



UNB – Universidade de Brasília

IH – Instituto de Ciências Humanas

SER – Departamento de Serviço Social

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**INTERFACES ENTRE A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS E O PROJETO
ÉTICO-POLÍTICO E PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL**

ALUNA:

NADJA PETRILLO COE

ORIENTADORA:

PROFESSORA DOUTORA MARLENE TEIXEIRA RODRIGUES

BRASÍLIA, SEGUNDO SEMESTRE DE 2007

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO/PALAVRAS-CHAVE.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
CAPÍTULO I - O PROJETO ÉTICO POLÍTICO E PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL.....	8
1.1. A Construção de um Novo Projeto Ético-Político e Profissional: Contextualização Histórica.....	8
1.2. O Código de Ética do Assistente Social: Compromisso com a Liberdade, a Justiça e a Qualidade.....	9
CAPÍTULO II - O SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE.....	11
2.1. O Serviço Social e a Seguridade Social.....	11
2.2. O Serviço Social e no Campo da Saúde: Perspectivas e Desafios.....	11
CAPÍTULO III - A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS.....	16
3.1. Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes.....	16
3.2. Processos de Regulamentação e Fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil.....	18
3.3 Uma Análise do Documento que Aprova a PNPIC.....	20
3.4. Desafios e Controvérsias nos Primeiros Passos da Implementação da PNPIC.....	23

CAPÍTULO IV - INTERFACES ENTRE O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	27
4.1. Visão Ampliada do Processo Saúde-Doença.....	27
4.2. Integralidade na Atenção à Saúde.....	32
4.3. Cidadania.....	34
4.4. Democratização e Controle Democrático.....	37
4.5. Acessibilidade e Universalidade.....	41
4.6. Qualidade de Serviços.....	43
4.7. Educação em Saúde, Pesquisa e Avaliação.....	45
4.8. Financiamento.....	47
4.9. Compromisso Social.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	52

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus;

À minhas duas mães: Mila e Dri e aos meus dois pais: Peti e Bhaskar;

Aos meus irmãos: Janaína, Inara, Rayssa, Muari, Nina, Nanah, Pedro e Luiza;

Aos meus sobrinhos: Ravi e Maya;

Aos meus avós: Henrique, Luizinha e Dalel;

Ao Nirmal, e à sua filha Raiz;

Aos amigos: Bárbara, Renata, Moreno, Paulo Henrique, Julia, Márcia Colen, Jamila, Cássia, Paulo, Thaís, Lorena, Andréia, Dani, Tânia e Beth;

Aos professores que me deram aula em minha trajetória ao longo do curso;

À Professora Doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho;

À Professora Doutora Marlene Teixeira Rodrigues;

Ao Professor Doutor Luiz Fernando Viegas;

Ao Doutor Danilo Carneiro;

À Doutora Carmem de Simony.

RESUMO/ PALAVRAS-CHAVE

O presente Trabalho de Conclusão de Curso procura analisar a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* (PNPIC) sob a perspectiva dos princípios e diretrizes que orientam o *Projeto Ético-Político do Serviço Social*, materializado no Código de Ética Profissional em vigor.

A hipótese orientadora da pesquisa foi que o engajamento dos/as assistentes sociais na concretização da PNPIC, além de contribuir para a implementação efetiva da portaria que instituiu a política, fortalece a consolidação do próprio projeto ético-político da profissão.

Com o objetivo de desenvolver este estudo se procurou inicialmente contextualizar historicamente o processo que culminou na elaboração do Código de Ética do Assistente Social e da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*. Em seguida, analisou-se os desafios no processo de implementação da PNPIC e posteriormente as convergências entre o Código de Ética e a PNPIC.

Foram constatadas na pesquisa diversas convergências e visões complementares entre as esferas analisadas, podendo-se inferir que a PNPIC se mostra como um instrumento de trabalho que pode auxiliar os assistentes sociais na concretização de seu Projeto Ético-Político e Profissional, que por isso, os profissionais devem se colocar em defesa da nova política de saúde nas esferas políticas em que atua.

Palavras-chave: *Projeto Ético-Político e Profissional do Serviço Social*, Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, Código de Ética do Assistente Social, *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*, democracia, cidadania, integralidade, acessibilidade, universalidade, financiamento, educação em saúde, pesquisa, avaliação, compromisso social.

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é requisito parcial para graduação em Serviço Social pela Universidade de Brasília.

A escolha do tema desta monografia foi motivada pelas diferentes oportunidades de contato com a área de saúde ao longo do curso de graduação, incluindo dois semestres de estágio na área de saúde mental (Hospital São Vicente de Paula, com as orientadoras Maria Anunciação e Dalila Dourado) e participação em duas pesquisas – uma relacionada ao Conselho de Saúde (orientação: Professora Doutora Ivanete Boschetti) e a segunda à área de álcool e outras drogas (coordenação: Professora Doutora Denise Bomtempo). Soma-se a estes fatores meu interesse particular e atividades extracurriculares desenvolvidas na área de práticas integrativas de saúde.

A aprovação da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* (PNPIC), lei que visa regulamentar e fortalecer as chamadas “práticas integrativas e complementares” no Sistema Único de Saúde, pouco antes da definição, junto à Universidade, do tema a ser investigado no TCC, foi outro aspecto de nítida influência nesta escolha.

A perspectiva foi que o recorte escolhido me permitisse analisar este tema, tão pouco explorado, sob a ótica do Serviço Social, e não unicamente como modelo de atendimento em saúde pública.

Conexões prévias que pude identificar entre a profissão e a política reforçaram meu interesse por fazer o trabalho referente a este tema. Afinal:

- Algumas das diretrizes explicitadas no Código de Ética do Assistente Social ressaltam a relevância do comprometimento profissional com as políticas sociais. Como a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* é uma delas, este fato justificaria a necessidade dos assistentes sociais a conhecerem;
- A PNPIC favorece a abertura de frentes de participação política para os profissionais e para os usuários, um dos princípios orientadores do projeto profissional.
- A PNPIC fornece inovações no que diz respeito às práticas e estratégias na área de saúde – setor no qual existe forte atuação profissional dos assistentes

sociais, fato que abre a possibilidade dos assistentes sociais a terem como um instrumento de trabalho.

- Os profissionais do Serviço Social participam de Fóruns e debates acerca de políticas sociais. A PNPIC, por sua vez é uma política que passou por diversas discussões no seu processo de criação e implementação (este ainda não completo). Como se verificou o caráter de garantia de direitos da política, o espaço público é um ponto de diálogo no qual a profissão deve se colocar em defesa desta, respondendo um de seus princípios fundamentais, que trata da articulação com movimentos de outras categorias profissionais que partilhem da luta geral dos trabalhadores (CFESS, 1993).

A análise realizada neste trabalho tomou por referência dois documentos-chave: o Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n. 273 de 13 de Março de 1993) e a portaria que aprova a PNPIC (número 971, de três de maio de 2006), considerando que estes instrumentos expressam os princípios e diretrizes que orientam de um lado as práticas profissionais do assistente social e, por outro, a nova política de saúde referente às práticas integrativas e complementares.

A estrutura do projeto está montada de maneira a, primeiramente, apresentar os contextos históricos de elaboração dos documentos de referência e seus desafios de implementação para, em seguida, abordar os aspectos de convergência entre ambos e, neste cenário, verificar a hipótese orientadora da pesquisa: **o engajamento dos/das assistentes sociais na concretização da PNPIC, além de contribuir para a implementação efetiva da portaria que instituiu a política, pode auxiliar na consolidação do projeto ético-político da profissão.**

A perspectiva metodológica adotada consistiu na análise de tais documentos a partir de bibliografia complementar que me permitisse aprofundar sobre os processos históricos que culminaram em suas elaborações e seus desafios de implementação.

Posteriormente foi apresentado um panorama bibliográfico acerca do debate atual e da definição teórica dos vários conceitos presentes em ambos os documentos, a saber: processo saúde-doença, integralidade, universalidade, acessibilidade, cidadania, democracia e qualidade do atendimento.

Apesar de certa dificuldade em acessar bibliografia sobre a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* (por ser uma lei recém aprovada, são poucos os trabalhos até aqui publicados sobre o tema), foi possível comprovar a hipótese

formulada inicialmente: tanto as diretrizes contidas na política nacional oferecem oportunidade para o exercício do Código de Ética do Assistente Social quanto, e especialmente, o *Projeto Ético-Político e Profissional do Serviço Social* apresenta uma visão que pode contribuir para o êxito da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*.

CAPÍTULO I – O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

O *Projeto Ético-Político e Profissional do Serviço Social* (PEPPSS) se trata de uma projeção coletiva (dos assistentes sociais), que assume clara valoração ética, vinculada a um projeto societário e está intrincada aos projetos coletivos em disputa na sociedade (REIS, 2002, p. 406).

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos teóricos, práticos, e institucionais para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com usuários de seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições privadas e públicas (inclusive ao Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 2006 p. 144).

Embora tal projeto não conte com a adesão do total de profissionais de Serviço Social, a posição clara que assume em relação ao projeto de uma sociedade mais justa e em defesa dos direitos do cidadão é hegemônica.

O *Projeto Ético-Político e Profissional de Serviço Social* tem como horizonte a ampliação e consolidação da cidadania, entendendo que a socialização da riqueza socialmente produzida e a qualidade dos serviços prestados à população fazem parte da garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. (NETTO, 2006).

1.1. A Construção de um Novo Projeto Ético-Político e Profissional:

Contextualização Histórica

Data da segunda metade da década de 1990 o debate acerca do que foi chamado *Projeto Ético-Político do Serviço Social*, porém a própria construção deste processo teve o seu início na transição dos anos 70 para a década de 80 – período marcado por uma mudança de paradigma na profissão, que se desvinculou do conservadorismo

existente no Serviço Social surgindo, assim, um novo projeto profissional. (NETTO, 2006)

O *Movimento de Reconceitualização da Profissão*, presente em vários países da América Latina se caracterizou pela ruptura teórica e política com as formas tradicionais de abordagem do Serviço Social (até então fundada no assistencialismo, caridade e com suas ações voltadas para a manutenção do *status-quo*). (REIS, 2002).

Esse movimento que aconteceu no interior da profissão se associou e se fortaleceu com o processo de democratização da sociedade brasileira nos anos 80, que abriu espaço para que os assistentes sociais no país se organizassem.

Um dos elementos importantes para esta proposta foi o Código de Ética de 1986, o primeiro que traduzia, afirmava e legitimava o compromisso da profissão com os interesses das classes trabalhadoras.

A consolidação do projeto ético-político da profissão aconteceu através do amadurecimento das idéias acerca de tal processo, ocorrida na década de 90. Neste período, pode-se observar uma significativa intenção de ruptura com o tradicionalismo, associada a uma maior mobilização política e organizativa dos profissionais em entidades e fóruns deliberativos.

A década de 90 foi o período no qual os/as assistentes sociais conseguiram que o projeto ético-político conquistasse hegemonia dentro da profissão, o que não implica na inexistência de divergências ou pluralidade. Existe, entretanto, uma “estrutura básica” direcionadora que impede a descaracterização dos princípios da profissão, mas que por outro lado é o suficiente flexível para que cada profissional possa ter a liberdade de, dentro de tais princípios, contribuir de forma diferente para a concretização das diretrizes preconizadas (NETTO, 2006). Também nesta década foi criado o novo Código de Ética profissional (1993), que se configurou em uma superação do código de 1986.

1.2 O Código de Ética do Assistente Social: Compromisso com a Liberdade, a Justiça e a Qualidade.

É necessário que haja um suporte político-jurídico para que uma profissão seja regulamentada. No caso do Serviço Social, o Código de Ética do Assistente Social, junto à lei 8.662 de 1993, forneceram o aparato legal que orienta a profissão na atualidade.

