médicos, muitas vezes, não as vejam como especialidades médicas.

Considerações finais

Percebe-se, portanto, ao longo da implementação das PICS no DF, que, mesmo com uma história de, aproximadamente, 30 anos de experiências de inserção nos serviços públicos de saúde do DF, mais da metade do tempo de criação de Brasília, essas práticas ainda sofrem com o saber hegemônico determinante na dinâmica dos serviços públicos. No caminho trilhado por essas práticas no DF, elas transitaram de experiências singulares, aliadas ao conhecimento popular, à rigidez científica que a biomedicina impôs ao Estado e vice-versa. Assim, para se institucionalizarem, elas sofreram um processo de “higienização”, ao se afastarem das práticas/saberes localizados, produzidos em contextos populares, que apresentam outros protocolos, processos, tecnologias, elementos e olhar.

Em nível nacional, as categorias profissionais travam um combate, especialmente, com a categoria médica, que, em todo o processo de construção da política, visa pautar a política a partir do seu olhar. Desse modo, no limite do negociável com o poder biomédico, foram criadas tanto a política nacional quanto a distrital. Em meio aos conflitos e dilemas levantados, elas estão inseridas na rede. No entanto, ainda correm o risco de serem mero instrumentos da biomedicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CAMARGO, Wagner Xavier de and RIAL, Carmen Silvia de Moraes. Hormônios e micropolíticas de gênero na era farmacopornográfica. **Cad. Pagu** [online]. 2010, n.34, pp. 363-371. ISSN 0104-8333.
2. PRECIADO, Beatriz. *Testo Yonqui*. Madrid, Editora Espasa Calpe, 2008, 324p
3. CAMARGO JR., J. A medicina ocidental contemporânea. In: LUZ, M. (org.) Racionalidades e práticas integrativas em saúde. RJ: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
4. TESSER, C. D. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006, pg 73
5. TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública** 2008; 42(5):914-20, pg. 915
6. NUNES, Everardo Duarte. 1994. “Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito.” **Saúde e Sociedade** (3)2: 5-21
7. MINAYO, M^a C. “O desafio da pesquisa social”. In: MINAYO, M^a C. & GOMES, S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. RJ, Vozes, 2012.
8. MATTOS, Ruben A. Ciência, metodologia e trabalho científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos). In: MATTOS, Ruben A; BAPTISTA, Tatiana WF. (org) **Caminhos para análise de políticas de saúde**. 2011.
9. GEERTZ, C. 1989. “Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura”. In: **A Interpretação da Cultura**. RJ: Ed. Guanabara Koogan.
10. FOUCAULT, M. 2000. **Microfísica do poder**. RJ: Edições Graal.
11. FOUCAULT, M. 2005. **Historia da sexualidade 3: o cuidado de si**, RJ: Ed. Graal.
12. ZORZANELLI, R T et al. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950 – 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1868, 2014
13. LUZ, Madel T; Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em Saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, RJ, 7(1), 1997.
14. LUZ, Madel T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família**, 2007.
15. CECCIM, Ricardo Burg. **Réplica**. Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a16.pdf>.
16. MANÇANO. Desafio e estratégias da institucionalização da medicina natural e das práticas integrativas e complementares de saúde no sistema único de saúde do Distrito Federal. **Monografia do Curso de Especialização em Saúde Pública e da Família**, Universidade Castelo Branco. 2007.

1. Discussão geral e conclusões:

Para a efetivação da PDPIS de acordo com suas diretrizes, acredita-se que o processo de gestão das Práticas integrativas e complementares no SUS/DF deve estar inserido nas redes de atenção, com base na regionalização, de forma não burocratizada, mas articulada, dando conta das múltiplas redes envolvidas no processo de regionalização. Nesse sentido a gestão de pessoas no trabalho em PIS deve ter foco na exclusividade na tarefa, para que não haja desvio de função. Além disso, é necessária valorização dos trabalhadores em ampliação dos serviços em PIS no DF. Os profissionais de saúde devem ser apoiados no desenvolvimento de práticas de educação permanente e saúde, partindo de vivências e reflexões sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, questionando as práticas na atenção, gestão ou controle social.

A divulgação e informação de conhecimentos devem ser compartilhadas entre os sujeitos. Essas informações podem qualificar o desenvolvimento da autonomia, trabalho multiprofissional, resolutividade, além do fortalecimento do controle social sobre a Política. O desafio é dar voz aos usuários e às práticas populares. O investimento em pesquisa e inovação deve ser feito para além dos modelos de pesquisa oficiais e de forma integrada às micro-experiências inovadoras que podem estar acontecendo em outras localidades.

Ações de avaliação e monitoramento são ferramentas fundamentais para alicerçar a política distrital. Os resultados da avaliação podem apontar maior qualidade técnica na gestão e formulação de novas estratégias. A garantia de acesso aos insumos é fundamental para a qualificação dos serviços prestados e resolubilidade da atenção em saúde. A promoção do acesso deve estar alinhada com segurança, eficácia e qualidade dos insumos. Os Arranjos Produtivos Locais – APL devem ser apoiados visando à promoção e ao acesso a plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

Há fragilidades na inserção das PICS, conforme foi observado, mas os avanços obtidos ao reconhecer outras possibilidades de tecnologias de cura e outros procedimentos de diagnose, aliados ao direito de escolha do cidadão, revelam que as experiências dos precursores desse processo não foram em vão.

