

TERAPIAS NATURAIS, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA LEGISLAÇÃO MUNICIPAL E ESTADUAL BRASILEIRA

Martha Priscila Bezerra Pereira;

(*UFCEG; mpscila@yahoo.com.br*)

- Introdução:

Desde meados da década de 1960 com o movimento hippie e sua tentativa de desenvolver comportamentos voltados à natureza, houve também o acolhimento de valores, crenças e formas de cura de origem oriental, além da busca mais frequente por terapias naturais desenvolvidas no mundo ocidental. No Brasil essa realidade também se fez presente de tal forma que paulatinamente passaram a ser utilizadas pela sociedade e incluídas na legislação em várias instâncias. Diante deste quadro de referência, este trabalho tem por objetivo identificar as práticas naturais, alternativas, complementares ou integrativas que estão sendo incluídas nas políticas estaduais e municipais, assim como nas leis municipais no Brasil.

-Metodologia:

Para elaborar este trabalho fez-se inicialmente um levantamento de referências relacionado aos seus antecedentes históricos, principais conceitos como terapia natural, saberes tradicionais, saberes alternativos, relativismo cultural, pluralismo e multiculturalismo.

Também foi realizado um levantamento documental na internet no período entre 01 e 10 de junho de 2017 com os seguintes descritores: “PIC, municipal”, “lei municipal, PIC”, “município, PIC, terapias”, “práticas, PIC, município”. Os resultados aproveitados foram os que apareceram nas três primeiras folhas.

A partir do levantamento de referências foi possível fazer uma melhor contextualização e fundamentação teórica e a partir do levantamento documental utilizou-se da Análise de Conteúdo para entender as presenças e ausências nestes documentos.

- Resultados e discussão:

Inicialmente foi necessário resgatar alguns conceitos como terapias naturais, saberes tradicionais e alternativos. Por sua vez, estes termos nos levam a outros conceitos como relativismo cultural, pluralismo e multiculturalismo.

As **terapias naturais** podem ser consideradas como métodos, técnicas e princípios, conhecimentos leis naturais que visam a normalização das pessoas (CARIACICA, 2015).

Os **saberes tradicionais** estão inseridos em uma matriz histórico-cultural ou tradicional mais ampla (TESSER, 2009). Quando se considera os saberes tradicionais tem-se como um exemplo significativo a Medicina Tradicional Chinesa, divulgada a partir de vários pesquisadores no ocidente, dentre eles, Maciocia (2014).

De acordo com Barros, Siegel e Otani (2011) os **saberes alternativos**, ou como mencionam os autores, a medicina alternativa, pode ser entendida como uma opção racional dentro da biomedicina; crítica, reformulação e substituição da medicina oficial e; sistema de novas terapêuticas. A medicina alternativa trabalha com elementos não-oficiais, se abre para as “interações da saúde com os campos da religião, da cultura e da arte” (BARROS, SIEGEL, OTANI, 2011, p. 18). Seria uma prática substitutiva da medicina convencional.

Dependendo de como forem utilizadas, as várias práticas de cura podem ser denominadas como **tradicional, alternativa, complementar ou integrativa**. Essas diferenças surgem no próprio histórico do movimento de reconhecimento em que a Medicina Tradicional, originária de determinada cultura, passa a denominar-se alternativa para outra. De acordo com Barros, Siegel e Otani (2011), a partir da década de 1980, quando se consolidou o movimento para incorporar essas práticas terapêuticas alternativas aos sistemas médicos oficiais, esta passou a ser entendida por alguns como complementar ao sistema existente ou como sinônimo de medicina alternativa. Posteriormente este termo foi entendido também como integrativa, pois estaria integrada ao sistema de forma interdependente.

A partir desses conceitos podemos apresentar a base de nossa contextualização baseado em um tripé. No primeiro, em que o mundo estaria organizado atualmente a partir de suas grandes civilizações (HUNTINGTON, 1997), associado a isso a grande concentração de renda que gerou a necessidade de se “permitir” que fossem institucionalizadas as formas de cura mais tradicionais e baratas para que se diminuísse o déficit de pessoas sem acesso a tratamento de saúde (OMS, 1978). Na segunda, a evolução da legislação na área da saúde na Organização Mundial de Saúde, com rebatimentos para os países membros através da normatização do território. Na terceira, a evolução do conceito e da legislação sobre direitos humanos, permitindo que a cada avanço, se permitisse uma maior pluralidade cultural, o que acarretou, por consequência, uma gradual aceitação da diversidade das formas de cura. Contudo, o que seria esse pluralismo cultural? Qual a diferença entre pluralismo cultural, relativismo cultural e multiculturalismo?