Tal documento sintetiza o *Projeto Ético-Político e Profissional do Serviço Social*, padronizando um conjunto de princípios e diretrizes que vão direcionar a ação profissional e acadêmica a ser tomada pelos assistentes sociais.

A liberdade, assumida no como valor ético central do Código de Ética, demanda à autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Assim, a recusa do arbítrio e do autoritarismo e a defesa intransigente dos direitos humanos são também valorações éticas fundamentais do documento (CFESS, 1993).

O Código, que propõe o incentivo ao respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças com vistas à eliminação de todas as formas de preconceito, opta claramente por um projeto profissional vinculado a um projeto de sociedade que não tenha dominação-exploração de classe, etnia e gênero.

O posicionamento dos profissionais que se pautam pelo Código de Ética deve ser em favor da equidade e justiça social que se dá, dentre outras coisas, através da garantia do acesso dos cidadãos aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais – estes, sempre assumidos por uma perspectiva de direitos e fundados no princípio da qualidade.

Para a melhoria dos serviços prestados, o compromisso com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional, também é um princípio fundamental do Serviço Social, assumido no código de ética da profissão. Portanto, o documento garante o respeito às correntes profissionais democráticas e suas expressões teóricas. O diálogo entre tais correntes pode contribuir para seu aperfeiçoamento.

Na perspectiva de concretização dos princípios presentes no Código, é fundamental a articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem, não só de seus princípios, mas também com a luta geral dos trabalhadores.

CAPÍTULO II – O SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE

2.1. O Serviço Social e a Seguridade Social

A seguridade social brasileira é constituída por três pilares básicos: a saúde, a previdência e a assistência social. Estas políticas resultam de conquistas históricas, pois se configuram no atendimento de demandas socializadas pelos trabalhadores e reconhecidas pelo Estado (MOTA, 2006 p. 40).

A relação construída pelo Serviço Social brasileiro com as políticas de seguridade social não é recente e nem desconhecida (BOSCHETTI, 2004 p. 109). Segundo Ivanete Boschetti (2006), antes que as políticas de seguridade fossem institucionalizadas na constituição de 1988, já aconteciam intervenções dos profissionais do Serviço Social nas áreas que conformavam à seguridade social – em produções teóricas e análises sobre o tema e em entidades representativas que se engajavam nos movimentos de defesa dos direitos sociais e do estado democrático (idem).

Comprometida com a garantia de direitos, a profissão encara atualmente o desafio da construção e da efetivação de políticas sociais que, embora não consigam instituir a plena igualdade de condições no capitalismo (BOSCHETTI, 2004), contribuem efetivamente para a redução das iniquidades sociais através de serviços e produções teóricas de qualidade com uma visão que não se restringe ao combate da pobreza extrema.

2.2. O Serviço Social no Campo da Saúde: Perspectivas e Desafios

Ao se observar a história do Serviço Social brasileiro, nota-se que desde seus primórdios (década de 30) a profissão tem uma relação com a área de saúde, visto que a formação profissional preconizava disciplinas nesta área. Essa ligação foi evoluindo e já na década de 40 o setor saúde era o que mais empregava assistentes sociais (BRAVO E MATOS, 2006, p.198), realidade que persiste hoje em dia (UNESP, 2007).

Acompanhando os processos históricos e políticos, nacionais e internacionais, o Serviço Social foi aprimorando a sua atuação na área da saúde. Um marco desse

processo foi o surgimento de um “novo” conceito de saúde criado em 1948 por organismos internacionais, agora enfocando aspectos biopsicossociais, ampliando no setor saúde a atuação de outras profissões, dentre elas o Serviço Social. (BRAVO; MATOS 2006 p. 199).

Assim como os acontecimentos históricos na política e na sociedade, as transformações internas da profissão também modificaram a visão dos profissionais acerca do setor saúde. Com o *Movimento de Reconceituação* na América Latina (citado no capítulo anterior), que começou a romper com o conservadorismo da profissão (década de 60), o Serviço Social teve uma tendência a ampliar ainda mais a visão sobre o processo saúde-doença, questionando também sua relação com a estrutura social (NETTO, 1996 *apud* BRAVO; MATOS, 2006 p. 201).

Outro acontecimento político que marcou o país, a profissão, e por consequência sua relação com a área de saúde, foi o golpe militar de 1964. Desta vez, os acontecimentos foram marcantes pelo fato de fazer retroceder a visão contestadora da profissão em relação à estrutura social e suas consequências no setor saúde. Nesse período, o Serviço Social – mediante a neutralização de atores sociopolíticos que se comprometiam com a democratização do Estado e da sociedade – teve sua produção voltada para uma “perspectiva modernizadora” (idem). Esta perspectiva, fundamentada no estrutural-funcionalismo norte-americano colocava o papel do Serviço Social como sendo responsável em contribuir para o processo de desenvolvimento, sem questionamento da estrutura social. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 202).

Do início da ditadura até a década de 80, sob a influência do regime militar e a vertente modernizadora, o Serviço Social focalizou suas ações na área da saúde em práticas curativas e principalmente voltadas para a assistência previdenciária. As atividades foram burocratizadas e a nomenclatura foi utilizada de forma coerente ao momento político do país. (BRAVO; MATOS, 2006 p. 203).

No contexto mais geral do país, o aprofundamento da crise econômica iniciada na década de 1970, fragilizou e contribuiu para o enfraquecimento do regime militar. Nesta época, profissionais da saúde e organizações sociais da sociedade civil, vinham implementando novas concepções e práticas de saúde (idem).

A década de 80 foi marcada por uma grande mobilização política em amplos setores da sociedade. Acontecimento relevante neste sentido foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1986). Neste evento foram avançadas as propostas oriundas do chamado Movimento Sanitário, como o fortalecimento do setor público e a

resistência à privatização da saúde. As deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde reforçaram o conceito ampliado de saúde, enfatizando que o processo saúde-doença é um fator decorrente das condições de vida e trabalho (CFEES, 1999).

A Constituição Federal de 1988 consolidou avanços na área da saúde, reconhecendo ser esta um direito de todos e dever do Estado. Estado este colocado na Carta como responsável por garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doenças e de outros agravos e proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (CFESS, 1999).

Evidentemente, esse processo implicou diversos conflitos de interesses, divididos principalmente entre dois blocos: o grupo que defendia que a área da saúde deveria ficar sob a responsabilidade do mercado e outro, conhecido como Plenária Nacional da Saúde, que defendia os princípios da reforma sanitária que se constituíam em fatores como a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização do controle social (BRAVO; MATOS, 2006 p. 203).

Neste momento fundamental para a área da saúde, as diretrizes do Serviço Social passavam por transformações, com a retomada da contestação do tradicionalismo profissional (reprimida pela ditadura) e a busca por uma re-significação da profissão. (BRAVO; MATOS, 2006 p. 204).

Para Bravo (1996), existe um descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. Na visão da autora, esta assimetria se dá pelo fato de que nos anos 80 houve um grande avanço nas diretrizes teóricas da profissão (que direcionam a produção acadêmica até a atualidade) sem que o mesmo ocorresse no campo da intervenção, onde os avanços foram incipientes. Segundo a mesma, a causa desta assimetria se deu pelo seguinte fato: apesar de acontecido no mesmo período, o movimento de revisão interna da profissão não aconteceu conjuntamente aos debates que buscavam as práticas democráticas, como o caso da reforma sanitária (BRAVO, 1996 *apud* BRAVO; MATOS, 2006 p. 204).

Nos anos 90, apesar de ser criada uma lei fundamental para o fortalecimento da saúde (lei 8.080/90, que dá as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS) o projeto econômico neoliberal ganha força no Brasil, e este projeto entra em conflito com o projeto hegemônico do Serviço Social. Neste contexto surge um novo desafio para a profissão: encontrar meios de se ampliar direitos e construir políticas públicas de qualidade em uma realidade político-conjuntural adversa.

Na segunda metade desta década, se fortalece o projeto privatista, que se contrapõe às conquistas feitas pelo projeto da reforma sanitária; esses dois projetos antagônicos requisitam diferentes atribuições para o Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2006 p. 205).

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demanda, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206)

Em meio a essa discussão, aconteceu em Brasília, em 1996, a 10ª Conferência Nacional da Saúde, que reforçou a importância de se concretizar os princípios e diretrizes presentes no SUS (CFESS, 1999).

O Serviço Social, como dito anteriormente, desde seu princípio teve uma forte relação com a área de saúde no Brasil. No entanto foi somente em 1997 que o Conselho Nacional de Saúde, através da resolução nº 218/97, reafirmou o assistente social como profissional de saúde e, em 1999, o CFESS publicou a resolução nº 383/99 que reforçou esta mesma afirmação (CFESS, 1999).

A segunda resolução acima mencionada apresenta diversas justificativas para que o assistente social seja considerado profissional de saúde: este profissional, não sendo exclusivo da saúde, mas habilitado a trabalhar com as políticas sociais, inclusive esta, de acordo com o sistema de saúde preconizado no Brasil, é responsável por atribuições ligadas a intervenção sobre fatores sócio-culturais e econômicos que dificultam a implementação dos programas, também atuando no atendimento direto às demandas da população. (CFESS, 1999)

Outra função fundamental atribuída ao Serviço Social é a aproximação, por meio da informação, dos usuários aos seus direitos, fortalecendo o controle democrático,

prática fundamental ao funcionamento e à consolidação dos princípios e diretrizes previstos no SUS. (CFESS, 1999)

Apesar de, no Serviço Social, a maioria da produção teórica na área da saúde ser voltada para as diretrizes da reforma sanitária, e, as diretrizes profissionais afirmadas no Código de Ética se colocar claramente em favor desta tendência, ainda existe na atualidade o desafio de consolidar uma ruptura com as raízes tradicionalistas no campo da saúde e avançar o projeto ético-político da profissão para os serviços, o cotidiano e o trabalho dos profissionais (MATOS; SOUZA; VASCONCELOS *apud* BRAVO; MATOS, 2006).

O desafio continua sendo o de colocar-se politicamente através de meios democráticos a favor da garantia e ampliação de direitos, ao mesmo tempo, criar articulações para que os direitos existentes sejam concretizados. Para isso, é fundamental a importância do Serviço Social se articular com segmentos de outras profissões que compartilhem dos princípios e diretrizes assinalados no Código de Ética do Assistente Social para consolidar e ampliar as conquistas feitas ao longo dos anos pela profissão. (NETTO, 2006)

CAPÍTULO III - A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

3.1 Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes

Como citado anteriormente, com o processo de democratização da política brasileira (anos 80) a questão da saúde vinculou-se mais diretamente à democracia, enfatizando-se sua dimensão política e deixando de ser de interesse apenas de técnicos (BRAVO, 2006, p. 95). Este processo permitiu que o entendimento sobre a questão da saúde se vinculasse mais fortemente à compreensão da questão social.

Neste mesmo período, propostas que visavam o reordenamento e um novo olhar sobre a área de saúde começaram a ganhar visibilidade. Tais propostas se referiam a uma idéia de universalidade, a uma concepção da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, ao controle democrático e a integralidade.

Na Constituição Federal de 1988, sufragada em um contexto de lutas populares e sindicais, foi a área da saúde quem obteve maior sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriam-se espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde através da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos que interagem entre si e com o Estado. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação das leis ns. 8.080 e 8.142. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006 p. 221).

A lei nº 8.080 de 1990 deu as diretrizes do SUS no Brasil, aprofundando o significado dos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e reafirmando a saúde como um direito fundamental do ser humano.

A ampliação do controle democrático na área da saúde, nesse período, foi outro importante processo. A lei 8.142 de 1990 instituiu os canais de participação democrática na gestão do SUS e do financiamento da área de saúde. Garantiu a participação, via conselhos, de setores organizados da sociedade civil na formulação de planos, programas e projetos na área, assim como o acompanhamento das execuções e a definição de alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (CORREIA, 2006, p. 124).

