

Trabalho de Graduação

Curso de Graduação em Geografia

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM SUBSISTEMA INTEGRADO
AO MACROSISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO (SUS)**

Marcella Schmidt Sutana

Prof. Dr. Samuel Frederico

Rio Claro (SP)
2018

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Instituto de Geociências e Ciências Exatas

Câmpus de Rio Claro

MARCELLA SCHMIDT SUTANA

Trabalho de Graduação apresentado ao Instituto de Geociências e Ciências Exatas - Câmpus de Rio Claro, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para obtenção do grau de Bacharel em Geografia.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Julio de Mesquita Filho', is positioned below the descriptive text.

Rio Claro - SP
2018

S965p Sutana, Marcella Schmidt
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES: : UM SUBSISTEMA
INTEGRADO AO MACROSISTEMA DE SAÚDE
BRASILEIRO (SUS) / Marcella Schmidt Sutana. -- Rio
Claro, 2018
27 p.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado -
Geografia) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Rio Claro
Orientador: Samuel Frederico

1. crise da saúde. 2. biomedicina. 3. medicina
Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca do
alternativa. 4. macrosistema. I. Título.
Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Rio Claro. Dados fornecidos pelo
autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

*Dedico esse trabalho à todos aqueles que
acreditam em novas formas de
concebermos o mundo;
Aos que necessitam qualquer tipo de auxílio
no campo emocional, psíquico, físico e
espiritual,
Aos que trilharam por esse caminho antes de mim
e aos os que trilharão após.*

RESUMO

As práticas tradicionais, complementares e alternativas em saúde tem ganhado notoriedade no Ocidente, principalmente após a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para que os países associados passem a oferecê-las a fim de diminuir as desigualdades nas condições de saúde no mundo. Nesse contexto é criada no Brasil a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, que legitima e incentiva a oferta das mesmas no Sistema Único de Saúde (SUS). Através de levantamento bibliográfico e de pesquisa documental do município de Campinas, buscou-se nesse trabalho compreender os impactos das terapias complementares e integrativas incluídas no SUS e a forma como elas se articulam ao modelo médico hegemônico utilizado nesse sistema, biomédico. Os resultados evidenciaram a redução no consumo de medicamento anti-inflamatório no município de Campinas após a adoção de práticas alternativas na rede municipal de saúde e o caráter complementar dessas terapêuticas associadas ao modelo hegemônico.

Palavras chave: crise da saúde; biomedicina; medicina alternativa; macrosistema.

ABSTRACT

Traditional, complementary and alternative medicine have gained prominence in the West, especially after the recommendation from World Health Organization (WHO) for the associated countries to offer them in order to reduce inequalities in health conditions around the world. In this context, the National Policy on Integrative and Complementary Practices is created in Brazil, which legitimates and encourages their provision in the Unified Health System of Brazil (SUS). Using a bibliographical survey and documentary research from the city of Campinas, this study intended to understand the impacts of the use of complementary and integrative therapies included in Unified Health System of Brazil (SUS) and how they are articulated to the hegemonic medical model used in this system, the biomedical one. The results evidenced a reduction in the use of anti-inflammatory drug in the city of Campinas after the adoption of alternative practices at the municipal health system and also the complementary feature of these therapeutics associated with the hegemonic model.

Word keys: health crisis; biomedicine; alternative medicine; macrosystem.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. DA AÇÃO CAPITALISTA NA SAÚDE	9
2.1. Crise da Saúde.....	9
2.2 A Biomedicina e o setor da saúde como locus de acumulação de capital.....	10
2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E SUA ARTICULAÇÃO COM O MACROSISTEMA DE SAÚDE (SUS)	12
3.1.2 Articulação do subsistema das Práticas Integrativas e Complementares ao macrosistema de saúde brasileiro.....	17
3.1.3 Saúde Integrativa – O caso de Campinas	20
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
4. REFERÊNCIAS	27

INTRODUÇÃO

O sistema capitalista tem exercido forças no campo da saúde humana que repercutem nas condições de saúde dos indivíduos. Reconhece-se que essas forças agem por meio do modo de vida inerente a esse sistema que tem gerado uma *crise da saúde*, e por efeito do desenvolvimento de técnicas hegemônicas, que no atual período *técnico-científico-informacional* tendem a serem, ainda mais, dotadas de artificialidade e intencionadas a atender ao mercado.

Na década de 1970 percebe-se que os recursos próprios ao modelo de saúde hegemônico no Ocidente, denominado biomédico, estavam, à época, indisponíveis para três quartos da população mundial. Nesse contexto, conjuntamente à ascensão de um movimento de contracultura, práticas de saúde alternativas passam a ser difundidas no Ocidente, contanto com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para que seus Estados-Membros adotem o uso das mesmas em seus territórios.

Atendendo essa indicação, o Ministério de Saúde do Brasil cria, em 2006, a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPICs), validando a oferta de práticas distintas das biomédicas no Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de promover a ampliação do acesso à saúde para população. Passa-se assim a ser legitimado o uso das mesmas no que se entende como sendo o *macrosistema* de saúde brasileiro, o SUS, que sendo portador de uma *flexibilidade tropical* permite a incorporação de especificidades locais à sua gestão local.

Levando em consideração a importância dessas práticas na promoção de saúde é necessário que se façam estudos sobre o tema a fim de compreender e avaliar a eficácia das mesmas no contexto do uso através do SUS. Reconhecer os seus efeitos e validar as experiências já existentes são importantes meios para que municípios que ainda não as adotaram possam enxergar na oferta das Práticas Integrativas e Complementares uma ferramenta de desenvolvimento e ampliação do bem estar de sua população.

Dessa forma, esse estudo buscou compreender a ação das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde conhecendo a forma de articulação dessas com o modelo médico hegemônico no SUS (biomédico), identificando a maneira como sua oferta se dá no município de Campinas e verificando o impacto desta na rede de saúde municipal. Para tanto foi feito levantamento bibliográfico com base no tema “medicinas alternativas no SUS” e pesquisa documental sobre a Política das Práticas Integrativas e Complementares em Campinas.

