

Alan Kornin

**O PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA
NO BRASIL: UM MAPEAMENTO DOS DISCURSOS DE
ATORES E ENTIDADES PROTAGONISTAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau
de Mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kornin, Alan

O processo de regulamentação da acupuntura no Brasil :
Um mapeamento dos discursos de atores e entidades
protagonistas / Alan Kornin ; orientador, Walter Ferreira
de Oliveira - Florianópolis, SC, 2016.
169 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

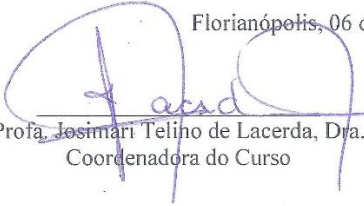
1. Saúde Coletiva. 2. Acupuntura. 3. Regulamentação. 4.
Mapas Conceituais. 5. Análise de Discurso. I. Ferreira de
Oliveira, Walter. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Alan Kornin

**O PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA
NO BRASIL: UM MAPEAMENTO DOS DISCURSOS DE
ATORES E ENTIDADES PROTAGONISTAS**

Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 06 de julho de 2016.



Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

BANCA



Prof. Walter Ferreira de Oliveira,
Dr.
UFSC (Orientador)



Prof. Charles Dalcanale Tesser,
Dr.
Univ. Fed. de Santa Catarina



Prof. Atilio Butturi Junior, Dr.
Univ. Fed. de Santa Catarina



Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Univ. Fed. de Santa Catarina

Dedico esta dissertação ao meu avô, Alécio Arruda Leonel

Meu maior exemplo de longevidade e bem-viver.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Mari Leonel... Pelo apoio, dedicação e carinho
Ao meu pai, Gerson pelos momentos de inspiração na natureza
Ao meu irmão, André pela alegria, companheirismo e entusiasmo político
 Às minhas famílias Leonel, Guimarães e Kornin
Ao prof^o Yu Tao meu mais profundo xièxie por despertar a paixão pela
 acupuntura
Ao prof^o Walter pelo rico aprendizado nesta caminhada, pelo encantamento
 pela área da saúde mental
Com grande honra aos professores da banca, Atilio, Charles, Fernando e Li
 Aos amigxs e companheirxs de Floripa, CTBA, POA, Sampa
 Aos amigos do PPGSC, que ótimos momentos passamos juntos!
 Aos colegas e amigos de pesquisa do Grupo de Pesquisas de Políticas
 Públicas/ Saúde Mental – GPPS
Aos professores, servidores e funcionários do SPB/PPGSC pela solicitude e
 presteza
 Aos colegas de trabalho do GT de Naturologia no SUS
 Aos colegas acupunturistas do CIEPH
 Aos colegas, alunos e professores naturólogos

E a todos os acupunturistas e profissionais da saúde dedicados à profunda
 arte de curar pela medicina chinesa

“ A fama ou o corpo, o que mais se ama?
O corpo ou a riqueza, o que vale mais?
Ganhar ou perder, o que mais adoece?

Por isso o excesso de desejo causará um grande desgaste

E o excesso de acúmulos causará uma morte rica
Quem sabe se contentar não se humilha
Quem sabe se conter não irá se exaurir

Sendo assim, poderá viver longamente ”

Lao Tsé (Tao Te Ching, capítulo 44)