Os direitos assegurados nas referidas leis e nos artigos da Constituição Federal representaram enormes avanços no campo da saúde brasileira. No entanto, devido a outros fatores econômicos e políticos, a concretização do que é afirmado nesses textos não aconteceu em sua totalidade. Nenhum governo, desde a criação do SUS (década de 90), conseguiu assegurar completamente as diretrizes contidas na lei 8.080 (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 54).

Atualmente, o plano de governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva aborda a saúde como um direito fundamental, com compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. O Ministério da Saúde tem como desafios:

A incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e atuação em equipe, o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção, controle social e a suspensão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica (BRASIL *apud* BRAVO; MATOS, 2006 p. 210).

Apesar do compromisso destacado na agenda política, paradoxalmente a política macroeconômica do governo atual mantém os moldes do governo anterior, e a submissão à lógica econômica contribui para a fragmentação das políticas públicas. O financiamento destinado à seguridade social é prejudicado para assegurar o superávit primário (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

Esta situação faz com que as políticas sociais públicas se desestabilizem e acabem ficando muito aquém das promessas da Constituição Federal e das diretrizes do SUS.

3.2. Processos de Regulamentação e Fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil

Algumas das práticas integrativas e complementares (PIC) preconizadas na PNPIC têm origens milenares, mas no cenário político internacional essas práticas tomaram uma propulsão maior na década de 70. Foi nesse período que a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o programa de medicina tradicional e desde então vem incentivando os Estados-membros a formularem políticas públicas na área.

Também no âmbito internacional, a declaração de Alma-Ata, gerada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde, em 1978, foi um documento que fortaleceu as práticas integrativas, pois sugeria, principalmente aos países em desenvolvimento, a valorização da utilização de plantas medicinais, levando em conta que 80% da população mundial já faziam uso desse recurso no que se referia à atenção primária de saúde (PNPIC, 2006, p. 19).

No Brasil (o primeiro país da América Latina a incorporar práticas integrativas no sistema público de saúde) o processo de legitimação e institucionalização das PIC teve início a partir da implantação do SUS, na década de 80.

A descentralização e a participação popular abriram uma brecha para a incorporação destas técnicas no sistema público da atenção à saúde, possibilitando a proposição e deliberação de políticas através dos conselhos e conferências, sendo responsáveis por algumas experiências pioneiras. (PNPIC, 2006)

Alguns eventos foram marcantes no processo de consolidação e regulamentação das práticas integrativas e complementares. Em 1985, aconteceu a celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional (INAMPS), a FIOCRUZ, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.

Na 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), em 1986, também houve um impulso para a oferta de práticas integrativas e complementares no sistema de saúde no Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou um relatório final pela “Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (PNPIC, 2006 p.11).

Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), em suas resoluções n. 4, 5, 6, 7 e 8/88, fixou normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.

Na década de 90, o processo de fortalecimento das práticas continuou. Foi instituído o Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria número 2543/GM, de 14 de Dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Em seu relatório final, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1996 aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas de saúde como a fitoterapia, a acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (PNPIC, 2006 p. 12).

Em outubro de 1999 a portaria nº 1230/GM incluiu consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SAI/SUS.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, acontecida em 2000, recomendou a incorporação de práticas não convencionais de terapêuticas como acupuntura e homeopatia na atenção básica (Rede PSF e PACS).

Em 2002, a OMS, em consonância com o programa de medicina tradicional, criado na década de 70, elaborou um relatório que reafirmou a sua posição em relação ao incentivo dessas práticas de saúde. O documento diz respeito ao que chamavam de Medicina Tradicional (MT) e Complementar/Alternativa (MCA). Nele, a OMS sugeria que os países em desenvolvimento adotassem esses princípios, incentivava que os Estados-membros formassem e implementassem políticas públicas para o uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como desenvolvesse estudos científicos para conhecer melhor e garantir a segurança, a eficácia e a qualidade no uso desse tipo de prática. (MT/MCA) (WHO, 2002 *apud* PNPIC, 2006).

Em 2003, foi constituído um grupo de trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares no SUS (PNMNPC ou apenas MNPC, atual PNPIC).

Neste mesmo ano, o Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica enfatiza a importância da ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos do SUS. Em seu relatório final, a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), delibera pela efetiva inclusão da MNPC (atual *Práticas*

Integrativas e Complementares). Em termos concretos, a Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa a inclui como nicho estratégico de pesquisa.

Em 17 de Fevereiro de 2005, foi criado o Grupo de Trabalho para a elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio de Decreto Presidencial.

Em outubro do mesmo ano, foi elaborado o Relatório Final do Seminário “Águas Minerais do Brasil”, que indica a constituição do projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Finalmente, no dia 03 de maio de 2006 foi aprovada a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* (PNPIC).

3.3 Uma Análise do Documento que Aprova a PNPIC

Recentemente aprovada, a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* (PNPIC), via Portarias Ministeriais nº 971 de 3 de maio de 2006 e a nº 1600 de 17 de julho de 2006, se apresenta como um instrumento que reúne as diretrizes do SUS a uma proposta inovadora que, de um lado respeita práticas de saúde não convencionais e por outro traz uma concepção ampliada do processo saúde-doença, visão que reconhece o importante papel do usuário do serviço como ator e participante desta dinâmica (PNPIC, 2006).

A PNPIC é uma política de caráter nacional, voltada principalmente para a atenção básica e recomenda a implementação de ações e serviços no SUS que tenham o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Seu principal objetivo é garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde. A Portaria preconiza o aumento da resolubilidade do sistema com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade e ainda, controle e participação social no uso (BARROS, 2006).

A PNPIC procura extrapolar o entendimento medicalizado da saúde, observando os sujeitos em suas dimensões física, social, cultural e psicológica. A política busca regularizar e incentivar as boas práticas em:

- *Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura* (MTC/A) – Sistemas de técnicas de saúde milenar baseado no princípio do yin-yang (duas forças opostas e complementares que devem estar em equilíbrio para se alcançar o estado de saúde). Utiliza como elementos para a obtenção do diagnóstico: a palpação do pulso e a observação da face e da língua. Os recursos terapêuticos utilizados são:

a acupuntura (estímulo de locais precisos através de agulhas filiformes) plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais. (PNPIC, 2006, p. 14)

- *Termalismo Social/Crenoterapia* – Consistem no uso das águas minerais para tratamento de saúde. É uma técnica utilizada desde a época do Império Grego (450 a.C.). Na década de 90, no Brasil, a medicina termal passou a ter uma abordagem coletiva, tanto na prevenção, quanto na promoção e recuperação da saúde, introduzindo o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, aonde os turistas vão à busca da manutenção da saúde (PNPIC, p. 22).
- *Homeopatia* – Ciência da saúde desenvolvida no final do século XVIII. Baseada no princípio de “cura pelo semelhante”, fornece aos pacientes sintomáticos fórmulas preparadas em doses extremamente pequenas de agentes que causariam o mesmo sintoma, se tomado por pessoas saudáveis em doses maiores. A Homeopatia considera, na avaliação do paciente, os sinais e sintomas locais no corpo do paciente, as características gerais do organismo, bem como aspectos da personalidade (CECOM/UNICAMP, 2008).
- *Medicina Antroposófica (MA)* – Conjunto de técnicas ligado estritamente à medicina acadêmica e de uso exclusivo de profissional formado nesta área, podendo trabalhar em conjunto com massagistas rítmicos, terapeutas artísticos, euritmistas e psicólogos. Leva em conta em seu diagnóstico, além dos instrumentos tradicionais de exame, a vitalidade do paciente, seu desenvolvimento emocional, sua história de vida e sua autobiografia, tornando a vistoria convencional “mais profunda e individualizada”. A terapêutica pode se utilizar de remédios homeopáticos, fitoterápicos ou intervenções alopáticas. Além de medicamentos, esta medicina pode prescrever orientação alimentar, hábitos de vida e os serviços das terapias que podem trabalhar em conjunto com a Medicina Antroposófica (ABMA, 2007).
- *Plantas Medicinais e Fitoterapia* – Derivada dos termos gregos Phytón = vegetal e Therapeia = terapia, esta terapêutica se caracteriza pelo uso de plantas medicinais, em diferentes formas farmacêuticas “sem a utilização de substâncias

ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” no intuito de curar ou prevenir agravos de saúde (PNPIC, p. 19).

Cada uma das racionalidades que a política visa regulamentar e apoiar tem suas próprias diretrizes, e também seus próprios planos de ação especificados no documento.

Essas práticas foram selecionadas através de um processo que aconteceu mais concretamente desde 2003, quando, atendendo às recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e da OMS, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica se reuniram com o então Ministro da Saúde. Desta reunião formou-se um Grupo de Trabalho constituído por, além de representantes das referidas Associações, membros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde. Este Grupo de Trabalho foi coordenado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e tinha o objetivo de discutir e elaborar a política nacional (PNPIC, 2006, p. 6).

Mais tarde, os Grupos de Trabalho decidiram – como estratégia de elaboração da política – dividir-se em quatro subgrupos, regidos por um grupo gestor, respeitando a especificidade de cada uma das áreas que posteriormente iriam formar a política.

Cada subgrupo teve autonomia para utilizar estratégias próprias na elaboração de seus planos de ação: o subgrupo de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, por exemplo, preferiu reuniões técnicas, somente com os membros participantes; já os subgrupos de Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Antroposófica adotaram, além de reuniões técnicas, a estratégia da realização de Fóruns Nacionais com ampla participação da sociedade civil organizada. Diversos órgãos colaboraram com os subgrupos de trabalho (PNPIC, 2006).

Posteriormente, a proposta da política, até o momento chamada de “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares”, foi submetida à avaliação pelas Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, sendo pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em fevereiro de 2005. (PNPIC, 2006).

Em setembro de 2005, o documento foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde e, por recomendações deste, submetido à Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia para avaliação. Após diversas reuniões entre essa Comissão e técnicos do Ministério da Saúde, em dezembro de 2005 a proposta foi novamente

submetida à aprovação do Conselho Nacional de Saúde. Apesar de restrições ao nome da política e ao conteúdo da proposta para a Medicina Tradicional China (o único item que não tinha sido submetido a debates com participação popular), o documento foi aprovado – já com a inclusão da prática do Termalismo Social/Crenoterapia, que havia sido elaborado pelo Grupo das Águas do CNS.

Após revisões feitas por uma subcomissão nomeada pelo CNS, formada por representantes do CNS, técnicos do MS e consultores externos, o documento final da política foi finalmente aprovado, por unanimidade, em fevereiro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde. Assim foi consolidada a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*.

O processo pelo qual o documento passou para ser aprovado e os inúmeros debates ao qual foi submetido mostra o caráter democrático e pluralista que a política se propõe a exercer. Essa questão também se mostra cercada de interesses conflitantes, tanto econômicos, como políticos e sociais.

3.4 Desafios e Controvérsias nos Primeiros Passos da Implementação da PNPIC

A política, tendo em conta a legitimação crescente das práticas integrativas e complementares por parte da sociedade, busca conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que nesta área já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de 232 municípios brasileiros, dentre estes, 19 capitais, somando o total de 26 Estados. (PNPIC, 2006 p. 13)

As denominações “Práticas Integrativas” e “Práticas Complementares” são usadas para designar o que antes era conhecido pejorativamente como “alternativo”. A crítica a este termo se ancora no fato de ser uma referência ampla, aonde a definição do conceito é negativa, “explicitando o que ele não é”. (BARROS, 2006 – página única).

No seu papel de mecanismo regulador, a PNPIC controla as ações no campo da saúde, ao mesmo tempo em que fomenta pesquisas que analisam a qualidade e a eficiência dessas práticas (LUZ; ROSENBAUM; BARROS, 2007).

