

UM OLHAR GEOGRÁFICO SOBRE AS POLÍTICAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: POSSIBILIDADES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.

Martha Priscila Bezerra Pereira

Universidade Federal de Campina Grande, mpbcila@yahoo.com.br

Resumo: A Política das Práticas Integrativas e Complementares em saúde tem seu início em 2006 no Brasil, porém o entendimento deste fenômeno pode ser entendido quando se faz um resgate histórico dos acontecimentos que possibilitaram este evento no século XXI. Desta forma, este trabalho tem como objetivo fornecer um entendimento geográfico ao fenômeno da implantação das práticas integrativas e complementares no Brasil. Para atingir esse objetivo foram utilizadas as seguintes técnicas de pesquisa: a) pesquisa em referências; b) caderneta de campo e; c) pesquisa documental. Como principais resultados tem-se a possibilidade de entendimento deste fenômeno a partir de um jogo escalar de ações que inclui a apropriação de ideias existentes, aproveitamento de experiências locais exitosas, normatização do território e a formação de territórios-rede.

Palavras-chave: PICS, Geografia da Saúde, Brasil.

INTRODUÇÃO:

A temática em estudo passou a ser estudada a partir de uma demanda local sobre o entendimento da medicalização na área adscrita pela Estratégia Saúde da Família, que inicialmente era percebido como auto-medicação e que passou a ser esclarecida paulatinamente como a influência ideológica de uma série de formas de cura, provenientes de culturas heterônomas, sincretizadas com formas tradicionais de cura. Estas passaram a ser utilizadas de várias maneiras em paralelo ao uso da biomedicina (integrativa ou complementar) ou até mesmo de forma alternativa à biomedicina.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo fornecer um entendimento geográfico ao fenômeno da implantação das práticas integrativas e complementares no Brasil.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa explicativa e bibliográfica, mas que para obter esses resultados fez-se uso de resultados de pesquisa coordenados pela autora e participação no poder público municipal. Também utilizou-se enquanto método de procedimento o método histórico no sentido de esclarecer algumas situações que ocorrem na atualidade. De forma prática, fez-se um levantamento de referências, além de uma síntese de resultados de estudos, da participação em eventos científicos e na Comissão Intersetorial Temporária junto ao Conselho Municipal

(83) 3322.3222

contato@conapesc.com.br

www.conapesc.com.br

de Saúde da Prefeitura Municipal de Campina Grande a partir do uso da caderneta de campo e de relatórios de pesquisa. Não será um relato de experiência, mas a participação nestas atividades, associada a leituras permitiram uma observação mais generalizada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Nesta parte serão apresentados os resultados das pesquisas em referências voltados à problemática e à fundamentação teórica para poder chegar a esse olhar geográfico para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Antecedentes históricos:

A arte de cuidar da saúde no Brasil teve início com as práticas de cura dos pajés entre os indígenas acrescidos às formas de cuidar europeias e africanas de cuidados com a saúde após o século XVI. Em todo o período colonial estas práticas conviveram, seja de forma pacífica ou conflituosa, a depender dos interesses vigentes (CHALOUB; MARQUES; SAMPAIO; GALVÃO SOBRINHO, 2003).

Uma primeira mudança significativa neste contexto foi a vinda da família real para o Brasil, no qual a medicina científica <biomedicina ou medicina capitalista> passa a ser considerada a oficial, sendo as outras formas de cuidado com a saúde submissas ou mesmo entendidas como uma contravenção ou crime. No entanto, esta coibição não foi capaz de extinguir as várias artes de cuidar da saúde já existentes no Brasil (CHALOUB; MARQUES; SAMPAIO; GALVÃO SOBRINHO, 2003).

No século XX, a biomedicina foi norteadora da organização do Sistema de Saúde no Brasil (PEREIRA, 2001), que se utilizou de vários modelos assistenciais, dentre eles destacaram-se o assistencial sanitário, o médico assistencial privatista e alternativos (PAIM, 1999), gerando paisagens e territorialidades específicas (PEREIRA, 2011).