RESUMO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contempla a prática da acupuntura nos serviços de saúde do SUS. A acupuntura é uma modalidade terapêutica relacionada com à Racionalidade Médica chinesa, que aborda o ser humano de modo integral em seu processo dinâmico de saúde-doença, podendo atuar no tratamento em uma ampla gama de enfermidades e sendo conhecida por seus efeitos analgésicos, imunológicos e reguladores da homeostase. A Organização Mundial de Saúde estabeleceu em 1999 o *Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture*, sobre a capacitação básica e segurança para o exercício dos acupunturistas de todas as classes profissionais. Contudo, a regulamentação da acupuntura no Brasil é conflituosa e marcada por disputas judiciais entre as autarquias federais e entidades profissionais da saúde referentes ao direito a sua prática. Esta pesquisa procurou analisar a constituição dos diferentes discursos envolvidos na trajetória de regulamentação da acupuntura no Brasil. Na condução deste estudo foram coletados 228 textos nos *sites* institucionais de 39 entidades. Os textos foram submetidos à Análise de Discurso conforme preconizada por Dominique Maingueneau e delineamento de dados com os Mapas Conceituais de Joseph Novak, resultando em uma narrativa da trajetória discursiva e dois mapeamentos conceituais. Percebemos a construção de duas formações discursivas (FD) com entendimentos distintos sobre a institucionalização da acupuntura e que se rivalizaram ao longo do tempo: a FD da acupuntura médica e a da acupuntura multiprofissional, intermediadas pelo campo discursivo do SUS, considerado em consonância com as diretrizes e estratégias das organizações internacionais de saúde. Uma ênfase na judicialização da prática da acupuntura é percebida no período, entre 2001 e meados de 2012. Um dos principais obstáculos para a regulamentação da acupuntura está na elaboração de um consenso sobre a delimitação do campo de atuação do “acupunturista” reconhecendo-se os papéis das diversas profissões, aceito pelas diversas autarquias federais, entidades de classe, associações, sindicatos e sociedades. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em trabalho conjunto com as organizações internacionais de saúde, devem cumprir um papel intermediador fundamental neste processo. No âmbito do SUS, que se constitui como um sistema inclusivo, e pode-se reconhecer uma promoção à equidade e à universalização do acesso à acupuntura, aceitando sua prática multiprofissional principalmente na Atenção Básica. Os dilemas ético-legais das delimitações do campo de atuação, a criação de diretrizes para ensino e pesquisa e o estabelecimento de parâmetros de segurança, qualidade e eficácia se mostram como desafios para a implementação das práticas da acupuntura nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acupuntura. Regulamentação. Sistema Único de Saúde. Mapas Conceituais. Análise de Discurso.

ABSTRACT

The National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) contemplates the practice of acupuncture in SUS health services. Acupuncture is a therapy belonging technique to Medical Rationality Chinese, this one deals with the human being integrally in its dynamic process of health and illness, has analgesic, regulatory effects of homeostasis and immune and may act in the treatment of a wide range of diseases. The World Health Organization states since 1999 the Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture on basic training and safety for the exercise of acupuncturists from all professional classes. However, the regulation of acupuncture in Brazil is marked by conflict and disputes his right to practice between federal authorities and professional health bodies. The research sought to analyze the constitution of different discourses involved in acupuncture regulatory path. In conducting this comprehensive study, qualitative, were collected 228 texts in institutional sites of 39 organizations. The texts were submitted to Dominique Maingueneau Discourse Analysis and design data with concept maps Joseph Novak, resulting in a narrative discursive path and two conceptual maps. In the course there was the construction of two Discursive Formations (FD) of different understandings of institucionalization of acupuncture and who feuded over time, the FD of medical acupuncture and FD multi professional acupuncture. These two FD's were intermediated by the Discursive Field SUS, which was in line with the guidelines and strategies of international health organizations. There was a judicialization period of 2001 acupuncture practice by mid 2012. One of the main obstacles to the regulation of acupuncture is in developing a consensus and point of view in common on the delimitation of the field of "acupuncturist" of all professions, through their federal authorities, professional associations, associations, unions and societies. The Ministry of Health and Department of Primary Care in working with international health organizations must meet a key intermediary role in this process. The SUS is constituted as a Comprehensive System and seeks to promote equity and universal access to acupuncture, the focus of his multidisciplinary practice with an emphasis on primary care. The ethical and legal dilemmas of the boundaries of the playing field, creating guidelines to teaching and research and the establishment of security parameters, quality and efficacy appear as major challenges to the implementation of practices of Chinese medicine in their health services.