A importância dessa função é inegável tanto para os que se posicionam a favor quanto para os que são contra a política, pois as experiências que já acontecem nas redes públicas estaduais e municipais, segundo o documento que aprova a política, têm acontecido de forma desigual, descontinuada, muitas vezes sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação.

Na publicação da política em alguns pontos é atribuído a “profissionais de saúde” algumas atividades (PNPIC, 2006 p. 25; 28; 30), sobre as quais alguns setores médicos reivindicam exclusividade.

Neste ponto, a PNPIC se viu alvo de polêmicas junto a esses setores. As críticas se basearam no fato de que as “novas” práticas podem ser perigosas se não exercidas pela classe médica e que podem ser caracterizadas como ilegais se exercidas como atos médicos por outros profissionais da área de saúde.

A medida, voltada para a terapia alternativa, libera qualquer profissional da área de saúde a diagnosticar, prescrever e realizar tratamentos de acupuntura e homeopatia. Estas, porém são especialidades médicas que exigem conhecimentos e técnicas específicas [...] Ressaltamos que a prática de atos médicos por pessoas não habilitadas configura exercício ilegal da Medicina e pode representar sérios riscos à saúde e à vida da população (Manifestação da Federação das Entidades Médicas do Estado de São Paulo, 2007).

Na verdade o que a proposta da política visa regulamentar é a especialização dos profissionais de acordo com o nível de atenção. A política procura, ainda, incentivar uma abordagem interdisciplinar, não excluindo de maneira nenhuma a figura do médico, reconhecidamente importante em uma equipe de saúde.

Existe ampla discussão acerca de quem pode ou não exercer algumas práticas contidas na PNPIC. Algumas delas, como a Homeopatia e a Medicina Antroposófica são menos polêmicas, pois, apesar de fundadas em princípios antigos, tem a sistematização inspirada na medicina moderna e uma forte organização das suas entidades, que estabeleceram quem pode ou não praticá-las. Já a MTC (no mundo) e a Fitoterapia (no Brasil e no mundo) estão presentes há muito tempo e são utilizadas popularmente por outros setores que não os médicos.

Mesmo assim, para dar fim ao menos a esta polêmica, posteriormente à publicação da política foi publicado no Diário Oficial da União uma “Tabela de Serviços do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES referente ao código 068 Práticas Integrativas e Complementares” que estabelece atribuições específicas para o exercício das práticas, delimitando qual profissional está habilitado a

realizar os respectivos procedimentos e, na maioria das vezes, atribui a médicos ou a enfermeiros, também incluindo nesta lista, psicólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos.

Outro obstáculo enfrentado pela PNPIC consiste na pressão de laboratórios e entidades médicas que se beneficiam da desarticulação do sistema público de saúde, pois a incorporação das PIC neste setor representa um risco para os interesses econômicos envolvidos na área (LUZ, H. S. 2007, p. 5).

Em artigo, os autores Madel Luz, Rosenbaum e Barros (2007) fazem menção ao enaltecimento feito pelo relatório da Academia de Ciências Americanas à PNPIC. O motivo que eles ressaltam deste elogio advindo de uma comunidade de cientistas de uma “sociedade altamente industrializada e sob notável desenvoltura biotecnológica”, é que as medicinas integrativas oferecem para o usuário o suprimento de uma lacuna deixada pelo atendimento tradicional à saúde no que diz respeito à relação entre médico e paciente.

Ofereceram acolhimento e cuidados de maior amplitude à multiplicidade de queixas clínicas, que antes eram apenas relegados como “resíduos” do mal-estar contemporâneo. Enfatizaram o valor da cura e no cuidar, encorajando expectativas positivas e solidariedade nos pacientes. Tornaram-se assim autênticas medicinas baseadas em narrativas, resgatando o sujeito, sua singularidade e integralidade para a prática clínica (LUZ; ROSENBAUM; BARROS, 2007, p. 2).

As terapias integrativas vem se ampliando consideravelmente. Existem previsões de que em 2007 o faturamento bruto com terapias “naturais” em todo o mundo chegue a US\$ 47 bilhões, o Brasil acompanha este movimento (Revista Época, 2006, p. 48).

Como a grande maioria dos atendimentos na área de práticas integrativas e complementares se dá na esfera privada (LUZ, H. S. 2007, p. 5), outro motivo para que seja feita a regulamentação destas práticas é a necessidade ampliação do acesso a toda população, obviamente observando-se os devidos cuidados para que estas se configurem em práticas seguras (como também deve ser com a medicina alopática). - importante

A publicação da PNPIC no SUS é uma ação contra o ‘epistemicídio’ e a favor da inclusão da lógica integrativa, que combina o núcleo duro de diferentes práticas com qualidade,

segurança e efetividade para além da perspectiva excludente e alternativa. (BARROS, 2006, única página).

O presidente da organização “Ação Pelo Semelhante” – que tem como missão democratizar o acesso à homeopatia – ressalta que, para se atingir de fato a legitimação da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*, é necessária a mobilização das entidades envolvidas e da população usuária interessada. Isto para que se ressalte a presença de demanda pela política e se reforce a perspectiva democrática desta. (H.S. LUZ, 2007, p. 6).

CAPÍTULO IV – INTERFACES ENTRE O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

A partir da compreensão dos acontecimentos históricos que culminaram no projeto profissional e na política recentemente aprovada, assim como dos desafios de suas implementações (nos capítulos anteriores), passamos a analisar as convergências entre os princípios e diretrizes da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* e do *Projeto Ético-Político e Profissional do Serviço Social* (PEPSS).

Nos tópicos seguintes serão ressaltados trechos destes documentos nos quais foram identificados princípios presentes implícita ou explicitamente em ambos. Será verificada a existência da necessidade de os/as assistentes sociais conhecerem e se apropriarem das propostas consolidadas na PNPIC, também se buscará identificar como a visão e o exercício profissional do Serviço Social pode contribuir à concretização da política.

Vale ressaltar que as separações dos tópicos no capítulo foram feitas com a intenção de facilitar o entendimento dos conceitos analisados, mas não puderam ser divididos rigidamente já que os temas se entremeiam e se complementam.

4.1 Visão Ampliada do Processo Saúde-Doença

É importante que se conheça a visão teórica-metodológica acerca de um conceito, pois isso irá delinear as diretrizes de ações para determinadas políticas: o reconhecimento da influência da cultura e das condições socioeconômicas, de vida e de existência no processo saúde-doença “altera o objeto do conhecimento e a forma de abordagem” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006 p. 228).

A definição do conceito de “saúde” ainda é complexa, pois, para além da visão do paradigma mecanicista – que tem a finalidade de concluir o processo de cura das doenças – a situação de doença ou saúde é dinâmica e não pode ser explicada

simplesmente pela interação biológica ou mecânica do organismo do indivíduo (MERHY; CAMPOS; QUEROZ 1989 *apud* NOGUEIRA; MIOTO, 2006 p. 228).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como sendo “o completo bem estar físico, psíquico e social” o que para alguns autores não é uma formulação satisfatória pelo fato de ser vaga. (ELIAS, 2004, p. 42).

Alguns autores atribuem os problemas de saúde pública à falta de medicamentos, à impossibilidade do acesso adequado aos hospitais e à carência de médicos (o que acontece de fato); no entanto, outros irão atribuir os mesmos problemas a fatores que aparentemente não são diretamente a ela relacionados. Estudos comprovam (MERHY; CAMPOS; QUEIROZ, 1989 *apud* NOGUEIRA; MIOTO p. 228) que não existe correlação entre o aumento do nível de atividades médicas e o aumento do nível de saúde da população, o que reforça a idéia de que a determinação do processo saúde-doença não reside unicamente em não estar doente.

A concepção adotada pela atual legislação brasileira considera a saúde como um direito universal do ser humano resultante de diversos fatores: “alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais” (MS - O SUS de A a Z, 2007).

Segundo Madel Terezinha Luz (1991), a contribuição do social é basilar para a compreensão da concepção ampliada de saúde, pois esta visão considera os fatores que levarão a esse estado:

[...] o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa e participativa do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais. (LUZ, 1991, p. 29 *apud* NOGUEIRA; MIOTO, 2006 p. 222).

Na PNPIC, os “sistemas médicos complexos” contemplados possuem “teorias próprias sobre o processo saúde/doença”. (LUZ, 2003 *apud* PNPIC, 2006 p. 10). A visão ampliada deste processo, a promoção global do cuidado humano e principalmente o auto-cuidado são abrangidos nas diferentes tecnologias terapêuticas abarcadas pela política. (PNPIC, 2006 p. 10).

As visões sobre o processo saúde-doença presentes na PNPIC, podem ser entendidas, por exemplo, analisando a proposta da Medicina Tradicional Chinesa que

consiste em um “sistema médico integral”. Tendo a sua origem há milhares de anos, esta prática “utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e valoriza a inter-relação harmônica entre as partes, visando a integridade” (PNPIC, 2006 p. 13). A mesma tem como fundamento a teoria do yin-yang, que consiste “na divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares” (PNPIC, 2006 p. 13).

A política, que afirma a contribuição das dimensões culturais e sociais na saúde das pessoas, em uma parte de seu documento deixa claro que visão ampliada do processo saúde-doença adotada pode consistir também na abordagem integral do *organismo* dos sujeitos.

Especificamente a prática da Acupuntura, em seu texto afirma abordar o processo saúde-doença de forma integral e dinâmica no ser humano. No entanto, sua intervenção consiste no estímulo por meio da inserção de agulhas metálicas filiformes para a “manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos de doenças” esta prática, ainda, pode ser usada isoladamente ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos (PNPIC, 2006, p. 14).

Neste caso, pode-se interpretar que a afirmação quer dizer que a prática da acupuntura leva em conta o organismo como um todo, visto que para tratar determinado órgão, não se foca necessariamente neste, pois a aplicação das agulhas em outros pontos do corpo pode promover a melhora do estado geral de saúde, assim como prevenir agravos no paciente.

Os autores do Serviço Social admitem que se deva ter a visão integral do organismo do ser humano, no entanto, esta compreensão deve estar contida dentro dos determinantes dos processos de saúde-doença existentes na *estrutura social*.

A visão ampliada do processo saúde doença não pressupõe, no entanto, que seja necessário o profissional atuar em todos os determinantes desse processo. Os profissionais – podendo ou não ter a percepção de todos os fatores que definem as condições de saúde de um indivíduo ou população – farão sua intervenção de acordo com seus conhecimentos. No caso da Acupuntura: a aplicação precisa de agulhas em determinados locais, no caso do Serviço Social: a luta pela ampliação e acessibilidade de direitos.

Enfim. Mesmo que venham a ser entendimentos diferentes, não são excludentes, já que todos os níveis de atendimento à saúde são necessários, na medida em que não se negligencie a interação entre todas as esferas do serviço.

A articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorece a consciência do direito à saúde e instrumentaliza para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006 p. 230).

Assim, as visões defendidas tanto pelos autores do Serviço Social estudados, quanto pela *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* transcendem a uma tendência atual: o paradigma mecanicista do modelo biológico usado pela maioria das tecnologias médicas e defendido pelo modelo médico-industrial. Essas tecnologias vêm sendo contestadas à medida que este padrão vem se mostrando insuficiente para dar respostas ao processo saúde-doença (NOGUEIRA; MIOTO, 2006 p. 228).

Não é função da PNPIC se contrapor à medicina alopática, pois a portaria é integrada ao SUS, que também utiliza o modelo hospitalar de atendimento à saúde (o que não está sendo questionado no presente trabalho, pois considero que esta abordagem também faz parte do atendimento integral aos usuários que assim necessitem ou queiram). O papel da política consiste, sim, em ampliar a possibilidade de atendimento à população e propor uma nova maneira de lidar com a dinâmica das questões relacionadas à saúde.