Percebe-se que apenas nas últimas décadas do século XX, com a emergência do paradigma da promoção ou paradigma da saúde (LUZ, 2009), a arte de cuidar da saúde passou a ser considerada pelo Estado em sua multiplicidade de influências, sendo mais um modelo alternativo de saúde. Mas como chegamos à esses paradigmas e aceitação dessas práticas? A explicação a essas perguntas podem surgir a partir de alguns eventos históricos, ou seja, esta conjuntura foi possível a partir de acontecimentos bem anteriores, o primeiro deles, que ocorreu a partir da denominada Paz de Westfalia (1648) até o fim da segunda guerra mundial (1945). O

segundo que seria o período da guerra fria (1945-1991) e o terceiro que poderia ser denominado como choque de civilizações (1991 até a atualidade). Esses períodos históricos lineares tiveram relação com pelo menos três aspectos: a evolução dos direitos humanos, as mudanças na regionalização mundial e na legislação internacional.

Um dos aspectos considerados, **evolução dos direitos humanos**, teve início em 1648 com a assinatura de um acordo em que se reconhecem alguns direitos humanos, dentre eles, o direito ao culto religioso como algo individual no mundo ocidental, esse acordo é denominado a Paz de Westfalia e dá início ao conceito de direitos humanos (REIS, 2004). Após esse momento surgem alguns desdobramentos que Reis (2004) dividiu nas fases de positivação, generalização, internacionalização e especificação e explicou como se segue no texto.

Na fase de positivação há alguns documentos como a Declaração da Independência dos EUA (1776 – Declaração dos Direitos da Virgínia); Revolução Francesa (1789 – Declaração dos Direitos do Homem e do cidadão) e; Constituição dos EUA (1791 – 10 primeiras emendas da Revolução Francesa estavam contidas na Constituição). Estes documentos impulsionaram outros países a fazer o mesmo posteriormente.

Na fase de generalização (séc. XIX), os direitos humanos passam a ampliar-se por classes sociais, proporcionando igualdade entre todos por intermédio dos direitos de segunda geração (econômicos, sociais e culturais).

A fase de internacionalização (séc. XIX até a primeira metade do século XX) faz com que a discussão passasse para uma agenda internacional; surgem os primeiros tratados de direitos humanos.

Já a fase da especificação (após 1945), há uma determinação seletiva de alguns direitos (deficientes físicos, mulheres, migrantes, refugiados, crianças, idosos, etc.).

Esses direitos continuam a ser debatidos e realizadas várias tentativas de fazer com que essas leis sejam executadas, ainda que haja enorme resistência por parte de quem não está incluído nas situações específicas.

Nesse período de tantas mudanças nos direitos humanos a houve **mudanças na regionalização mundial**, o que Vesentini (2009) afirma serem variadas ordens mundiais. Neste recorte iniciado com a Paz de Westfalia até os dias atuais pode-se afirmar que tivemos pelo menos três grandes regionalizações mundiais, que podem ser denominadas de variadas formas a partir de critérios diversos.

A primeira delas (1648-1945) seria a da formação e fortalecimento dos Estados Nacionais em que além de se fortalecerem, ganhavam novos

territórios de dominação (VESENTINI, 2009). Passou-se a viver um padrão ocidental da história (conflitos entre reis/ depois entre nações/ entre interesses econômicos e ideológicos). Também se fez acreditar que as características de cada local influenciava o modo como a humanidade se desenvolvia, sendo a melhor explicação para as diferenças de riquezas e poder entre os lugares (CASTRO, 2009). Em relação às formas de cura, eram famosas as formulações secretas, preparos em que apenas o autor da formulação sabia a composição, por outro lado, a Santa Inquisição era severa aos que promoviam a cura através de plantas medicinais, pois era entendido como feitiçaria (MARQUES, 2003). Talvez seja por esta razão que as formulações secretas eram tão comuns.