Esse trabalho, portanto, estrutura-se em quatro capítulos a serem apresentados a seguir.

Capítulo 1- Da ação capitalista na saúde: Busca elencar as influências do modo de produção capitalista no que concerne à área da saúde humana, explicitando o que se chama de *crise da saúde* e criando um panorama que permite compreender o acúmulo de capital nesse setor pelo uso da técnica biomédica.

Capítulo 2- Política das Práticas Integrativas e Complementares: apresenta o que se compreende por práticas integrativas e complementares, traz à tona o contexto de sua criação, introduz a percepção do Sistema Único de Saúde como um *macrosistema* para compreender a articulação das práticas integrativas — concebidas como um subsistema integrado ao SUS —, e expõe a experiência de Campinas com a oferta das mesmas.

Capítulo 3- Considerações finais: encerra o trabalho evidenciando os principais pontos apreendidos com essa pesquisa.

1. DA AÇÃO CAPITALISTA NA SAÚDE

O sistema capitalista irrompe o campo da saúde humana de diferentes formas. A primeira a ser aqui apresentada diz respeito ao que Souza e Luz (2009) denominam *crise da saúde*, descrita como um conjunto de eventos de natureza sanitária e cultural que afetam a vida coletiva (SOUZA e LUZ, 2009). Já a segunda, trata a forma como o modelo médico hegemônico no Ocidente tanto produz efeitos na saúde dos indivíduos quanto ajuda a conceber a área da saúde como um locus de acumulação capitalista.

2.1. Crise da Saúde

O primeiro aspecto a ser tratado sobre a *crise da saúde* situa-se no campo dos eventos de natureza sanitária, cujas causas estão associadas às desigualdades socioeconômicas ocasionadas pela evolução recente do capitalismo (LUZ E SOUZA, 2009). Para os autores,

[...] O processo de internacionalização da economia capitalista denominado globalização agravou as desigualdades sociais nos países que não pertencem ao núcleo do sistema, induzindo o surgimento ou aumento de problemas como desnutrição, violência, doenças infectocontagiosas e cronicodegenerativas – todo um conjunto de problemas sanitários e epidemiológicos que poderiam ser mais bem controlados ou prevenidos mediante políticas adequadas, caso o Estado concentrasse seu interesse nas questões sociais que engendram as de saúde. (LUZ E SOUZA, 2009, P. 397)

Nesse ponto é necessário evidenciar que analisadas sob a perspectiva espacial, as desigualdades sociais nos países de capitalismo periférico se traduzem, dentre outras formas, na má distribuição de serviços de saúde entre os lugares, o que é uma característica do atual período: técnico-científico-informacional¹. Neste, os sistemas técnicos hegemônicos, ainda que se marquem como totalidade no mundo, são instalados pontualmente nos lugares (ALBUQUERQUE, 2006, apud SANTOS, 1996). Dessa forma, o modelo biomédico ao mesmo tempo em que se faz hegemônico também se faz ausente em algumas localidades, fato que se verificou na década de 1970 pela indisponibilidade de recursos como tecnologias em saúde, profissionais e instituições para dois terços da população do globo.

O segundo aspecto dessa crise diz respeito à presença de um mal-estar difuso entre a população urbana trabalhadora, desempregada ou aposentada, manifestado através de dores

¹ Período compreendido por Milton Santos que teve início após a segunda guerra mundial, tendo sua efetiva afirmação em 1970 com a inclusão dos países de terceiro mundo. Caracteriza-se sobretudo pela “profunda interação da ciência e da técnica” (Santos, 2006), a qual amparada pelo mercado tende a produzir objetos e técnicas dotados de artificialidade.

imprecisas, depressão, ansiedade, pânico, males da coluna vertebral, etc., ao que Joubert (1993, apud SOUZA e LUZ, 2009 p. 397) denomina “pequena epidemiologia do mal-estar”. Visto pelos autores como fenômeno de natureza sanitária e cultural, teria suas raízes tanto nas condições de trabalho impostas pelo regime capitalista quanto na transformação cultural vigente no processo de globalização, que valoriza os preceitos do individualismo, do consumismo, da busca do poder sobre o outro, e põe em detrimento dos princípios milenares nos planos da ética, da política, da convivência social e mesmo da sexualidade.

2.2 A Biomedicina e o setor da saúde como lócus de acumulação de capital

O modelo biomédico é o sistema de cura hegemônico no Ocidente. Também conhecido por medicina técnico-científica, ganha notoriedade a partir dos anos 1930 (RIBEIRO, 2015) e fundamenta-se no paradigma newtoniano-cartesiano (BARBOSA, et al., 2001), de base mecanicista e fragmentadora. Por ter um enfoque unicausal e biologista da doença e dos agravos à saúde, desconsidera os aspectos psicológicos, sociais, econômicos, culturais, políticos e territoriais da saúde (RIBEIRO, 2015), sendo o diagnóstico das doenças voltado para a análise dos mecanismos biológicos e das estruturas histoanatômicas (BARBOSA, et al., 2001), cujas alterações devem ser tratadas principalmente com medicamentos de base química.

A consolidação definitiva da medicina científica se deu a partir de sua constituição enquanto clínica, o que significa dizer que suas ações estão ancoradas em práticas laboratoriais e hospitalares, nas quais os sinais de doença observados em exames se tornam mais relevantes do que os sintomas apresentados pelo paciente (RIBEIRO 2015). No desenvolvimento da medicina ocidental esses elementos produzem o “progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição de tecnologias ‘frias’ diagnósticas e terapêuticas, verificada a partir da segunda metade do século XX” (Almeida, 1996; Camargo Jr., 2003; Luz, 1996a, 1996b; Sayd, 1998, apud, SOUZA e LUZ, 2009, p. 400), fato que pode ser entendido como uma das motivações pela busca de práticas de saúde alternativas.