Para Cecílio (2004 *apud* NOGUEIRA; MIOTO, 2006 p. 228 e 229) os fatores determinantes da saúde podem ser divididos em quatro grandes conjuntos:

- Nas “*boas condições de vida*”, a partir da visão de que o modo como cada pessoa vive demanda diferentes necessidades;
- No “*acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida*”. Sem deixar de ressaltar que o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade das pessoas em seus diferentes momentos;
- Na “*criação de vínculos efetivos entre os usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde*”. Este vínculo deve ser entendido como uma relação contínua, pessoal e calorosa;

- E “aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida”, que vai além da informação e da educação;

Em relação às *boas condições de vida*, uma ação conjunta do Serviço Social – que entende que o processo saúde-doença demanda primeiramente ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se podem destacar a “alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação” (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 228) – com os princípios de qualidade de vida de ressaltados na *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* (que entendem a “dimensão global do cuidado humano” – PNPIC, 2006, p. 10) pode oferecer uma resposta ampliada às formas de lidar com o processo de saúde e adoecimento.

Do ponto de vista do *acesso às tecnologias* pode-se afirmar que as PIC ampliam oportunidades de acesso a outras formas de conhecimentos e práticas terapêuticas. Estas conformam um conjunto de tecnologias que melhoram e prolongam a vida, não necessariamente no sentido de tecnologias mecânicas, mas como uma sistematização de conhecimentos de modos de se entender a vida.

Por sua vez, a *humanização* é um dos pontos abordados na PNPIC, como é ressaltado no item que explica a Homeopatia, ao enfatizar que esta prática tem o vínculo terapêutico e a escuta acolhedora como um dos elementos fundamentais no tratamento do usuário do serviço (PNPIC, 2006, p. 16).

A questão da *autonomia* dos usuários é um ponto chave para o Serviço Social, como já descrito na síntese dos esforços históricos para superar o modelo assistencialista que marcou a origem da profissão. A PNPIC enfatiza o *auto-cuidado* com vistas à formação da cidadania, não de forma a responsabilizar o usuário por suas doenças, mas dando suporte para que os estes também sejam atores do seu próprio processo de saúde (PNPIC, 2006, p. 10). Pois se entende que este mesmo cidadão é quem irá reivindicar pela garantia do atendimento e pela efetivação da legislação.

Da mesma forma que é importante se ter uma visão ampliada do processo saúde-doença, é fundamental formular e encontrar meios de concretizar ações de acordo com esta visão, pois acabaria por ficar sem utilidade somente o conhecimento sobre a realidade sem haver uma intervenção com qualidade e eficiência. Os princípios éticos do Serviço Social requerem que o profissional procure meios de concretizar suas

concepções de democratização do acesso e de integralidade. Para isso, ele necessita ter, além do compromisso afirmado, competência técnica/teórica que permita a realização de seu dever profissional.

O próximo item do capítulo irá tratar da discussão sobre como, a partir da visão ampliada do processo saúde-doença, ocorre a construção de meios para o oferecimento de serviços sintonizados com esta percepção.

4.2 Integralidade na Atenção à Saúde

Outro aspecto da interface entre o *Projeto Ético-Político e Profissional do Serviço Social* e a PNPIC é a integralidade, um princípio fundamental no SUS que prevê ao usuário um atendimento no qual são abarcadas: a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação – garantindo à população o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Não se restringe ao combate das enfermidades. Este princípio preconiza a atenção focada no indivíduo, na família e no usuário (MS – O SUS de A a Z, 2007).

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde e, principalmente, sugerindo um modelo integral que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes da vida material e espiritual (PINHEIRO; MATOS, 2001 *apud* NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 224).

A integralidade está presente também na Constituição Federal. A Carta, atendendo às reivindicações do movimento sanitário em relação à saúde, aprova a integração, em um sistema único, de todos os serviços de saúde públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade (TEIXEIRA, 1989 *apud* BRAVO, 2006, p. 224).

Apesar de aprovado e garantido na legislação brasileira, no decorrer do fortalecimento da política neoliberal, o princípio da integralidade foi afastado, priorizando-se a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde (BRAVO, 2006, p. 101).

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são pilares básicos do princípio de integralidade (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 225). Essa concepção pretende que o atendimento aos usuários abranja suas várias dimensões, para a concretização deste princípio é fundamental que haja a atuação e interação de várias competências.

Diversas profissões na área de saúde têm ressaltado a importância de formar trabalhadores com uma visão generalista e não fragmentada. A situação de especialização nas diversas patologias médicas tem sido colocada pelas demais profissões da saúde como necessárias de superação (BRAVO; MATOS, 2006, p. 213).

O Código de Ética do Assistente Social, por sua vez e especificamente na parte que trata das relações com outros profissionais, destaca a importância de se “incentivar sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar”, pressupondo que para se proporcionar um atendimento completo ao usuário é necessário, além de exercer com competência o seu papel, ampliar a participação de outras áreas de conhecimento em seu trabalho, assim como contribuir com sua formação para o trabalho de outras áreas (CFESS, 1993).

Uma das principais concepções de integralidade, como explicitado anteriormente, é a atenção no sentido de promover a saúde, com foco no indivíduo e na família, ao contrário da concepção exclusiva de combate à doença. A PNPIC, no intuito de alcançar o objetivo proposto, procura oferecer “estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações”. (PNPIC, 2006, p. 26)

A PNPIC pretende fortalecer o princípio de integralidade conquistado na Constituição Federal e reforçado pelo SUS. Uma das propostas contidas na lei consiste em atuar:

[...] nos campos de prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseada em modelo atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo (PNPIC, 2006 p. 4 e 5).

O reconhecimento da “integralidade do indivíduo” fortalece a criação de meios para a concretização da “integralidade da atenção à saúde”. Essa concepção foi reafirmada pelos Secretários de Atenção a Saúde e de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, na publicação feita para divulgar a portaria:

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural (PNPIC, 2006, p. 4).

Essa concepção converge com o direcionamento profissional do Serviço Social, já que: “o trabalho cotidiano do assistente social nas instituições de saúde implica não apenas na ação direta com o usuário”, mas no cumprimento do objetivo da profissão no campo da saúde, que deve contemplar e buscar de estratégias para o enfrentamento das questões relacionadas a aspectos sociais econômicos e culturais que interfiram no processo saúde-doença (BRAVO; MATOS, 2006, p. 212).

Nogueira e Miotto (2006, p. 220) apresentam uma preocupação acerca do alargamento de outras profissões em direção ao social, através dos Pólos da Capacitação Permanente, instituídos pelo Ministério da Saúde. Para elas, as atribuições históricas dos assistentes sociais, em alguns programas do governo, são exercidas por outros profissionais. Há que se verificar, portanto, se um maior entendimento e atuação de profissionais de saúde com a ampliação do conhecimento na área social não iria melhorar a intervenção destes. Da mesma maneira poderia ser fundamental para a atuação dos assistentes sociais conhecerem acerca de alguns conceitos básicos de outras áreas, possibilitando que a abordagem interdisciplinar aconteça de forma mais fluida.

4.3 Cidadania

A cidadania é resultante da modificação na dinâmica das forças políticas e sociais, especialmente nos regimes democráticos. Um predicado deste princípio é o reconhecimento dos indivíduos e dos grupos como atores na construção da história, através da participação política, do exercício da autonomia e também do acesso às condições de vida garantidas por um Estado de direitos (FALEIROS, 2000).

T.H. Marshal, sugeriu três níveis de direito de cidadania: *Direitos civis*: São ligados aos direitos naturais – direito de ir e vir, à vida e à propriedade. Segundo Marx, esses direitos não são suficientes para garantir a cidadania plena, porém são necessários; *Direitos políticos*: Direito de votar e ser votado e a garantia de poder se organizar em grupos ou associações, também o direito ao sufrágio universal (arduamente

conquistado, principalmente pelos trabalhadores); *Direitos sociais*: São os direitos que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade. Os direitos civis e políticos também são direitos sociais. Esse nível de cidadania foi assimilado no século passado. Assim como os direitos políticos, são frutos da luta dos trabalhadores. Na sociedade hegemônica pela burguesia, esses direitos eram negados sob a acusação de estimular a preguiça. Na atualidade continuam a sofrer descasos. (COUTINHO, 1997).

A polêmica acerca das funções das políticas sociais se constrói em torno do embate entre as idéias de que estas devem apenas combater a pobreza absoluta e voltar-se preferivelmente, em alguns casos, exclusivamente, para a garantia de acessos mínimos de subsistência (o que, em tese, asseguraria a igualdade de oportunidades no acesso a bens e serviços básicos).

Outra concepção defendida é a de que, estas políticas apesar de não atuarem na estrutura social que mantém as desigualdades e a pobreza, e por isso, não são capazes de estabelecer plena igualdade num sistema capitalista, quando “fundadas no reconhecimento objetivo do direito” ao menos contribuem para reduzir desigualdades econômicas, alargar e materializar a cidadania e a democracia (BOSCHETTI, 2004, p. 111).

A perspectiva de direitos, através da luta por uma sociedade que possibilite à participação cidadã no direcionamento das políticas que irão nortear as ações governamentais é um ponto fundamental na construção do *Projeto Ético-Político e Profissional do Serviço Social*.

Sabe-se que uma cultura pública e democrática, que se abra ao reconhecimento da legitimidade dos conflitos e dos direitos demandados como exigência de cidadania contribui para a efetivação dos cumprimentos das medidas de justiça que, muitas vezes, não são seguidos (TELLES, 1999).

As abordagens de saúde sugeridas pela PNPIC contribuem para a formação da cidadania, que acontece por meio da co-responsabilidade dos indivíduos pela própria saúde (PNPIC, 2006, p.5). Como já explicitado anteriormente, no contexto social isso implica em oferecer instrumentos ao cidadão para que ele próprio compreenda o processo saúde-doença e se torne ator desta dinâmica. Por um lado, o cidadão deve aprender a reivindicar o atendimento público e de qualidade como direito, por outro, os serviços fornecidos devem dar suporte para que ele se torne consciente e responsável, ele mesmo, por cuidados com sua saúde.

Como ressaltava Foucault (1979), a medicina é uma *estratégia* bio-política para controlar o corpo, que é uma *realidade* bio-política. O autor nos faz compreender que não é recente a situação de controle dos corpos como um sistema de acúmulo de poder e também, que o poder de determinar a saúde do indivíduo é um instrumento de controle dos corpos. Assim, supõe-se que se os indivíduos tiverem uma maior autonomia pela sua saúde, também terão mais poder sobre sua existência.

O estímulo ao auto-cuidado, com ênfase na prevenção de agravos e doenças, com vistas à promoção da saúde – ressaltado na *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* – pode contribuir na diminuição da dependência dos usuários pelas instituições hospitalares, também indicando uma estratégia para se reduzir os “mecanismos de cooptação e clientelismo”, presentes historicamente na cultura política do país, aonde “a oferta de ações de caráter curativo em saúde exerce atração exacerbada, tanto entre prestadores de serviço, como nos usuários do sistema” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 225).

A autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos são abordadas no Código de Ética do Assistente Social como sendo demandas políticas necessárias para defesa da liberdade – que é um valor ético central, e sua defesa, um princípio fundamental do documento (CFESS, 1993).

O incentivo ao auto-cuidado não deve ser confundido com a desresponsabilização do Estado em prover o bem estar físico e social da população, visto que isto seria um retrocesso nos avanços conquistados pelo SUS, ao contrário dessa idéia, o que se entende neste trabalho, é que a prática do auto-cuidado pode empoderar o cidadão, fazendo com que este tenha mais autonomia para lutar por seus direitos.