A segunda fase (1945-1991) teria como marcos o final da segunda guerra mundial até a dissolução da URSS. Neste período a ordem mundial está ditada nas decisões relacionadas ao capitalismo e ao socialismo, surge um mundo bipolar nas direções leste-oeste que tem dois grandes centros de comando: os Estados Unidos da América (EUA) e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Todavia, apesar da busca por um desenvolvimento econômico desenfreado por parte dessas duas grandes potências, surgem também iniciativas com o objetivo de preservar o meio ambiente, melhorar as condições de vida e garantir a paz. Esta seria a base para os movimentos ecológicos e o movimento hippie (MENDONÇA, 1998). No que diz respeito às ciências um dos desdobramentos de tantas influências foi a abertura ao pluralismo temático e metodológico (MENDONÇA, 1998; CASTRO, 2009).

Na terceira fase (1991 aos dias atuais) há pelo menos duas grandes correntes explicativas da regionalização mundial que podem nos auxiliar a entender a legislação vigente. A primeira delas estaria relacionada à explicação do mundo bipolar sócio-econômico (mundo bipolar norte-sul), a segunda seria o mundo multipolar – choque das civilizações. Apesar das duas auxiliarem na explicação da problemática, a segunda seria a mais propícia para explicar a evidência atual dos saberes tradicionais e alternativos na saúde coletiva.

De acordo com Huntington (1997) os conflitos deixaram de ser ideológicos (capitalismo versus socialismo) ou econômicos (disputa entre países ou blocos pelo domínio econômico), mas seriam principalmente culturais. Teríamos, por exemplo, a civilização ocidental contra a islâmica, a islâmica contra a hinduísta, que se revolta contra a chinesa –confuciana, dentre outros conflitos.

Percebe-se, através da observação em noticiários da mídia, que esses conflitos de civilizações em escala mundial se reproduzem em escalas menores fazendo com que a cultura dos vencedores prevaleça sobre a dos vencidos. Contudo,

a evolução das ideias e ações dos Direitos Humanos rebatem na necessidade de aceitar o outro, o que também implicaria em aceitar as Medicinas Tradicionais e Alternativas, com o argumento de aumentar o acesso à tratamento de doenças, ou acesso à cura.

Como forma de corroborar este argumento, Castro (2009) nos apresenta um mundo cheio de contradições a partir de 1991 em que ocorrem fenômenos importantes, porém, repletos de contradições (quadro 1).

QUADRO 1
FENÔMENOS IMPORTANTES E CONTRADITÓRIOS QUE OCORRERAM ENTRE 1991 E 2009

Globalização	X	Revalorização do local
Enfraquecimento do Estado-Nação	X	Ressurgimento dos regionalismos
Aumento da circulação internacional de mercadorias	X	Maior controle das fronteiras
Esmacimento das regiões	X	Renascimento dos regionalismos
Expansão da democracia	X	Intensificação da pobreza
Fortalecimento dos movimentos sociais e dos direitos da cidadania	X	Ampliação da exclusão

Fonte: (CASTRO, 2009, p. 16). Organizado pela autora (2017).

Dentre os fenômenos apontados no quadro 1, o embate entre a Globalização e a revalorização do local tem sido importantes para nosso tema. A globalização econômica teve como uma de suas consequências a globalização cultural, fenômeno que decretaria o fim da cultura local e com menor poder aquisitivo (cultura dos vencedores sobre os vencidos). Enquanto isso, a partir do reconhecimento de que o que eu entendo como meu direito, não necessariamente contempla o outro, surge daí o relativismo cultural, que implicaria, por consequência, no relativismo das formas de cura.

No que diz respeito à base legislativa, a concepção de promoção da saúde veio acompanhada da revalorização das práticas de medicina tradicional e da valorização das medicinas complementares e alternativas (MT/MCA) na Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde, ocorrida em 1978, em Alma-Ata – URSS, devido argumentarem que grande parte da população mundial depende de práticas tradicionais, em sua maioria plantas medicinais, como recurso terapêutico (OMS, 1978).

Na década de 1980 muitas práticas terapêuticas denominadas alternativas foram incorporadas aos sistemas médicos oficiais, passando a ter a

denominação de medicina complementar (BARROS, SIEGEL e OTANI, 2011).