“(…), De acordo com CAPRA (1982), o homem é visto como uma máquina a ser consertada em suas partes, quando necessário. Segundo KOLLER; MACHADO (1992), esse paradigma, na área de saúde denominado modelo biomédico, fez com que o profissional deixasse de ver o ser humano como um todo integrante do cosmos.(...)” (BARBOSA, et al., 2001, p. 1)

No campo político e econômico, as práticas hospitalares e laboratoriais formam as bases técnicas e materiais que propiciam e legitimam o acúmulo de capital no setor da saúde. Legitimada em caráter complementar pela Lei nº 8.080/90, a participação do setor privado no

SUS se mostra exatamente na articulação deste com empresas de capital privado produtoras e fornecedoras de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos.

Esse entrelaçamento entre público e privado na área da saúde vem a cumprir com a proposta de Cobertura Universal de Saúde — criada pela Fundação Rockefeller² e pela OMS — a qual “defende a responsabilidade e a participação ampliadas do setor privado nos sistemas nacionais de saúde, o que contribui para o aprofundamento do processo de mercantilização e financeirização da saúde (Lima, 2015)” (Ribeiro, 2015, p. 103).

² Criada em 1913 nos Estados Unidos, a Fundação Rockefeller apresenta como suas missões promover o estímulo a saúde pública, o ensino, a pesquisa e a filantropia.

2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E SUA ARTICULAÇÃO COM O MACROSISTEMA DE SAÚDE (SUS)

Práticas Integrativas e Complementares é o termo cunhado pelo Ministério da Saúde Brasileiro para se referir a um conjunto de práticas de saúde que correspondem ao que a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina de Medicina Tradicional e de Medicina Complementar Alternativa (MT/MCA) e que desde 2006 fazem parte da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde.

O campo dessas práticas contempla sistemas médicos complexos, marcados por possuírem teorias complexas sobre o processo saúde/doença, e seus respectivos recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (BRASIL, 2006)

Embora não haja consenso a respeito da nomenclatura “Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa”, ela remete a um conjunto de ações terapêuticas que incluem práticas manuais e espirituais e atividades corporais (SOUSA, 2012), que ao estarem afins a um paradigma holístico (TONIOL, 2015) divergem da biomedicina ocidental, fundamentada no paradigma newtoniano-cartesiano.

Surgido a partir de uma crise do paradigma cartesiano-newtoniano, o paradigma holístico força uma visão sistêmica do mundo (TEIXEIRA, 1996), o qual passa a ser visto como “um todo dinâmico, indivisível, cujas partes estão inter-relacionadas e só podem ser entendidas como modelo de um processo cósmico” (CAPRA, 1982 apud. BARBOSA, 2001). Essa visão nos leva tanto a revisão da concepção de saúde, incluindo nela os fatores sociais e culturais, quanto — associada a fatores políticos econômicos e sociais — à disseminação de práticas com enfoque integral dos problemas de saúde.

Diferentemente do mecanicismo cartesiano-newtoniano que produz uma prática médica fragmentada e focalizada na doença, a visão integral presente no paradigma holístico valoriza as práticas que possuem (i) ênfase na saúde, (ii) enfoque integral dos problemas de saúde, (iii) que buscam o equilíbrio entre a mente, o corpo e o seu entorno, e (iv) que reforçam ou induzem uma resposta natural do organismo (SOUSA, 2012).

A disseminação desse novo paradigma, e consequentemente das práticas nele

fundamentadas, fazem parte de um contexto que pode ser entendido a partir de uma questão de ordem macrocultural, da qual faz parte um processo de transformação na cultura ocidental (SOUZA e LUZ, 2009) marcado por um “movimento social urbano denominado *contracultura*” (LUZ, 2005, p. 153).

Desencadeado nos anos 60 nos EUA e na Europa, esse movimento chega aos países latino-americanos durante a década de 80, basicamente nos centros urbanos (LUZ, 2005). Ele indica que para além da insatisfação e ineficiência com relação a medicina ocidental, a busca por práticas alternativas se pauta em escolhas que demonstram as transformações culturais refletidas nas representações de saúde, doença, tratamento e cura.

Naquele momento, uma juventude revolucionária partia em busca de novas soluções terapêuticas, utilizando tais práticas não apenas como terapias, mas como símbolos de uma ‘revolução cultural’. Uma parte dessa ‘estratégia revolucionária’ foi a importação de sistemas exógenos de crença e orientações filosóficas, geralmente orientais, que serviram de fundamento para a construção de um corpo ideológico de orientações práticas. Nesse contexto, os usuários das então chamadas terapias alternativas estavam à procura de práticas congruentes com essas orientações, que pudessem afirmar e materializar sua ideologia numa *práxis* (LUZ, 1997; NASCIMENTO, 1997; BARROS, 2000 *apud* SOUZA e LUZ, 2009 p. 394).

Esse apontamento evidencia que um primeiro movimento para a introdução de tais práticas no território brasileiro foi gerado não por vias institucionais verticalizadas, mas a partir da demanda de uma população jovem (entre 20 e 35 anos), de classe média, e em grande parte com cultura universitária relacionadas com o estilo de “medicina naturista” difundido no movimento contracultural (LUZ, 2005, p. 158).