Entende-se que a saúde é um direito de cidadania, reforçando que esta esfera não pode ficar sob a responsabilidade do mercado, e ainda, entendendo que a saúde não é simplesmente ausência de doença, por isso deve ser abordada de forma ampla. (LUZ, 1991 in MIOTO E NOGUEIRA, 2006).

A PNPIC é uma política de saúde, que abrange as dimensões políticas, sociais, culturais e psicológicas dos sujeitos, preconizando um acesso público e de qualidade para todos os cidadãos. A garantia de participação social, como é preconizada a PNPIC, é um dos meios de se formular políticas públicas que vão agir no sentido de diminuir as desigualdades sociais, ainda que não resolvê-las, como em qualquer política pública inserida em uma sociedade de classes.

4.4 Democratização e Controle Democrático

A democracia – segundo Coutinho (1997) – é sinônima de soberania popular. Este termo, ainda muito discutido e de difícil definição, pode significar, por um lado, a efetiva participação da sociedade nos processos decisórios na construção de espaços públicos com vistas à construção da cidadania (BARROS, 1998, *apud* CORREIA, 2006, p. 119) e, também, pode se traduzir na socialização da riqueza socialmente produzida (CFESS, 1993).

As conquistas dos anos 80, dentre as quais o sufrágio universal e a liberdade de criação de grupos organizados, possibilitaram aos cidadãos uma maior participação nos processos decisórios e impulsionaram o surgimento de movimentos sociais. No entanto, a democracia como acontece no país, nem sempre representa os interesses da maioria da população, pois essa relação está intrincada em um contexto maior, que tem origens históricas nas relações de classes e na submissão à ordem capitalista internacional. Além disso, o exercício desse direito pressupõe a existência de uma cultura política, que implica diversos fatores para sua construção (RAICHELIS, 2006).

A democracia, segundo Sen (2000), é entendida como um conjunto de oportunidades fundamental, no entanto, não se configura em uma ação imediata de resposta às mazelas sociais, por isso, “deve ser aproveitada positivamente para que se tenha o efeito desejado”. Ainda de acordo com o autor, “essa é uma característica básica das liberdades em geral – muito depende do modo como elas são realmente exercidas” (SEN, 2000, p.183).

Ao passo que a democracia não pode sobreviver sem uma “virtude cívica”, as possibilidades garantidas em lei devem cada vez mais ser aproveitadas pelos cidadãos, entendendo que este aproveitamento depende de fatores como “o vigor da política multipartidária, o dinamismo dos argumentos morais e a formação de valores”. Esta concepção é importante à medida que “em uma democracia, o povo tende a conseguir o que exige e, de um modo mais crucial, normalmente não consegue o que não exige” (SEN, 2000, p. 184).

O controle social, ou controle democrático, é um elemento constitutivo da democracia e pode ser entendido como “sinônimo de participação social nas políticas públicas” (CORREIA, 2006, p. 111). Esta idéia apresenta uma visão diferente da tendência histórica de clientelismo, patrimonialismo, e autoritarismo do Estado

brasileiro, (RAICHELIS, 2006, p. 77) aonde uma pequena elite decide os rumos a serem tomados por todos. Por esta perspectiva, os cidadãos não só têm direito ao acesso às informações das decisões tomadas pela sociedade política, como também contribuem às formulações de políticas a serem implementadas e na fiscalização de sua materialização.

Para se consolidar, a democracia se vale instrumentos como plebiscitos, referendos, projetos de iniciativa popular e Conselhos Gestores (RAICHELIS, 2006 p. 77).

Instâncias consideradas importantes nesse sentido, os *Conselhos Gestores*, ou *de Gestão Social*, ou *de Direitos* estão na contra corrente da reforma neoliberal que desloca espaços de representação coletiva sobre o Estado para “a ação de grupos e pressão de lobbies”. Os Conselhos são expressões da busca da ampliação dos “canais de participação da sociedade civil na coisa pública” (RAICHELIS, 2006, p.78).

Segundo diversos autores, estas instituições são consideradas instâncias participativas, resultantes do processo de democratização do Estado brasileiro. São também esferas ligadas diretamente à concepção de controle social. (ABREU; BRAVO; SOUZA; BARROS; RAICHELIS; CARVALHO; COHN *apud* CORREIA, 2006).

No entanto, o estabelecimento de Conselhos Gestores nas diversas áreas tampouco assegura que o interesse da maioria será garantido compulsoriamente. Estudos acerca de das experiências de mais de uma década apontam que os Conselhos não podem ser considerados como “únicos condutos da participação política e nem exemplos modelares de uma sociedade civil organizada”, entendendo que: “[...] esta é *uma* das formas que o movimento social consegue conquistar, que precisa ser acompanhada e avaliada atentamente, e combinada com outras modalidades de organização e mediação políticas” (RAICHELIS, 2006, p.83 - grifo do texto original).

É necessário ressaltar que os mecanismos de participação institucionalizados têm um caráter contraditório, pois apesar de terem sido conquistados através de lutas populares, em alguns casos podem ser cooptados por entidades com interesses particulares e servir como um mecanismo para a legitimação de suas demandas (CORREIA, 2006, p. 125).

A depender da organização dos grupos que participam da discussão, as decisões tomadas pelos conselhos podem pender para os interesses do capital ou podem se configurar em conquistas dos segmentos populares “na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia” (idem).

Qualquer uma das formas que se adote para a ampliação dos processos democráticos pressupõe que os debates ocorram em espaço público, pois é aonde acontece a exposição de idéias de diferentes projetos sociais, assim, estas podem se confrontar e se diferenciar, também alianças e pactuações podem ser estabelecidas (RAICHELIS, 2006, p. 80).

Em relação a este contexto, o Serviço Social, deve pautar suas ações através da participação na gestão e formulação de políticas e programas sociais transcendendo suas funções executivas, propondo novas estratégias para o enfrentamento das demandas sociais e se posicionando em favor dos movimentos que se organizam em torno da defesa de direitos (Raichelis, 2006, p. 85).

Ainda em relação à profissão, pode-se observar por meio dos pressupostos contidos no Código de Ética, a intrínseca relação entre o Serviço Social e o controle democrático, pois seus princípios ressaltam a necessidade de aprofundamento da democracia enquanto socialização da participação política (CFESS, 1993).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (como uma política pública, e por isso inserida em conflito de interesses), se apresenta como resultado de um processo democrático. Como explicitado no capítulo III, importante indício desta afirmação se encontra no fato de que um dos incentivos para que tal política fosse implementada foi sua crescente legitimação por parte da sociedade, refletida pelas deliberações de conferências como: a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e de várias Conferências Nacionais da Saúde. Tais Conferências envolveram variados segmentos da população, incluindo trabalhadores, usuários e gestores da saúde. (PNPIC, 2006, p. 4).

Vale lembrar que para a formulação dos itens que regulamentam a Homeopatia, a Fitoterapia e Medicina Antroposófica, além de reuniões técnicas, foram realizados fóruns de abrangência nacional com ampla participação da sociedade civil organizada (PNPIC, 2006).

Não fosse tão amplo processo de participação, possivelmente a PNPIC não seria aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – instância política que tem como diretriz “o exercício da democracia, da transparência, da cooperação, da solidariedade, do respeito às diferenças e diferentes na busca da equidade” (MS/CNS, 2007). Mas como um espaço público também tem, em sua composição, defensores do projeto privatista.

Um dos objetivos estabelecidos pela *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* consiste em: “Estimular ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde” (PNPIC, 2006, p. 24).

Para tanto a Política tem como uma de suas diretrizes a “divulgação e informação dos conhecimentos básicos em PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional” (PNPIC, 2006, p. 25).

A informação sobre as práticas integrativas e complementares através da elaboração de materiais de divulgação como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, é ressaltada no documento que aprova a política como um instrumento de promoção de ações nesta área. (PNPIC, 2006) Essa ação pode ser entendida como uma estratégia que colabora com o controle da política e o fortalecimento e legitimação por parte da sociedade civil.

Nesse sentido, uma convergência entre os princípios encontrados na PNPIC e no Código de Ética do Assistente Social é a compreensão da “democratização de informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários” (CFESS, 1993).

A “identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em PIC” com vistas ao fortalecimento da participação social também é uma das diretrizes previstas pela política (PNPIC, 2006, p. 43).

Diagnosticar as legítimas demandas de interesse da população usuária, segundo o Código de Ética do Assistente Social, é um passo fundamental para direcionar as ações que devem ser tomadas no sentido de “contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais e apoiar tais demandas” (CFESS, 1993).

Das práticas de saúde que são tratadas pela portaria, as diretrizes previstas para a regulamentação e fortalecimento das Plantas Medicinais e Fitoterapia, ressaltam mais explicitamente o “fortalecimento e a ampliação da participação popular e do controle social”, adotando medidas que possibilitem:

[...] resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores

em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos; estimular a participação de movimentos sociais com conhecimento do uso tradicional de plantas Medicinais nos Conselhos de Saúde; incluir os atores sociais na implantação e implementação desta Política Nacional no SUS; ampliar a discussão sobre a importância da preservação ambiental na cadeia produtiva; estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais como apoio ao trabalho com a população, com vistas à geração de emprego e renda (PNPIC, 2006, p.50-51).

Uma das hipóteses para a existência desta peculiaridade se dá através do fato de que o conhecimento acerca de plantas medicinais é difundido tradicionalmente no saber popular brasileiro, podendo assim ampliar o diálogo entre os profissionais e os usuários do serviço.

Em todas as tecnologias de saúde preconizadas pela PNPIC são previstos o incentivo às ações de acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas no serviço. Formulação que cria instrumentos e parâmetros para que o controle democrático fiscalize o funcionamento das práticas e a materialização da política.

Como ocorrem em outras legislações, nada garante que o estabelecimento de leis irá garantir automaticamente que elas sejam cumpridas, porém, deve ser reconhecido o esforço em se criar estratégias claras, com funções determinadas aos devidos gestores da política para a concretização das práticas preconizadas por ela.

Por mais valiosa que a democracia seja como uma fonte fundamental de oportunidade social (reconhecimento que pode requerer uma defesa vigorosa) existe ainda a necessidade de examinar os caminhos e os meios para fazê-la funcionar bem, para realizar seus potenciais. A realização da justiça social depende não só de formas institucionais (incluindo regras e regulamentações democráticas), mas também da prática efetiva (SEN, 2000, p. 186-187).

Por isso, a importância da PNPIC, que oferece meios para esta concretização.

4.5 Acessibilidade e Universalidade

A presença na Constituição Federal e no SUS da responsabilidade do Estado em fornecer atenção integral à saúde a toda população gratuitamente, sem distinção ou restrição é uma vitória, dentre outros aspectos, do movimento sanitário e em detrimento dos interesses empresariais do setor hospitalar. (BRAVO, 2006, p. 88)

No que diz respeito à seguridade social brasileira, sustentada por seu três pilares básicos a área de saúde é a única que incorpora o princípio da universalidade, pois a assistência é restrita às pessoas em situação de pobreza extrema e a previdência é destinada aos contribuintes. (BOSCHETTI, 2004, p. 116)

Apesar dos avanços conquistados pelo SUS, a área de saúde vem sofrendo um processo de “dilapidação”, com a baixa de qualidade dos serviços, o que cria uma ameaça à saúde pública e universal, com posições favoráveis à privatização da saúde, minimizando o atendimento gratuito à extrema pobreza. Por outro lado, os planos privados de saúde se encontram em plena expansão, esvaziando o SUS, onerando os usuários, mercantilizando a saúde e favorecendo os empresários do setor. (BOSCHETTI, 2004, p. 116)

Enquanto o Código de Ética do Assistente Social explicita o compromisso com a integralidade e a acessibilidade às políticas sociais, uma proposta assumida no título da publicação acerca da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* trata da “atitude de ampliação do acesso”. (PNPIC, 2006)

Como já dito no capítulo I, em seus princípios fundamentais, o Código de Ética profissional ressalta que o assistente social deve “assumir um posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais” (CFESS, 1993).