De acordo com Reis (2004) **pluralismo** seria a convivência pacífica e respeitosa entre pensamentos diferentes. Seria o contrário ao pensamento único, como preconizado, por exemplo, pela Globalização. O **relativismo cultural** seria o entendimento de que todas as sociedades se desenvolvem a partir de bases culturais distintas (MUNANGA, 2006).

Já o **multiculturalismo** ocorreria quando em um país, região ou local há a convivência de diferentes culturas ou tradições, proporcionando a mescla de culturas, visões de vida e valores. O multiculturalismo é pluralista, e pode ser relativista (quando não se estabelecem critérios mínimos para o diálogo entre culturas) ou universalista (quando há um julgamento externo em relação às regras internas de uma cultura) (REIS, 2004). Esses conceitos nos auxiliam a entender o contexto em que estão inseridos esses saberes e práticas de cura.

Quanto à normatização do território realizada através de uma legislação federal (BRASIL, 2006; 2008; 2017) e tem rebatimento na legislação elaborada para as unidades de federação e municípios. Dos documentos que estavam disponíveis na internet foi possível investigar projetos de lei municipal, leis municipais, políticas públicas municipais e estaduais das práticas integrativas e complementares.

Quanto aos projetos de lei e leis disponibilizadas foi possível identificar vinte e um (21) tipos de informações. Destas, as mais relevantes para o tema foram: a) descrição das práticas que serão incluídas (91,67%); b) competências do programa/objetos (75%) e; c) ações para implantação como responsabilidade municipal (75%).

As políticas se apresentam como uma extensão, anexo ou detalhamento da lei. Das políticas disponibilizadas (estaduais ou municipais) foram identificados oito (8) documentos. Destes, foram observados cinquenta e quatro (54) tipos de informações.

Das informações encontradas, as mais frequentes foram: a) normativas em que se baseia (100%); b) estratégias gerais (75%); c) diretrizes gerais (62,5%); d) afirmação de que será uma política setorial (62,5%); e) conceito de práticas integrativas e complementares (62,5%); f) objetivos das PICS (62,5%) e; g) descrição das práticas que serão incluídas (62,5%).

Em relação às práticas integrativas e complementares citadas nos 21 documentos (projetos de lei, leis e políticas) foram identificadas 54 modalidades. Destas, destacam-se a fitoterapia brasileira (85,71%), acupuntura (80,95%) e a homeopatia (71,43%).

- Conclusões:

No que diz respeito às leis, estas são semelhantes, tendo sido possível observar uma grande regularidade na sua estrutura, já com relação às políticas, há muitos itens diferentes, seguindo a lógica dos componentes locais (profissionais de áreas variadas) que elaboram esta legislação.

Quando se fala nas práticas, elas também obedecem o conhecimento específico e origem cultural da comissão provisória da PMPICs (Política Municipal de Práticas integrativas e Complementares), a demanda da população local e a oferta de recursos humanos qualificados.

-Referências bibliográficas:

BARROS, Nelson Filice de; SIEGEL, Pamela; OTANI, Márcia Aparecida Padovam. Introdução. In: BARROS, Nelson Filice de; SIEGEL, Pamela; OTANI, Márcia Aparecida Padovam (org). **O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções**. São Paulo – SP: Hucitec, 2011, 171p. P. 15-25.

BRASIL. **PNPIC no SUS: atitude de ampliação e acesso**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2008, 92p.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC/SUS**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2006, 21p. Disponível em www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

BRASIL. **Portaria 849 de 27 de março de 2017**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2017, 1p. Disponível em: www.189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf.

CARIACICA. **Lei n. 5539 de 11 de dezembro de 2015**. Cariacica – ES: Prefeitura Municipal de Cariacica. 2015, 1p.

HUNTINGTON, Samuel P. **O choque de civilizações e a recomposição da ordem mundial**. Rio de Janeiro – RJ: Objetiva, 1997, 436p.

MACIOCIA, Giovanni. **Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas**. 2.ed. Tradução de Ednéa Iara Souza Martins. São Paulo – SP: Roca, 2014, 927p.

MUNANGA, Kabengele. Algumas considerações sobre ‘raça’, ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos. **Revista USP**, São Paulo – SP, N. 68, P. 46-67, dez/fev, 2005-2006. Disponível em www.periodicos.usp.br. Acesso em 11 de junho de 2007.

OMS. The promotion and development of traditional medicine. Geneva-Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2002, 78p. Disponível em www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf. Acesso em 15 de junho de 2017.

REIS, Marcus Vinícius. Multiculturalismo e direitos humanos. **Senado**, Brasília –DF, 2004. Disponível em www.senado.leg.br. Acesso em 10 de junho de 2017.

TESSER, Charles Cavalcante. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n.8, p. 1732-1742, ago, 2009.