Em 2002, com a publicação da Organização Mundial de Saúde intitulada “Estratégia da OMS sobre Medicina tradicional 2002-2005” (OMS, 2002) houve maior impulso para que no Brasil fosse implantada uma política relacionada ao tema. Tanto que já em 2002 é publicado um Caderno de Atenção Básica sobre práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2002).

Em 2006 é implantada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares que trata de recomendar no seu artigo 1º, parágrafo único, “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, 2006b, p. 1-2).

A partir deste ano de 2006 vários estados aderiram, e paulatinamente, municípios (BRASIL, 2011) porém esta adesão pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não abrange ainda todos os municípios, com o é o caso de Campina Grande – PB (SOUSA, 2014), ficando estas práticas a depender da iniciativa privada.

Como uma **primeira síntese**, percebe-se que a partir dessas bases históricas pode-se observar que nesse período houve um dualismo entre a cultura dos vencedores sobre a cultura dos vencidos de um lado; e a necessidade de entender cada escolha individual e cada cultura a partir de sua própria estruturação. Essa dualidade, associada à criação da Organização Mundial de Saúde, fez com que fosse possível a organização de eventos e recomendações no sentido de melhorar a saúde geral dos mais vulneráveis e a aprovação de leis relacionadas a essa pluralidade nas formas de cura no Brasil. No entanto, esse baixo acesso ao serviço de saúde convencional ou biomédico também pode ser interpretado, em parte, como resistência cultural e não apenas precariedade da atenção quando se considera as comunidades quilombolas, indígenas e seus descendentes aqui no Brasil, por exemplo? Isso não se estenderia a outros países e culturas? Qual a situação dessas tensões culturais?

Quando se remete a situação atual, apropriando-se do entendimento de Huntington (1997) sobre o choque das civilizações e a evolução dos direitos humanos, percebe-se que as bases culturais e suas formas de cura ficaram latentes, perderam muitos de seus curadores e até parte da credibilidade por parte da própria cultura, porém, há um grupo em cada civilização que acredita em sua forma de cura e resiste, seja continuando as práticas de cura, seja buscando essas pessoas que dominam as formas de cura, daí esse resgate dos saberes tradicionais e alternativos serem possíveis em nossa sociedade do século XXI.

Práticas que foram reconhecidas pelo governo brasileiro:

As práticas que foram acolhidas inicialmente pelo governo brasileiro foram: acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia e termalismo social/crenoterapia. (BRASIL, 2006b). Ainda em 2006 foi acrescentada a Antroposofia (BRASIL, 2006c). Estas últimas, termalismo social e antroposofia estavam apenas incluídas no sentido de serem observadas, não exatamente reconhecidas. No ano de 2017 foram integradas as seguintes práticas ao SUS: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (BRASIL, 2017b). Enquanto em 2018 foram reconhecidas a apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia (BRASIL, 2018). No ano de 2018 temos reconhecidas 29 práticas. Vale salientar que essas práticas foram incluídas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) devido a sua presença contínua no serviço público de maneira informal, sendo, realizada essa formalização do serviço de maneira que possa ser incluído como procedimento passível de pagamento ao profissional. A partir dessa legislação é possível observar brevemente algumas de suas origens culturais, que são variadas, tanto de países centrais quanto de países periféricos, da mesma forma que tem origens culturais e religiosas diversas. Outra questão interessante é que na medida em que essas práticas foram sendo incorporadas pelo SUS, passaram a ser regulamentadas como sendo prática prioritariamente ao profissional de saúde.

Em busca de uma teoria para entender as Práticas Integrativas e Complementares em saúde:

Entende-se que as práticas complementares e integrativas em saúde podem ser entendidas como parte de um jogo escalar de ações que inclui a apropriação de ideias existentes, aproveitamento de experiências locais exitosas, normatização do território e a formação de territórios-rede (PEREIRA, 2010). Entenda-se escala geográfica como “a própria extensão ou magnitude do espaço que se está levando em conta” (SOUZA, 2015, p. 181). Para demonstrar, toma-se por base a escala municipal.