A gestão democrática e o incentivo à cidadania, tratadas anteriormente, também são fatores importantes na conquista da universalidade, já que tende a possibilitar expansão da autonomia dos usuários, que por sua vez, se apropriam de seus direitos.

A atitude de ampliação de acesso, assumida na *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*, surgiu da necessidade de se atender a crescente demanda, legitimada pela sociedade, como já explicitado anteriormente.

A possibilidade de escolher a terapêutica preferida, uma questão reforçada pela PNPIC, também contribui para o fortalecimento do princípio da universalidade, já que o acesso, antes restrito ao cunho privado, se torna gratuito, numa perspectiva de aumento da qualidade do atendimento.

A qualidade do atendimento caminha lado a lado com o princípio tratado neste tópico, pois quando se formulam políticas sociais universalizadas com o padrão idêntico, ou quase idêntico, para pobres e ricos, estas tendem a ter uma pressão maior da sociedade para que funcione plenamente. (BOSCHETTI, 2004, p.111)

A desarticulação do reconhecimento do direito, transferindo o atendimento para o sistema privado, com ou sem fins lucrativos, sofre graves conseqüências, que se configuram na ruptura da universalidade dos direitos com a possibilidade de reclamação judicial e na não continuidade da prestação de serviços, que fica submetida à decisão privada, tendendo a aprofundar o traço histórico assistencialista e manipulador. (IAMAMOTO, 2006, p. 163)

A crítica neoliberal sustenta que os serviços públicos, organizados à base de princípios de universalidade e gratuidade, superdimensionam o gasto estatal. Daí a proposta de reduzir despesas (e, em especial, os gastos sociais), diminuir atendimentos, restringir meios financeiros, materiais e humanos para a implementação dos projetos. Programas focalizados e seletivos substituem as políticas sociais de acesso universal. Eles requerem cadastro de comprovação de pobreza, como se ela fosse residual, com todos os constrangimentos burocráticos e morais às vítimas de tais procedimentos. (IAMAMOTO, 2006, p. 175)

Na dinâmica de ganhos e perdas sociais, o Serviço Social, assim como a PNPIC, se coloca em posição de defesa da universalidade do acesso e qualidade do atendimento. Por conseqüência, ambos se encontram na contramão da reforma neoliberal.

4.6 Qualidade de Serviços

A discussão acerca da qualidade da assistência à saúde é permeada por diversos aspectos. A questão do financiamento, muito discutida, é fundamental para que haja um atendimento qualificado. No entanto, este fator isolado não dá garantia de que os serviços de saúde fornecidos terão o nível de resolubilidade esperado. Outros determinantes, como a humanização, a ética, a segurança, a satisfação e a qualificação dos trabalhadores na área, também são responsáveis por elevar o patamar do atendimento em saúde no Brasil (MS O SUS de A a Z, 2007).

Um dos pressupostos essenciais para a legitimação do SUS é o nível de qualidade do serviço de saúde, pois a precarização desse aspecto faz com que haja uma demanda maior para o sistema privado neste setor, fortalecendo o modelo privatista, e por consequência, enfraquecendo cada vez mais a idéia do atendimento universalizado.

A área de saúde, por ser muito lucrativa para segmentos de setores privados, é alvo de diversos interesses. Os que lucram com o atendimento privado podem se posicionar contra uma saúde pública e de qualidade oferecida pelo Estado.

O poder político, quando “seqüestrado” pelo capital e aderindo a pressão de lobbies empresariais, às vezes permite o desmantelamento das ações públicas, alegando falta de recursos. É sabido que o Brasil, ao contrário dos que sustentam ser um país pobre, tem uma riqueza nacional “suficientemente elevada para garantir condições básicas de vida para todos os cidadãos” (BOSCHETTI, 2004, p. 113). Porém, algumas vezes, o desinteresse individual dos gestores, a falta de vontade política ou as concessões feitas à política macroeconômica, redimensionam os gastos para outras áreas que não a social.

Um modelo de atendimento que se baseia numa visão ampliada do processo saúde-doença, visando à integralidade dos serviços, tende a ter mais sucesso na eficácia do sistema. Ações (dispendiosas ou não) sobre o ponto que não é o cerne da questão tendem a ser pouco eficientes. Todos os níveis de saúde – que não deveriam ser subdivididos para manterem o caráter de integralidade – têm que existir de fato. Porém, a prevenção e a promoção da saúde, quando implementadas de forma eficiente e fundadas no princípio da qualidade, tendem a poupar o sofrimento do usuário e o gasto do Estado.

Os pressupostos do *Projeto Ético-Político do Serviço Social* garantem, mediante o Código de Ética do Assistente Social, que os/as profissionais tenham o direito de dispor de condições de trabalho condignas para o atendimento aos usuários, tanto em instituições públicas como nas privadas (CFESS, 1993).

A humanização preconizada pela *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* age no sentido de qualificar o atendimento, visto que a proximidade do profissional com o usuário contribui para uma melhor comunicação e entendimento das necessidades específicas, contribuindo para que as ações realizadas sejam mais efetivas.

Da mesma forma, a desburocratização é entendida pelo Código de Ética do Assistente Social como um mecanismo que contribui no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados pelos profissionais. Ou seja, a *humanização*, preconizada na

PNPIC e a *desburocratização*, preconizada no código de ética profissional interagem para a realização de um resultado eficiente e eficaz.

O que atesta a qualidade das práticas integrativas e complementares é o próprio aumento da demanda existente por elas, já que se configuram em propostas ligadas a procedimentos não tão invasivos e com menos efeitos colaterais.

Desta forma, a política tem a função, além de regularizar e fortalecer as PIC já existentes no sistema público, de promover e incentivar pesquisas sobre o alcance de sua eficiência. Contribuindo para que cada vez, melhorem a qualidade dessas práticas.

E como já citado anteriormente, o compromisso com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional e a melhoria dos serviços prestados, também é um princípio fundamental do Serviço Social, assumido no código de ética da profissão (CFESS, 1993).

A área de estudos e pesquisas, assim como a capacitação dos profissionais e usuários é fortemente abordada na PNPIC com o intuito de regulamentar, fortalecer e aperfeiçoar as práticas por ela previstas. No próximo tópico, esta área específica será abordada com mais profundidade.

4.7 Educação em Saúde, Pesquisas e Avaliação

A educação em saúde é um processo que pretende socializar os conhecimentos acerca desta área. Essa prática pode incentivar a gestão social da saúde, visto que fornece instrumentos para que os usuários se apropriem dos processos de construção das políticas. Por outra perspectiva, como já afirmado, também pode ser sinônimo de um conjunto de práticas que visam contribuir ao aumento da autonomia das pessoas com seu próprio cuidado (MS – O SUS de A a Z, 2007).

A ampliação das pesquisas que sedimentam “uma nova visão analítica sobre o processo saúde-doença” é motivada pela “preocupação com a resolutividade dos sistemas públicos nacionais de saúde”. Por isso, é fundamental que estudos que se proponham a responder ao modelo de atenção proposto pelo SUS sejam incentivados (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 219).

A PNPIC, através de suas diretrizes, busca fornecer “incentivo à pesquisa em PIC, com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde” (PNPIC, 2006, p. 27) e ainda, desenvolver “ações de acompanhamento e avaliação de PIC, para instrumentalização de processos de gestão” (idem).

Uma das razões da existência da PNPIC é seu atributo de avaliar e acompanhar as experiências que acontecem na rede pública nesta área, pois estas, pela falta de diretrizes específicas, às vezes ocorrem sem o devido controle. A criação de parâmetros comparativos para a avaliação, mediante a criação de bancos de dados e códigos de procedimentos, é um dos elementos adotados pela PNPIC no intuito de concretizar um de seus objetivos: “o cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso” (PNPIC, 2006, p. 24).

Além das diretrizes gerais da política, as diretrizes específicas das práticas de saúde por ela abordada prevêm diversas formas de incentivo à pesquisa, à educação dos profissionais e dos usuários, incentivando o controle social das sistemáticas adotadas.

Um compromisso estabelecido na PNPIC, no que diz respeito às pesquisas, é o de formar:

[...] um intercâmbio técnico-científico visando o conhecimento e a troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde a PNPIC esteja integrada ao serviço público de saúde [...] a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências das PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde (PNPIC, 2006 p.27).

Em conformidade com os princípios estabelecidos para a Educação Permanente no SUS, na portaria também é regulamentado o “desenvolvimento de estratégias e de qualificação em PIC para profissionais do SUS” (PNPIC, 2006, p.25).

Da mesma maneira, o projeto profissional do Serviço Social implica no “compromisso com a competência”, que deve ter como base o “aperfeiçoamento intelectual”, preocupando-se com a “(auto)formação permanente” (NETTO, 2006, p.155).

Outra questão abordada na política que se propõe a aumentar o conhecimento acerca das práticas entre os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, é a divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

O mesmo é correto para os profissionais de Serviço Social, que de acordo com o código de ética da profissão, como já citado anteriormente, têm o dever de democratizar as informações disponíveis no espaço institucional, visto que esse pressuposto é indispensável para garantir a participação dos usuários (CFESS, 1993).

A PNPIC visa fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação de suas práticas, ao ponto de mencionar diversas linguagens culturais, tais como “jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel”, entre outras (PNPIC, 2006, p. 26; 43).

Os assistentes sociais que trabalham nas instituições de saúde, devem estar informados do que se tratam as PIC para poder concretizar seu trabalho com competência. As sugestões que a PNPIC fornece para a democratização da informação também podem contribuir para que o Serviço Social exerça o seu dever de repassar as informações sobre os direitos dos usuários.

A PNPIC atribui responsabilidades institucionais na área de educação, pesquisa e avaliação para os gestores municipais, estaduais e para o gestor federal. Os dois primeiros têm o dever de “estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta política” (PNPIC, p.58). O terceiro, tem o papel de estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico, além de estabelecer diretrizes para a educação permanente em PNPIC, e ainda, de manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações (PNPIC, 2006, p. 57).

4.8 Financiamento

A concretização da Política Nacional de Saúde enfrenta diversos entraves, dentre os principais se destaca a questão do financiamento. O fato de a saúde ser tratada como uma mercadoria faz com que esta política seja alvo de múltiplos interesses, desde os corporativos de categorias profissionais, dos donos de hospitais, planos de saúde ou de interesses organizacionais de indústrias farmacêuticas.

Por ser uma política pública, enfrenta também os problemas inerentes a esta esfera: os recursos sofrem influência do quadro econômico do país e do contexto internacional e as decisões políticas, as crises econômicas e as oscilações no nível de arrecadação fiscal alteram o volume de recursos destinados ao setor, contribuindo para a precarização no atendimento.

Como um movimento quase inerente em relação aos avanços conquistados no que diz respeito à ampliação de direitos da classe trabalhadora, existe a dificuldade de se efetivar o financiamento das políticas sociais, visto que as negociações com os organismos financeiros internacionais em torno das bases para o refinanciamento da dívida externa e da contratação de novos empréstimos são efetivados em detrimento da reprodução do trabalho, situação que tem sido gerada por um limite da própria dinâmica do capital, que devido a sua insustentabilidade necessita que os recursos públicos subsidiem cada vez mais a sua reprodução (CORREIA, 2006, p. 130).

Apesar do contexto adverso, a PNPIC em suas diretrizes prevê a estruturação e fortalecimento de suas práticas através, dentre outras coisas, do estabelecimento de mecanismos de financiamento (PNPIC, 2006, p. 25).