Mesmo com a hegemonia da biomedicina e, muitas vezes, atuando no limite do permitido por esse saber/poder, as políticas das PICS estão sendo criadas e é possível

perceber que no cotidiano da vida dos sujeitos e dos serviços de saúde, ou no que poderíamos denominar política cotidiana, são desenvolvidas atividades que tanto reforçam quanto subvertem os modos instituídos. Assim, as PICS se dinamizam na vida social, que se processa de forma diferente nos múltiplos espaços da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BRETON, David. Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade/ David Le Breton; tradução Marina Appenzeller. – Campinas, SP: Papyrus, 2009.
2. LUZ, Madel T; Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em Saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, RJ, 7(1), 1997.
3. LUZ, Madel T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família**, 2007.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS): Preventing suicide: A global imperative. **Number of pages: 92. 2014. ISBN: 978 92 4 156477 9**
5. ANVISA. **Boletim de farmacoepidemiologia do SGNPC**. V.2 ano1. Jul/dez 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. 2014. ISBN 978-85-334-2172-1.
7. SZWARCOWALD CL, Souza-Junior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. **BMC Health Serv Res**. 2010; 10:217.
8. LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: Conflito social e saúde**. São Paulo: Editora Difel, 1984.
9. FIGUEIREDO, M & ALVAREZ, D. Gestão do trabalho na perfuração de poços de petróleo: usos de si e a “vida por toda a vida”. **Trabalho, Educação e Saúde**, RJ, v.9, supl.1, p. 299-326, 2011.
10. TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública** 2008; 42(5):914-20.
11. ZORZANELLI, R T et al. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950 – 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1868, 2014

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web interface. At the top, there is a header with the 'Saúde' logo and 'Ministério da Saúde' text. Below this, the 'Plataforma Brasil' logo is on the left, and navigation icons for 'principal', 'central de suporte', and 'sair' are on the right. A dark green navigation bar contains buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user's name 'Alane Andreino Ribeiro - Pesquisador' and version 'V2.21' are shown on the right. A dark blue bar at the bottom of the header indicates 'Cadastros' and 'Sua sessão expira em: 39min 39'. The main content area shows a breadcrumb trail: 'Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa'. Below this is a grey box titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA'. A light blue box titled 'Dados do Projeto de Pesquisa' contains the following information: 'Título da Pesquisa: As Práticas Integrativas e Complementares do SUS em meio medicalização da sociedade: relato de experiência do CERPIS', 'Pesquisador: Alane Andreino Ribeiro', 'Área Temática:', 'Versão: 2', 'CAAE: 36181714.2.0000.0030', 'Submetido em: 16/10/2014', 'Instituição Proponente:', 'Situação: Aprovado', 'Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável', and 'Patrocinador Principal: Financiamento Próprio'. A small PDF icon is visible in the bottom right corner of the data box.

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: As Práticas Integrativas e Complementares do SUS em meio medicalização da sociedade: relato de experiência do CERPIS
Pesquisador: Alane Andreino Ribeiro
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 36181714.2.0000.0030
Submetido em: 16/10/2014
Instituição Proponente:
Situação: Aprovado
Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

ANEXO B

AS DIRETRIZES DA POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE (e alguns comentários)

I) Desenvolvimento e fortalecimento da atenção e da gestão em PIS no SUS/DF, incentivando sua inserção nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, com ênfase na atenção primária;

O processo de gestão das Práticas integrativas e complementares no SUS/DF deve estar inserido nas redes de atenção, com base na regionalização, de forma não burocratizada, mas articulada, dando conta das múltiplas redes envolvidas no processo de regionalização.

II) Incremento de Pessoal para o Trabalho em PIS na Rede Pública de Saúde do DF;

Nesse sentido os recursos humanos devem ter exclusividade na tarefa, para que não haja desvio de função. Além disso, é necessária valorização dos trabalhadores em PIS. Esse incremento implica em ampliação dos serviços de PIS.

III) Qualificação em PIS para profissionais de saúde da SES-DF, consoante os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente no SUS;

Os profissionais de saúde devem ser apoiados no desenvolvimento de práticas de educação permanente e saúde, partindo de vivências e reflexões sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, questionando as práticas na atenção, gestão ou controle social.

IV) Divulgação e informação de conhecimentos básicos das PIS para usuários, profissionais e gestores do SUS;

A divulgação e informação de conhecimentos deve ser compartilhada entre os sujeitos. Essas informações podem qualificar o desenvolvimento da autonomia, trabalho multiprofissional, resolutividade além do fortalecimento do controle social sobre a Política. O desafio é dar voz aos usuários e às práticas populares.

V) Incentivo à pesquisa como estratégia de aprimoramento da atenção e da produção do conhecimento em PIS no SUS/DF;

A SES/DF deve investir em pesquisa e inovação para além dos modelos de pesquisa oficiais e de forma integrada as micro-experiências inovadoras que podem estar acontecendo em outras localidades.

VI) Desenvolvimento de ações de regulação, planejamento, monitoramento, avaliação em PIS e inclusão de novas modalidades

A institucionalização da Avaliação é ferramenta fundamental para alicerçar a política distrital. Os resultados da avaliação podem apontar maior qualidade técnica na gestão e formulação de novas estratégias.

VII) Garantia de acesso dos usuários do SUS-DF aos medicamentos homeopáticos, antroposóficos, plantas medicinais e fitoterápicos com qualidade e segurança.

A garantia de acesso aos insumos é fundamental para a qualificação dos serviços prestados e resolubilidade da atenção em saúde. A promoção do acesso deve estar alinhada com segurança, eficácia e qualidade dos insumos. Os Arranjos Produtivos Locais – APL devem ser apoiados visando a promoção e o acesso a plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

ANEXO C

INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 6000 palavras ([leia mais](#));

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do

ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página

inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.