A **apropriação de ideias existentes** ocorre quando há o processo de apropriação de conhecimentos terapêuticos de outras culturas, terapêuticas heterônomas no dizer de Antônio, Tesser e Moretti-Pires (2013). Isso ocorreu no Brasil principalmente desde meados da década de 1960 com o movimento hippie e sua tentativa de

desenvolver comportamentos voltados à natureza (MENDONÇA, 1998) havendo também acolhimento de valores, crenças e suas formas de cura, como no setor privado da saúde, foram sendo apropriadas por vários tipos de profissionais ou pessoas que fizeram uma formação específica e passaram a trabalhar com uma dessas práticas.

Também se pode entender essa apropriação de ideias existentes quando ocorre, um choque constante de civilizações. Partindo do modelo de Huntington (1997) poderíamos entender que essas fronteiras culturais podem ocorrer em escalas menores que a escala mundial. Sempre que houver contato territorial entre culturas, haveria o contato territorial entre formas de cura, isso pode ocorrer, por exemplo, entre os indígenas e produtores rurais, entre ciganos e moradores de determinada cidade, etc. Nos períodos mais calmos há a possibilidade do contato das formas de cura a partir de pessoas que se apropriam das formas de cura heterônomas e influenciam no território local. Um dos autores que podem auxiliar no início desta busca é José de Souza Martins (MARTINS, 2009).

Outra possibilidade de ocorrência dessa apropriação seria em decorrência de vários relatos de **experiências locais exitosas**, como depoimentos de pessoas que conseguiram prevenir, se curar ou pelo menos diminuir a gravidade de sintomas de determinadas doenças, no caso de doenças crônicas. No caso da formação dos Centros de Referência Municipais essas experiências ocorrem a partir da observação de locais que já instalaram esse serviço, como tem ocorrido com a Comissão Intersectorial Temporária no âmbito do Conselho de Saúde da Prefeitura Municipal de Campina Grande entre 2017-2018, fazendo com que haja a multiplicação deste tipo de atividade, como tem ocorrido em outros locais (PEREIRA, 2017).

Dentre essas experiências locais exitosas, centrando no tipo de práticas que são acolhidas pelos setores público e privado, observa-se em campo que tem sido mais aceitas as práticas que se desvinculam parcialmente da cultura de origem ou sincretizam valores heterônomos com a cultura local (SOUSA, 2014; SOUZA e PEREIRA, 2015; SILVA e PEREIRA, 2017)

Outra característica dessas práticas é que elas estão sendo mais aceitas quando passam a demonstrar determinado nível de **racionalidade médica**, como defende o grupo de pesquisa “Racionalidades em saúde, sistemas médicos e práticas complementares e integrativas” (LUZ, 2017; NASCIMENTO, BARROS, NOGUEIRA, LUZ, 2013). Desta forma, a racionalidade médica seria um sistema complexo, sistematizado em menor ou maior grau de traços ou dimensões fundamentais, mas que estão em contínua evolução (NASCIMENTO, BARROS, NOGUEIRA, LUZ, 2013). A partir desse conceito, alguns traços ou dimensões são fundamentais nesta teoria, são eles: 1) morfologia

humana (estrutura e forma de organização do corpo); 2) dinâmica vital humana (fisiologia, movimento da vitalidade); 3) doutrina médica (o que é o processo saúde-doença, etiologia, tratamento); 4) sistema de diagnose (identificação, natureza, fase e evolução provável); 5) sistema terapêutico (como se trata) e; cosmologia (qual a visão que está nas origens da determinação de outras dimensões).

Nesse interim, o Brasil e países membros da Organização Mundial de Saúde – OMS, recomendado pela própria OMS (OMS, 1978, 2002) passou a implantar de forma gradual esta concepção de medicina. Estas ações podem ser entendidas como **normatização do território** no dizer de Santos (1997).