Tanto os movimentos organizados da sociedade civil, seja em associações comunitárias, seja posteriormente em ONGs, como a demanda social da clientela para serviços públicos de saúde crescentemente pressionaram as instituições médicas no sentido de uma “abertura” para as medicinas ditas alternativas nos anos 80. De tal modo que em meados da década passada, em agosto de 1985, a homeopatia, a fitoterapia e a medicina tradicional chinesa, através da acupuntura, foram legitimadas nos serviços médicos da previdência social, através de um convênio celebrado pelo então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o ministro da Previdência Social, com instituições acadêmicas como a Fiocruz e a UERJ, além do Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB), no sentido de se estabelecerem-se atividades não apenas de atendimento médico envolvendo homeopatia, acupuntura e fitoterapia, mas também atividades de pesquisa e ensino sobre essas “medicinas alternativas”. (LUZ, 2005, p. 165)

Institucionalmente, o movimento de contracultura e a emersão do paradigma holístico ficaram em evidência durante a Conferência Internacional sobre Assistência Primária em Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, pela Organização Mundial da Saúde da Organização das Nações Unidas (OMS/ONU), quando se reiterou a concepção de saúde definida pela OMS, passando a ser considerada um “[...] ‘estado de completo bem-estar mental e social’, e não apenas

como ausência de doenças ou enfermidades” (RIBEIRO, 2015, p. 23)

Durante o evento foram discutidas questões relacionadas à promoção da saúde humana de forma global em um contexto de extrema desigualdade nas condições de saúde das populações, verificada no fato de que recursos como tecnologias em saúde, profissionais e instituições hospitalares estavam, à época, indisponíveis para dois terços da nação do globo.

É a partir dessa percepção que a OMS reconhece a Medicina Tradicional como uma ação em saúde capaz de ampliar o acesso da população a esses serviços, dado ao baixo custo de execução e pelo fato de muitas práticas já serem oferecidas em contextos locais. Assim, a OMS passa a promover a partir do documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” a integração da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa nos sistemas nacionais de atenção a saúde, mediante a participação social no planejamento e execução das ações em saúde (RIBEIRO, 2015).

No território brasileiro esse indicativo leva à criação de um Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a “Política Nacional de Medicina Nacional e Práticas Complementares”, que veio a ser institucionalizada com o nome “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”, através da Portaria GM/ MS nº 971, de três de maio de 2006, e que apresenta diretrizes e responsabilidades institucionais para o oferecimento de serviços de Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia.

Atualmente a política também engloba as práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga — incluídas através da Portaria GM nº 849/2017; e Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, Ozonioterapia, Terapia de florais e Termalismo social/crenoterapia — incluídas pela Portaria nº 702/2018.

3.1 O Sistema Único de Saúde como macrosistema

O Sistema Único de Saúde é o sistema brasileiro que tem por objetivo garantir à população o direito universal a saúde sob a responsabilidade do Estado. (RIBEIRO, 2015). Desde 1930 as políticas públicas brasileiras apontavam para a formação de um sistema de saúde,

culminando na institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988.

A noção de *sistema de saúde* é definida por Lobato e Giovanella como

[...] conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade. (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 89 apud RIBEIRO, 2017 p. 738)

A interpretação do SUS como macrosistema técnico é defendida por Luis Ribeiro a partir do conceito originalmente proposto por Hughes (1983; 2008) e da contribuição de Milton Santos (2006) para o tema. O primeiro autor compreende o *sistema* como um híbrido, constituído por distintos componentes técnicos e institucionais e que possui caráter sociotécnico, uma vez que resulta causa e efeito do movimento histórico-social (RIBEIRO 2015). À isso Santos (2006, p. 116) acrescenta que os macrosistemas técnicos se estabelecem como “o fundamento material das redes de poder” “sem os quais os outros sistemas técnicos não funcionariam”

Baseado em Gras (1997), Ribeiro (2017) caracteriza o SUS como um macrosistema dada a existência e articulação de três elementos básicos: (i) objetos ou fixos de saúde (que correspondem a unidades básicas de saúde, ambulatorios, hospitais, equipamentos médicos, medicamentos); (ii) ações que distribuem os fluxos entre os fixos; e (iii) órgão de gestão da oferta e demanda, que nesse caso se apresenta de forma centralizada em algumas políticas da União e descentralizado ao passo que estados, Distrito Federal e municípios assumem funções técnicas e políticas.

Sua definição como sistema técnico *macro* é baseada – para além do preenchimento dos três requisitos já citados – no fato dele ser hegemônico no território brasileiro, de ser capaz de regular fluxos a partir de seu poder motriz (ou força de circulação de ideias, signos, objetos bens e pessoas) e de seu poder político que constitui redes de alianças e interesses. Seu poder motriz verifica-se na constituição do SUS como infraestrutura da vida cotidiana, que afeta as condições objetivas (tecnosfera) e subjetivas (psicosfera) da existência, o que o faz referenciar, em diferentes graus, toda prática ou sistema de saúde circunscrita no território (RIBERO, 2017).

A pluralidade de suas redes técnicas e políticas, de suas organizações e centros de comando, as diversas escalas de ação e dos fluxos, a capacidade de se moldar e ser moldado pelo conteúdo dos lugares também são elementos que caracterizam o macrosistema de saúde brasileiro (RIBEIRO, 2017).

De acordo com Lobato e Giovanella, a dinâmica dos sistemas de saúde são definidas pelas

relações entre seus componentes, que por sua vez são mediadas por quatro funções estruturantes. São elas: (i) *financiamento* (alocação dos recursos financeiro); (ii) *prestação de serviços* (modalidades de serviços); (iii) *gestão* (formulação de políticas, planejamento); e (iv) *regulação* (regulação da prestação de serviços, vigilância sanitária e mercado em saúde). Essas funções atuam de modo a relacionar os componentes do sistema, que são: (i) *Cobertura* (população atendida e rol de serviços); (ii) *Financiamento* (recursos disponíveis); (iii) *Força de Trabalho* (profissionais, técnicos e trabalhadores); (iv) *Rede de serviços*, (v) *Insumos* (equipamentos, medicamentos e suprimentos); (vi) *Tecnologia e Conhecimento* (produção de insumos); e (vii) *Organizações* (estruturas que regulam, gestionam e administram o sistema) (RIBEIRO, 2015)

Portanto, o macrosistema de saúde brasileiro vincula, suporta e sustenta um grande número de sistemas técnicos atuando, assim, como intermediário que transporta, transfere, fazendo trocar e funcionar diversos sistemas, tanto direta como indiretamente ligados à saúde. (RIBEIRO, 2015, p. 115)