A aplicação dos recursos para as PIC, é prevista nas diretrizes gerais da PNPIC e realizada através das diretrizes específicas subdivididas por cada uma das práticas – MTC/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Plantas Medicinais, Crenoterapia e Medicina Antroposófica – o assunto financiamento é abordado diferentemente para cada uma delas, já que a necessidades de aplicação de verba é peculiar à ação de cada prática.

Na MTC/Acupuntura, por exemplo, o que concerne ao seu financiamento, é relativo à adoção de códigos de procedimentos com o intuito de ampliar as informações sobre esta prática no Sistema, assim como promover o financiamento das técnicas realizadas. (PNPIC, 2006, p. 28).

Já na Homeopatia, os recursos serão empregados para a criação de material impresso ou em software sobre matéria médica e repertório homeopático, o incentivo para a produção e acesso a medicamentos homeopáticos mediante a implantação ou adequação das farmácias públicas para o fornecimento destes produtos e para a implementação de projetos e programas de educação permanente para a formação e especialização em homeopatia para profissionais do SUS. Estas diretrizes prevêem, ainda, fontes de recursos que não apenas serão advindas do financiamento federal, mas por meio de convênios estabelecidos para este fim e pela co-participação dos estados e municípios (PNPIC, 2006, p. 36; 37).

A homeopatia, assim como a acupuntura, prevê, em suas diretrizes avaliações periódicas a partir do primeiro ano de implementação, para, caso necessário venha a ter necessidade do ajuste no financiamento.

Na parte que assegura a implantação das Plantas Medicinais e Fitoterapia, a aplicação dos recursos se destina:

- (para a obtenção de plantas in natura) a implantação e manutenção de hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos ou hortos oficiais de espécies medicinais;
- (para a obtenção de plantas secas) à obtenção de matéria-prima vegetal “processada de acordo com boas práticas”, proveniente de cooperativas, hortos oficiais, extrativismo sustentável – estas instituições devem estar ter “alvará ou licença dos órgãos competentes para tal”;
- (para fitoterápico manipulado) à criação de incentivo para a implementação e melhoria das farmácias públicas de fitoterápicos, “com possibilidade de ampliação para homeopáticos”, segundo os critérios estabelecidos para atender a demanda do SUS nesta área;
- (para obtenção de fitoterápico industrializado) criação de critérios para a aquisição, armazenamento e distribuição dos fitoterápicos aos usuários do sistema de saúde, “conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica.” (PNPIC, 2006, p. 51; 52).

No Termalismo Social/Crenoterapia, e na Medicina Antroposófica, apesar de não tratarem especificamente deste tema, os recursos previstos se destinam à criação de observatórios com a função de estudar as experiências desenvolvidas pelo SUS a respeito destas práticas.

Todas as sistemáticas de saúde presentes na política prevêm orçamento para divulgação e informação dos conhecimentos básicos para gestores, profissionais e usuários do SUS. Esta garantia é afirmada nas diretrizes gerais da política e a MTC/Acupuntura, a Homeopatia e a Fitoterapia reforçam esta afirmação em suas diretrizes específicas.

De acordo com a PNPIC, é responsabilidade do gestor federal e dos gestores estaduais e municipais definirem recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite (grupo de 15 membros – cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e cinco pelo Conselho Nacional de secretários Municipais de Saúde) (PNPIC, 2006 e MS – O SUS de A a Z, 2007).

4.9 Compromisso Social

O Serviço Social tem seu projeto profissional assumidamente “vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 1993). No entanto, a concretização deste projeto demanda ações práticas que estão se consolidando num contexto sócio-político adverso.

Obviamente, para uma categoria profissional isolada, é impossível construir uma “nova ordem societária”, para que este projeto se aproxime de sua concretização é necessário – além da articulação com outros movimentos que compartilhem dos mesmos princípios – ter uma ação voltada para a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, para que cada um contribua com sua parte nessa construção (idem).

A PNPIC, como foi observada, é uma oportunidade de ação concreta: além de ser possibilidade para melhorias na atenção à saúde, também pode contribuir para o avanço de aspectos sociais da população usuária.

A forma de se abranger à realidade, presente na política de saúde estudada, apresenta alternativas práticas de como, a partir dos cuidados com a saúde e o próprio corpo, pode-se dar um salto qualitativo nas questões relacionadas à participação política e à autonomia do cidadão. Além disso, a PNPIC tem como um de seus objetivos a promoção de estratégias de desenvolvimento sustentável de comunidades (PNPIC, 2006, p. 24).

As propostas inovadoras se dão também em função do potencial que as práticas previstas na política têm de geração de emprego e renda, uma vez que o Brasil tem enorme potencialidade de produção de matéria-prima, principalmente de plantas medicinais. Soma-se a este aspecto, a possibilidade de diminuição da dependência das indústrias farmacêuticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o presente trabalho contribui para ressaltar as convergências entre o *Projeto Ético-Político do Serviço Social* e a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*.

Esta monografia pretendeu ser uma introdução ao tema, ainda pouco explorado, acerca das possibilidades de articulação entre a PNPIC e o projeto da profissão, assim como das maneiras como ambos podem contribuir mutuamente, um para a efetivação do outro, usando esta oportunidade como mais um passo para a concretização dos princípios presentes no SUS.

Como ressaltado no início do trabalho, existe uma assimetria entre o projeto profissional do Serviço Social e sua prática na área da saúde. Ao conhecer a PNPIC e usá-la como um instrumento de trabalho, os assistentes sociais podem ser auxiliados nesse impasse imposto à profissão, pois além de ser uma lei vigente no Brasil, a nova política de saúde favorece a abertura de frentes de participação política e prática para os profissionais e para os usuários.

O Projeto Ético-Político e Profissional do Serviço Social vai contra os interesses hegemônicos do Capital e este é um dos entraves para que seja implementado. A PNPIC, por sua vez, “vem sofrendo investidas da corporação médica e demais interessados na manutenção da hegemonia da lógica da doença” (H.S. Luz, 2007, p. 6).

O Serviço Social é a quarta categoria mais presente no SUS, em contrapartida, a saúde é o setor aonde mais atuam os assistentes sociais, além disso, a profissão, devido seu histórico, é engajada em espaços de participação política (como Conselhos, inclusive o de saúde) e movimentos sociais.

Somado a estes motivos, o fato de ser afirmado no Código de Ética do Assistente Social que os profissionais têm o dever de se solidarizar com movimentos que compartilhem de seus princípios, faz poder ser assegurado que o Serviço Social deve se

colocar em defesa da PNPIC nos espaços em que atua politicamente e que este tema for pertinente.

Suportam a idéia central desta Monografia, aspectos que foram fortemente frisados: a legitimação das PIC por parte da sociedade, o caráter emancipador da política, a necessidade da democratização dos conhecimentos e o controle democrático.

Espero que a presente monografia possa contribuir, tanto para divulgar a PNPIC junto aos profissionais de Serviço Social, como incentivar que estes aprofundem seus conhecimentos nesta área.

BIBLIOGRAFIA

Associação Brasileira de Medicina Antroposófica - ABMA. **Conheça Esta Medicina..** Disponível em www.medicinaantroposofica.com.br - Acesso em Julho de 2007.

Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia - ABRALÉ. **Apoio ao Profissional de Saúde Comitês de Especialidades – Serviço Social – O que é Serviço Social?** Disponível em www.abrale.org.br/apoio_profissional/especialidades/serv_social.php Acesso em Julho de 2007.

Associação Brasileira de Medicina Complementar: **Fitoterapia/ Histórico.** Disponível em www.medicinacomplementar.com.br/estrategia_fitoterapia.asp - Acesso em Agosto de 2007.

Associação Paulista de Medicina - APM. **Federação das Entidades Médicas manifesta-se contra Portaria nº 971.** Disponível em www.apm.org.br/aberto/noticias_conteudo.aspx?id=2923 - Acesso em Julho de 2007.

BARROS, Nelson Filice de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.
Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300034&lng=es&nrm=iso.
Acesso em Outubro de 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social e o projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania. **Serviço Social & Sociedade: Serviço Social: Formação e projeto político**, São Paulo, v. 79, p.108-132, Set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971: **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm
Acesso em Fevereiro de 2007.

Centro de Saúde Comunitária - CECOM. Ambulatório de Homeopatia. **O que é Homeopatia?** Disponível em www.cecom.unicamp.br/homeopatia.html - Acesso em Fevereiro de 2008.

Conselho Federal de Serviço Social - CFESS - **Código de Ética do Assistente Social de 1993**. Disponível em www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf - Acesso em Outubro de 2006.

Conselho Federal de Serviço Social CFESS - **Resolução CFESS n.º383/99**. Disponível em www.cressdf.org.br/2006/6/22/Pagina37.htm - Acesso em Julho de 2007.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre Cidadania e Modernidade**. Praia Vermelha Estudos de Política e Teoria Social, Rio de Janeiro, v. 1, n. n.1, p. 145-165, 1997.

DANTAS, Flávio e TANIGAWA, Ruy. **Acupuntura de Qualidade Para Todos**. Artigo. Portal Médico. 13/02/2007. Disponível em:
www.portalmedico.org.br/novoportal/include/lateraldireito/mostra_artigos_detalle.asp?id=676&portal=
Acesso em Julho de 2007.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1985.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, 2004. Acessado em 10/08/2007.
Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=pt&nrm=iso
Acesso em Setembro de 2007.

ÉPOCA. Revista ÉPOCA de 16 de Outubro de 2006, nº 439. Matéria: “dá para curar o mal pela raiz?” Pág. 48-49.

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP. Informe ENSP. **Homeopatia, acupuntura e fitoterapia: democratizando o acesso**. São Paulo, 2006.
Disponível em www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=2036
Acesso em Maio de 2007.

FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). **Capacitação em Serviço Social e Política Social** - Módulo 3. 1 ed. Brasília: Editora da UnB/CEAD, 2000, v. 3, p. 41-56.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

LUZ, Hylton Sarcinelli. Sessão de Cartas. **Radis: Comunicação em Saúde**, São Paulo, n. 53, p.5-6, jan. 2007. Disponível em www.semelhante.org.br

Acesso em Agosto de 2007.

MADDEL, Therezinha Luz; ROSENBAUM, Paulo; BARROS, Nelson Felice de. Medicina Integrativa, Política Pública de Saúde Conveniente. **Jornal da Unicamp**, Campinas, 21 ago. 2006. p. 2-2.

Disponível em www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/agosto2006/capa334.html
Acesso em Março de 2007.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro - São Paulo: Abrasco – Hucitec, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Apresentação. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>
Acesso em Julho de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z/ Tópicos/ Saúde/Conceito.

Disponível em:

dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=548&letra=S

Acesso Janeiro de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Portaria SAS/MS Nº 853 de 17 de novembro de 2006**. Diário Oficial da União: Poder executivo, Brasília, DF, Novembro de 2006. Seção 1, P. 46-7.

Disponível em

www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6639.

Acesso em Julho de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei número 8.080 de 19 de setembro de 1990**

Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf

Acesso em Maio de 2007.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHOA, Roberta; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

Núcleo de Acupuntura e Terapias Naturais Integrals - NATURAL-IN. **Jornal da Acupuntura e Terapias Naturais On Line** - Ano 6 - edição n.o 36 - Março de 2003.

Disponível em: www.paginas.terra.com.br/saude/jornalnatural/megahistoria.htm

Acesso em Maio de 2007.

REIS, Marcelo Brás Moraes (RJ). **Assistente Social: Ética e Direitos: Notas sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cress 7ª R, 2002

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Capítulo 6 “A importância da democracia” pág – 173-187. 2ª edição São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais – Afinal, do que se trata?** : UFMG, Belo Horizonte, 1999.

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP **Guia das Profissões 2007. Serviço Social.** Assistente social busca a implementação da cidadania. Disponível em www.unesp.br/guia2008/142.php
Acesso em Agosto de 2007.