Porém esta territorialidade das normas é exercida de maneira desigual no Brasil, pois no que se refere às formas de cuidar da saúde a hegemonia das relações de poder sobre o território é exercida pela biomedicina desde o século XIX, tendo um reforço significativo com o Relatório Flexner¹ no ano de 1910 e seus desdobramentos, conseguindo superar a cultura tradicional. Essa situação é reforçada quando surgem as regulamentações destas práticas no sentido de determinar qual profissional pode exercer procedimentos específicos (BRASIL, 2017a) insinuando que esse seria um novo nicho de mercado da área da saúde, e não exatamente a democratização das formas de cura.

Esta situação é comparável ao que Gramsci afirmou quando abordou sobre hegemonia e cultura. Defendia que a desigualdade social produzida no modo capitalista de produção estende-se à vida política e cultural, sendo o peso da opinião singular bem diferenciado, pois a depender de quem forma a opinião, passa a ter total poder de difusão, irradiação e persuasão e consegue agregar o posicionamento de muitos, impondo essa forma de pensar (SCHELESENER, 2007).

Por fim, na medida em que há a convivência de vários tipos de medicinas no espaço geográfico, estas se organizam formando uma rede de assistência à saúde ou **territórios-rede**. Isso pode ocorrer no município com a convivência e integração entre as várias formas de cura, seja no setor público ou privado. Assim como na ocasião da implantação dessa política no município, em que o município que implanta a política aproveita a experiência de outra anterior. Essa comunicação pode continuar através de eventos.

Em decorrência dessas ações no âmbito municipal, podem-se observar alguns **tipos de paisagem**: 1) paisagem do risco (por falta de conhecimento ou charlatanismo); 2) paisagem

¹ A publicação do Relatório Flexner, em 1910, introduziu a ideia da especialização médica que valoriza o ensino da arte médica por meio da individualização do paciente (CHRISTENSEN & BARROS, 2011)

da cura (a partir dos limites e potencialidades de cada uma dessas práticas); 3) paisagem da prevenção (devido modificação de atitudes, hábitos) e; 4) paisagem da promoção da saúde (a partir do indivíduo quando os hábitos foram internalizados e melhoram a qualidade da saúde e de vida do indivíduo, família e sociedade como um todo e a partir do Estado, quando passa a agir a partir de um entendimento voltado para a saúde).

CONCLUSÕES:

Apesar da cultura dos vencedores estar continuamente desacreditando a cultura dos vencidos, incluindo aí suas formas de cura, a cultura dos vencidos resiste, seja a partir de experiências individuais relatadas, da evolução da legislação dos direitos humanos e seus rebatimentos para a saúde e da resistência de determinados grupos culturais.

Essa dualidade nos permite pensar que além do tempo linear, há a necessidade de considerar as várias escalas e as várias conjunturas nessas escalas para se ter a denominada síntese escalar.

REFERÊNCIAS:

ANTONIO, G.D.; TESSER, C.D; MORETTI-PIRES, R.O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface**: comunicação saúde educação. V. 17, n. 46, p. 615-633, jul/set, 2013.

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

BRASIL. **Política Nacional de Plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília - DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos/ Departamento de Assistência Farmacêutica, 2006, 60p.(a). Disponível em www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em 20 de junho de 2017.

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

BRASIL. **Portaria 633, de 28 de março de 2017**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, 2017, 4p. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_633_28_3_2017. Acesso em 24 de maio de 2018.

BRASIL. **Portaria 702, de 21 de março de 2018**. Brasília - DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, 2018, 8 p. Disponível em: www.cosensrn.org.br. Acesso em 20 de maio de 2018.

BRASIL. **Portaria 849 de 27 de março de 2017**. Brasília - DF: Ministério da Saúde/ Secretaria da 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.

(83) 3322.3222

contato@conapesc.com.br

www.conapesc.com.br

BRASIL. **Portaria n. 1.600 de 17 de julho de 2006**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006, 2p. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html. Acesso em 26 de maio de 2018 (c).

BRASIL. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica**. Brasília - DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de atenção à saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2002, 156p (Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: www.189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf. Acesso em 20 de junho de 2017.