Dessa forma Ribeiro (2015) aponta que seus elementos constitutivos e sua escala de ação podem ser organizados em: (a) **estabelecimentos de saúde** (unidades básicas de saúde, ambulatorios, unidades de pronto atendimento, etc); (b) **prestadores de serviços de saúde** (administração pública direta ou indireta, ONGs); (c) **redes assistenciais** (redes temáticas, redes de atenção, redes de transplantes de órgãos, etc); (d) **telecomunicação** (centrais de regulação de referência e contra referência, de chamados de urgência); (e) **educação e formação** (universidades, centros de capacitação, etc); (f) **pesquisa** (universidades, centros, institutos, fundações e laboratórios de pesquisa e desenvolvimento); (g) **informação** (Sistema de Informações Hospitalares); (h) **insumos** (laboratórios públicos e privados produtores de insumos farmacêuticos, medicamentos, etc); (i) **equipamentos médico**, hospitalares e odontológicos (produtores de artigos, utensílios e ferramentas); (j) **transportes** (rede de atendimento móvel de urgência e emergência, etc); (k) **defesa** (civil e vigilância sanitária e epidemiológica); (l) **população** (usuários do sistema assistencial, conselhos participativos, movimentos sociais e sociedade civil organizada); (m) **profissionais** (técnicos e gestores da área da saúde e de outras áreas da administração pública e privada); (n) **representantes políticos** (poder judiciários e poderes executivo, legislativo e dos entes municipal, estadual e federal). (RIBEIRO, 2017)

Compreendemos o SUS como um macrosistema técnico de primeira ordem sem o qual diversas técnicas vinculadas à saúde não funcionariam e com o qual diversos outros usos em saúde têm que lidar. (RIBEIRO, 2015, p. 110)

A partir desse aspecto podemos compreender que ao mesmo tempo em que o SUS torna

possível a realização de técnicas de saúde não hegemônicas no território brasileiro, como é o caso das Práticas Integrativas e Complementares, ele também se constitui como um fator condicionante a essas práticas. Isso ocorre de tal forma que o modelo médico hegemônico no SUS e seus agentes são elementos que criam condições para o exercício de tais práticas, ao mesmo tempo que as condicionam.

3.1.2 Articulação do subsistema das Práticas Integrativas e Complementares ao macrosistema de saúde brasileiro

Baseado em Hughes (1983; 2008), Ribeiro (2015, p. 100) afirma que “[...]. Os grandes sistemas técnicos tendem ao equilíbrio e expansão permanentes, cooptando e racionalizando as demais técnicas fora de seu sistema.[...]”. Nesse sentido é possível compreender a adoção do subsistema das PICs como uma estratégia de expansão do SUS, praticável graças a duas características: à sua sensibilidade as particularidades dos lugares e à sua parcial descentralização técnica e política.

A literatura clássica sobre o tema de macrosistema (Hughes, 1983, 2008; Hughes; Mayntz, 1988; Joerges, 1988; Braun; Joerges, 1992; Gras, 1993, 1997) indica a insensibilidade dos macrosistemas para com os lugares. Nesse sentido o SUS se distingue dos macrosistemas técnicos mais consagrados por apresentar a característica de ser sensível às especificidades locais (RIBEIRO, 2015), o que permite que as situações geográficas únicas produzam e reproduzam o macrosistema de saúde brasileiro a todo momento, garantindo sua aderência nos distintos lugares do território brasileiro (RIBEIRO, 2015).

Essa característica se faz possível uma vez que parte da administração técnica e política do SUS fica a cargo dos estados e municípios. “Pela sua constituição em rede, ele exige certa centralização técnica, contudo politicamente ele não existiria se não houvesse certa descentralização que permite ao sistema nervoso central ser alimentado pelas informações dos lugares” (RIBEIRO, 2015, p. 99).

Embora apresente essas particularidades que fazem com que o SUS possa ser considerado um macrosistema com certa *flexibilidade tropical* — ao que Santos (2006) conceitua como um processo de criação de trabalhos ocasionado por forças que atuam de baixo para cima (que nesse caso seriam as pressões populares na “abertura” para as práticas alternativas) —, sua regulação, seu controle e seu gerenciamento são feitos pelos atores dominantes que atuam nas esferas

política, financeira e legal (JOERGES, 1988, apud RIBEIRO, 2015).

No caso do macrosistema em questão os agentes hegemônicos têm sido:

[...] (i) os entes estatais planejadores, gestores e financiadores do sistema (Ministério da Saúde e secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde), e também aqueles de regulação (como as instituições de vigilância sanitária nacional; e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde); (ii) o mercado, principalmente as grandes empresas multinacionais produtoras e fornecedoras dos insumos e equipamentos do sistema (indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares) e das empresas prestadoras de serviços (hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico); e (iii) profissionais de saúde, sobretudo, médicos. (RIBEIRO, 2015, p. 115)

Ribeiro (2015, p. 115) afirma ainda que o reconhecimento desses agentes permite apreender as redes constitutivas dos grandes sistemas “como um *sistema de alianças e promoções* que permite a uma dada técnica se fazer valer como indispensável e superior a qualquer outra considerada.”. A técnica superior em questão é a biomédica, à qual as terapêuticas do subsistema das PICs articulam-se mediante a regulação realizada pelos entes hegemônicos.

Essa regulação não diz respeito apenas à regulamentação feita através da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, embora esta se constitua como uma de suas formas. Anteriormente à criação dessa política, as práticas alternativas pioneiras no território brasileiro e seus profissionais — a exemplo da Acupuntura e dos acupunturistas — tiveram que lidar com a classe médica, que ora não reconhecia a efetividade das mesmas, marginalizando-as, e ora (tendo sua efetividade reconhecida) travava conflitos para fazer com que o oferecimento delas se desse de forma restrita à classe médica.

A Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, por sua vez, constitui-se como uma ação regulatória que visa normatizar a oferta das práticas integrativas e complementares no SUS. Dessa forma, o documento “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso” elaborado em 2006 indica as diretrizes a serem seguidas para o oferecimento de tais, bem como estabelece as responsabilidades institucionais de cada gestor (federal, estadual e municipal).

São diretrizes: (i) A estruturação e o fortalecimento da atenção em PIC em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica e com o seu desenvolvimento em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS (assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais); (ii) o estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem

o desenvolvimento integral das ações; (iii) o fortalecimento da participação social; (iv) o provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública; (v) garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC; (vi) incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados; (vii) desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC; (viii) promoção da cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e (ix) garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

As responsabilidades institucionais para o cumprimento de tais diretrizes são divididas entre os entes da seguinte forma.

- a. Ações executadas pelos três gestores - cada um à sua escala de atuação – elaboração de normas técnicas para a inserção da PNPIC no SUS, na rede de saúde, e na rede municipal de saúde; definição de recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite; estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política; promoção de articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional; e divulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
- b. Ações exclusivas do gestor federal: manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações, garantir a especificidade da assistência farmacêutica em Homeopatia e Fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária; elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename); Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais; Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS; Elaborar mementos associados à Relação

Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos; Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS; Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos; Implantar um banco de dados dos serviços de PNPIC no SUS, instituições de ensino e pesquisa, assim como pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em PNPIC; e Criação de Banco Nacional de Preços para os insumos da PNPIC pertinentes, para orientação aos estados e municípios.

- c. Ações exclusivamente estaduais: manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações; acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos; e apresentar e aprovar a inclusão da PNPIC no Conselho Estadual de Saúde.
- d. Ações exclusivamente municipais: estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde; realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância sanitária no tocando a esta Política e suas ações decorrentes na sua jurisdição, e apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Municipal de Saúde.
- e. As únicas ações em comum a estados e municípios são: exercer a vigilância sanitária no tocante a PNPIC e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

3.1.3 Saúde Integrativa – O caso de Campinas

O município de Campinas foi um dos pioneiros na inserção de práticas alternativas no Sistema Único de Saúde, tendo sua primeira experiência realizada em 1989, anteriormente à criação da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPICs), com a implantação do primeiro ambulatório de homeopatia na cidade. No ano seguinte foram introduzidas à rede municipal as práticas de fitoterapia e de movimento vital expressivo.

A incorporação das demais práticas oferecidas atualmente foi fruto da constatação de que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de transtornos músculo-esqueléticos eram de baixa

qualidade, assim como o uso de fármacos para o tratamento dessas patologias era inadequado (ALMEIDA, 2008). Reconhecendo a necessidade de se fazer investimentos na atenção básica voltados para a prevenção e para promoção em saúde, foi criado em 2001 o Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas uma Coordenadoria de Saúde (GETRIS), cujo objetivo principal era conduzir e multiplicar as práticas integrativas na cidade (ALMEIDA, 2008).

Posteriormente, em 2005, o GETRIS transforma-se na Coordenadoria de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e os projetos criados pelo GETRIS passam a serem efetivados como programas. Nesse mesmo período tem-se a introdução de novos programas visando à prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrais e respiratórias. Em 2010, uma nova leva de práticas integrativas passa a compor o programa como forma de apoio à política de tratamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) na atenção primária. Por fim, em 2015, há o estabelecimento de uma parceria com a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, para o a ampliação da agenda de atividades físicas.

Assim, hoje, o programa municipal Saúde Integrativa é composto pelas práticas de Homeopatia, Fitoterapia, Acupuntura Sistêmica, Acupuntura de Yamamoto, Su Jok, Consciência Postural, Lian Gong, Movimento Vital Expressivo, Meditação e Exercícios de Chikung, Caminhada (projeto “Caminhar para a Saúde”), Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa. É importante ressaltar que os exercícios de caminhada e de Consciência Postural não integram o grupo de práticas pertencentes à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICs).

As ações de saúde desse município são estruturadas a partir dos princípios e diretrizes dispostos na Lei nº 8.080/90, a qual regulamenta toda ação e serviço de saúde a serem realizados no território nacional. Seguindo a diretriz de descentralização político-administrativa, Campinas se constitui como gestor pleno do sistema de saúde, sendo o todo o gerenciamento de recursos e serviços realizados em âmbito municipal. Para áreas que possuem mais 200 mil habitantes o progressivo processo de descentralização exige a criação de distritos, aos quais se atribuem o papel de gestão nos respectivos territórios de abrangência, sendo responsáveis pela administração dos Centros de Saúde. No caso de Campinas, que possui 1.080.113 habitantes (IBGE, 2010) esse processo culminou na criação de cinco distritos: Norte, Sul, Leste, Noroeste, Sudeste.

A ênfase no oferecimento das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no nível da atenção básica faz com que as atividades sejam oferecidas principalmente nas Unidades Básicas

de Saúde (UBS), chamadas em Campinas de Centros de Saúde (CS), e nas Unidades de Referência, que são unidades portadoras de atendimento especializado, como as unidades Policlínicas e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para além desses fixos oficiais, as práticas são oferecidas em praças, parques, igrejas, templos religiosos, ginásios de esportes, associações de moradores, associação de bairros, ONGS, escolas, quadras de esporte, grêmios recreativos, entre outros, sob a responsabilidade do Centro de Saúde local.

A oferta das mesmas se dá de acordo com a categorização delas entre (a) atividades em grupo: lian gong, movimento vital expressivo, caminhar para a saúde, meditação Ch'an Tao e introdução a chikung, thai chi chuan, dança circular, consciência postural e terapia comunitária integrativa; e (b) tratamentos individuais: acupuntura sistêmica, acupuntura de Yamamoto, auriculoterapia e homeopatia.

As atividades em grupo são oferecidas semanalmente (podendo ocorrer em mais de um dia e horário) e seu fluxo ocorre por livre demanda, o que significa que qualquer civil pode ter acesso, independentemente de estar fazendo algum tipo de acompanhamento nos Centros de Saúde, embora costumeiramente os indivíduos que participam dos mesmos tenham sido encaminhados por médicos especialistas. Os tratamentos individuais por sua vez, são realizados mediante o agendamento de horário e é necessário que haja o encaminhamento por um médico especialista.

Sua distribuição pelo território municipal se dá de forma desigual, apresentando focos de concentração nos Distritos Sudoeste, Sul e Leste com uma tímida concentração no distrito Noroeste.

Como evidenciado na figura 1.

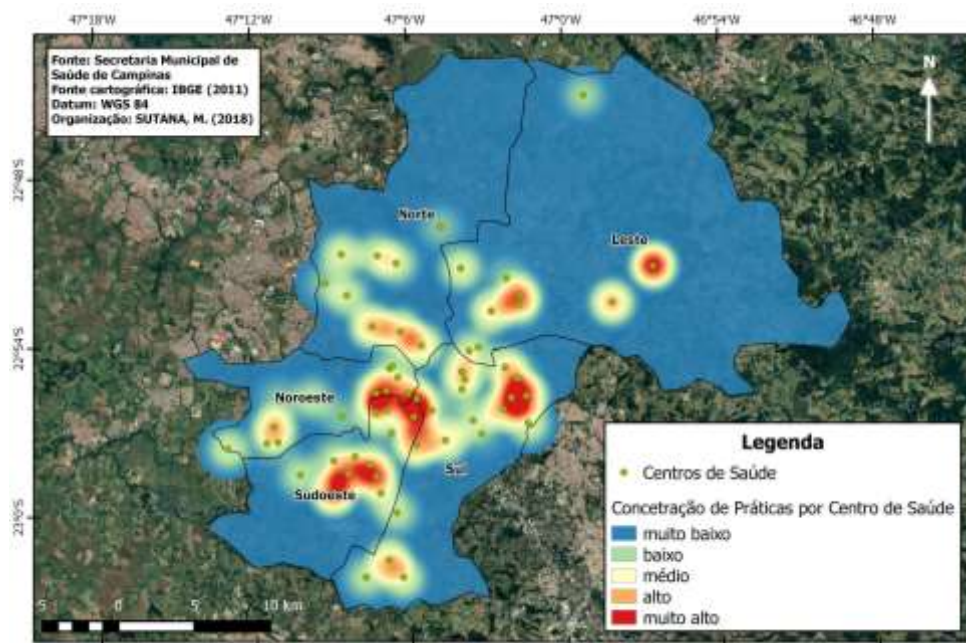
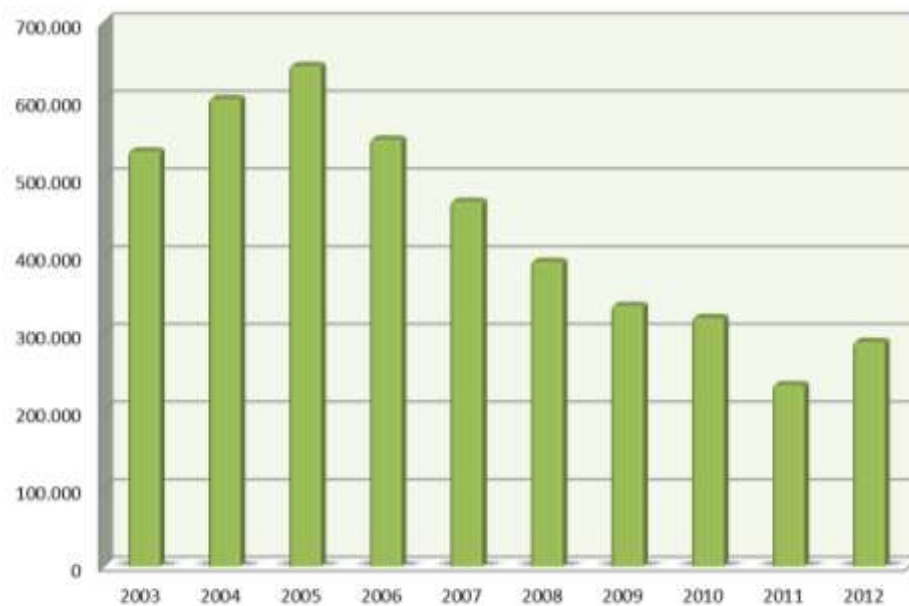


Figura 1. Mapa de concentração das Práticas Integrativas e Complementares por Centro de Saúde.

A eficácia da introdução das práticas integrativas e complementares como recurso terapêutico nos diversos centros de saúde de Campinas se mostrou eficaz pela acentuada redução do consumo mensal do medicamento anti-inflamatório “Diclofenaco de sódio 50 mg”, o qual entre o período de 2003 à 2011 apresentou queda de 56,29%, como apresentado no gráfico 1.



Fonte: elaborado pela autora, dados retirados de CAMPINAS, 2015

Gráfico1: Consumo médio mensal de “Diclofenaco de Sódio 50mg”

Comumente utilizado no tratamento de dores com intensidades leves e moderadas, o diclofenaco de sódio apresentava até 2005 um índice mensal de consumo alto e crescente, o que se constata a pela quantidade de comprimidos consumidos mensalmente entre 2003 e 2005, que passou de 534.336 comprimidos em 2003, para 601.856 comprimidos em 2005.

No ano de 2005, com a criação da Coordenadoria de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde, foram introduzidas à rede as práticas de Acupuntura Sistêmica e Acupuntura de Yamamoto. Logo após os oito primeiros meses de execução notou-se que a média de consumo mensal havia sido reduzida para 570.000 comprimidos, uma redução inicial de 12,5% se comparado com o ano de inserção (2005). Assim, ao final do ano de 2006 obteve-se o valor médio de 549.661 comprimidos consumidos por mês. Esse ano marcou o início de uma fase de progressiva queda do consumo mensal desse medicamento que seguiu até o ano de 2011, no qual foi registrada a média de 233.558 comprimidos.