BRASIL. **Relatório de gestão 2006/2010**. Práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília – DF: Ministério da Saúde, Fevereiro de 2011.

CASTRO, Iná Elias de. **Geografia política: território, escalas de ação e instituições**. 2.ed. Rio de Janeiro - RJ: Bertrand Brasil, 2009, 300p.

CHALOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; GALVÃO SOBRINHO, Carlos Roberto (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas – SP: Editora da UNICAMP, 2003, 428p.

CHRISTENSEN, M. C.; BARROS, N.F. de. Práticas integrativas e complementares no ensino superior: revisão sistemática da literatura. In: BARROS, N.F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M.A.P (org.). **O ensino das práticas integrativas complementares: experiências e percepções**. São Paulo – SP: HUCITEC, 2011, p. 29-44.

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

LUZ, Madel Therezinha. **Currículo lattes**. 2017. Disponível em buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=k4780281D2. Acesso em 10 de maio de 2017.

LUZ, Madel Therezinha. É a promoção da saúde um novo paradigma? In: LUZ, Madel Therezinha. **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/ UERJ, 2009, 225p. P. 217-225.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. Medicinas secretas: magia e ciência no Brasil setecentista. In: CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; GALVÃO SOBRINHO, Carlos Roberto (org). **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas - SP: Editora da UNICAMP, 2003, 428p. P. 163-195.

MARTINS, José de Souza. **Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano**. São Paulo - SP: Contexto, 2009, 187p.

MENDONÇA, Francisco. **Geografia e Meio ambiente**. 3.ed. São Paulo – SP: Contexto, 1998, 74P. (Caminhos da Geografia).

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; BARROS, Nelson Filice de; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.12, p. 3595-3604, 2013. Disponível em www.redalyc.org/html/630/63028840016. Acesso em 10 de junho de 2017.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional – 2002-2005**. Genebra – Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2002, 78p. Disponível em www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf. Acesso em 15 de junho de 2017.

OMS. **The promotion and development of traditional medicine**. Geneva – Switzerland: World Health Organization, 1978, 44p. Disponível em www.apps.who.int/medicinedocs/dlcuments/s7147e/s7147e.pdf. Acesso em 15 de junho de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria

(83) 3322.3222

contato@conapesc.com.br

www.conapesc.com.br

Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, 600p. P. 473-487.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife: o agente de saúde em foco**. São Paulo – SP: Scortecci Editora, 2011, 351p.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. Conhecimento geográfico para a Promoção da Saúde. **Hygeia** – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, vol. 6, n. 10, p. 77-88, junho de 2010.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. Terapias naturais, práticas integrativas e complementares na legislação municipal e estadual Brasileira. **Anais...** Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (1). Por uma nova cultura de cuidado. Natal – RN: UFRN, 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.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 2.ed. São Paulo – SP: Hucitec, 1997, 273p.

SCHLESENER, Anita Helena. **Hegemonia e cultura**. 3.ed. Curitiba – PR: Ed. UFPR, 2007, 116p. (Pesquisa n. 6).

SILVA, Luiz Manoel da; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Limites e potencialidades da expansão das práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde em Campina Grande – PB**. Campina Grande – PB: XIV Congresso de Iniciação Científica da UFCG. 2017, 18f.

SOUSA, Valéria da Silva. **Um olhar sobre as práticas de cura em Campina Grande: moradores e agentes comunitários em busca de uma racionalidade alternativa em saúde**. 53f, 2014. Monografia (Graduação em Geografia). Unidade Acadêmica de Geografia/ UFCG, Campina Grande, 2014. Disponível em: www.prosaudegeo.com.br/tcc. Acesso em 17 de junho de 2017.

SOUZA, Edileide Maria de Souza; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde no município de Campina Grande – PB**. Campina Grande – PB: XII Congresso de Iniciação Científica da UFCG, 2015, 23f.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. 2.ed. Rio de Janeiro – RJ: Bertrand Brasil, 2015, 320p.

VESENTINI, William. **Novas geopolíticas**. 4.ed. São Paulo – SP: Contexto, 2009, 115p.