Já para o ano de 2012 a média registrada apresentou um aumento de 23,81% (comparado a 2011), com o registro de 289.164 comprimidos ao mês. Neste mesmo ano ocorreu o desligamento de um convênio realizado entre a Secretaria de Saúde de Campinas com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que levou à redução da oferta das práticas integrativas e complementares em 60%. De acordo com a Coordenação da Área de Saúde Integrativa, este fato é responsável pelo aumento do consumo de “Diclofenaco de sódio 50 mg” em 2012.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema capitalista, atualmente marcado pelo período técnico-científico-informacional, produz efeitos no campo da saúde humana de diferentes formas. Reconheceu-se que suas forças agem tanto por meio da difusão de um modo de vida que tende a criar condições favoráveis ao adoecimento da população quanto pelo desenvolvimento e disseminação de um modelo técnico de saúde que ao se instalar pontualmente nos lugares corrobora para o aumento da desigualdade nas condições de saúde das populações.

Notou-se que as técnicas laboratoriais e hospitalares, inclusas no modelo biomédico, são também responsáveis por permitir que o setor da saúde, e consequentemente os sistemas nacionais de saúde, sejam focos de interesse do capital privado, representado, sobretudo, pelos interesses de empresas produtoras e fornecedoras de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos, que buscam expandir seus mercados consumidores. Verificou-se que no sistema nacional de saúde brasileiro esses interesses são garantidos constitucionalmente através da Lei nº 8.080/90.

No que tange ao tratamento dos pacientes, percebeu-se que as condutas biomédicas — por estarem fundamentadas em um paradigma fragmentador (newtoniano-cartesiano) e sofrerem influência da forte união entre técnica e ciência característica do período técnico-científico-informacional — deixam de compreender a totalidade do ser e geram lacunas no cuidado à saúde, permitindo a ascensão de um novo paradigma em saúde com vistas à busca por um estado de saúde através da integração das diversas dimensões do ser.

Destacou-se a emersão do paradigma holístico e o reconhecimento da má distribuição dos recursos biomédicos como fatores que propiciaram a valorização das chamadas medicinas alternativas, marcada em escala global pela elaboração documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” e em escala nacional, pela criação da “Política Nacional das Práticas integrativas e Complementares” (PNPICs).

De maneira geral, compreendeu-se que as práticas inclusas em tal política buscam desenvolver a autonomia do paciente no próprio processo de promoção e recuperação da saúde através do de um autoconhecimento obtido a partir de um maior contato com suas dimensões corpóreas, mentais, emocionais e sociais e são oferecidas de forma complementar ao tratamento biomédico.

Embora façam parte de uma política nacional, a adoção, o oferecimento e o gerenciamento das mesmas se dão principalmente a nível municipal. Isso ocorre devido ao fato das ações do Sistema Único de Saúde serem orientadas por diretrizes que indicam a parcial descentralização técnica e política desse sistema técnico de saúde, que dado, entre outros fatores, à sua hegemonia no território brasileiro e ao seu grau de influência sobre outros sistemas técnicos, pode ser considerado como um macrosistema técnico de saúde.

Nesse sentido, observou-se que o estímulo para a legitimação da oferta de técnicas distintas das biomédicas além de se constituir como uma forma de expansão da ação do SUS em prol da população, também se constitui como um esforço despendido a fim de cooptá-las e colocá-las sob o controle da racionalidade hegemônica.

Por fim, a experiência de Campinas evidenciou a pertinência da inclusão das práticas integrativas e complementares nos sistemas municipais de saúde. Verificada a redução do consumo do medicamento anti-inflamatório “Diclofenaco de Sódio 50mg”, as práticas alternativas de saúde se mostraram uma ferramenta eficaz para a promoção do estado de saúde para a população desse município.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ligia Aparecida Neiname de. Brasil - Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP) - Práticas integrativas e complementares em Campinas. In: 1º SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – PNPIC, 1., 2008, Brasília. Relatório do 1º Seminário. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 122 - 127. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

BARBOSA, M. A.; FONSECA, A. P. M.; BACHION, M. M.; SOUZA, J. T.; FARIA, R. M.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; ANDRAUS, L. M. S. Terapias alternativas de saúde x alopatia: tendências entre acadêmicos de medicina. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul dez. 2001. Disponível: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> . Acesso em: 03 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Diário Oficial da União, maio de 2006a.

FERREIRA, W. H. (2016). Práticas de Saúde Integrativa no SUS: promovendo qualidade vida a população. Campinas: Coordenadoria de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em : <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>> . Acesso em : 15 out. 2018.

LUZ, Madel T.. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, Junho 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311997000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 out. 2018.

RIBEIRO, L. H. L. O Sistema Único de Saúde (SUS) como um macrosistema: território, técnica e política. Geousp – Espaço e Tempo (Online), v. 21, n. 3, p. 737-754, dez. 2017. ISSN 2179-0892.

RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. **TERRITÓRIO E MACROSISTEMA DE SAÚDE:: OS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. 2015. 305 f. Tese (Doutorado) - Curso de Geografia, Unicamp, Campinas, 2015. Disponível em: <<https://www.capes.gov.br/images/stories/download/pct/2016/Teses-Premiadas/Geografia-Luis-Henrique-Leandro-Ribeiro.PDF>>. Acesso em: 03 out. 2018.

SANTOS, Milton. A Natureza do Espaço. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de et al . Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 11, p. 2143-2154, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 03/10/2018

SOUZA, Eduardo F. Alexander Amaral de; LUZ, Madel Therezinha. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.393-405. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138044007>>

TEIXEIRA, Elizabeth. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 286-290, Aug. 1996 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000200008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 03 de outubro de 2018.