Keywords: Acupuncture. Regulation. Unique Health System. Concept Maps. Discourse Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Países onde se confere a prática da acupuntura por acupunturistas e médicos alopatas

FIGURA 2 – O uso da acupuntura pelos Estados-membros

FIGURA 3 – Regulações para praticantes de MC/MAC em Estados-membros

FIGURA 4 – Exemplo de Mapa Conceitual

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Número de profissionais em práticas integrativas e complementares inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por tipo de ocupação e atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2007/2011

TABELA 2 - Número de consultas e procedimentos (por 10 mil habitantes) em práticas integrativas e complementares. Brasil, 2006-2011

TABELA 3 - Exemplos de países com a abordagem integrativa para MT/MAC em seus sistemas nacionais de saúde

TABELA 4 - Exemplos de países com a abordagem inclusiva para MT/MAC em seus sistemas nacionais de saúde

TABELA 5 - Categorias de desafios para a implementação das MT/MAC nos sistemas nacionais de saúde

TABELA 6 – Relação de entidades e documentos investigados

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
ABAC	Associação Baiana de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa
ABACO	Academia Brasileira de Arte e Ciência Oriental
ABCD A	Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Acupunturistas
ABENA	Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas
ABIOMAC	Associação Biomédica de Acupuntura
ABRANA	Associação Brasileira de Naturologia
ABRAVET	Associação Brasileira de Acupuntura Veterinária
ABV	Associação Brasileira de Ventosaterapia
AFA	Associação dos Fisioterapeutas Acupunturistas do Brasil
AGAFISA	Associação Gaúcha dos Fisioterapeutas Acupunturistas
AMBA	Associação Médica Brasileira de Acupuntura
AMC	Associação de Medicina Tradicional Chinesa
AMCT	Associação de Medicina Chinesa e Acupuntura Tradicional do Brasil
AMECA	Associação de Medicina Chinesa e Acupuntura do Brasil
ANBATH	Associação Nipo Brasileira de Acupuntura e Terapias Holísticas
ANDEMO	Associação Nacional para o Desenvolvimento da Medicina Oriental
ANPPS	Agência Nacional de Prioridades em Pesquisa
APANAT	Associação Paulista de Naturologia
AZYMEC	Associação Zhong Yi Yao de Medicina Chinesa do Brasil
CBA	Colégio Brasileiro de Acupuntura e Medicina Chinesa
CEATA	Centro de Estudos de Acupuntura e Terapias Alternativas
CEICO	Centro Integrado de Cultura Oriental
CEIMEC	Centro de Estudos Integrado de Medicina Chinesa
CETN	Centro de Estudos de Terapias Naturais
CFA	Conselho Federal de Acupuntura

CFBIO	Conselho Federal de Biologia
CFBM	Conselho Federal de Biomedicina
CFESS	Conselho Federal de Assistência Social
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFFA	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFMV	Conselho Federal de Medicina Veterinária
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIEPH	Centro Integrado de Estudos e Pesquisas do Homem
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CMA	Colégio Médico de Acupuntura
CMAESP	Colégio Médico de Acupuntura de São Paulo
CMARS	Colégio Médico de Acupuntura do Rio Grande do Sul
CMASC	Colégio Médico de Acupuntura de Santa Catarina
CMBA	Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONBRAC	Conselho Brasileiro de Acupuntura
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
CRAEMG	Conselho Regional de Autoregulação da Acupuntura do Estado de Minas Gerais
CRAERJ	Conselho Regional de Autoregulação da Acupuntura do Estado do Rio de Janeiro
CRBIO 4	Conselho Regional de Biologia 4ª região
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
EBRAMEC	Escola Brasileira de Medicina Chinesa
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IAMEC	Instituto para Pesquisa e Desenvolvimento da Acupuntura e Medicinas Complementares
IMECC	Instituto de Medicina Chinesa Científica
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IOT	Centro de Acupuntura do Instituto de Ortopedia e Traumatologia

IVN	Instituto Van Nghi
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SATOPAR	Sindicato dos Profissionais em Acupuntura, Moxabustão, Do In e Quiroprática do Estado do Paraná
SATOSP	Sindicato dos Acupunturistas e Terapeutas Orientais do Estado de São Paulo
SAVE	Sociedade de Acupuntura Veterinária
SBAT	Sociedade Brasileira de Acupuntura Tradicional
SINDACTA	Sindicato de Acupuntura e Terapias Afins do Rio de Janeiro
SINTE	Sindicato dos Terapeutas
SMBA	Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura
SOBRAFA	Sociedade Brasileira de Farmacêuticos Acupunturistas
SOBRAFISA	Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas Acupunturistas
SOBRAPA	Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Supremo Tribunal da Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TRF1	Tribunal Regional Federal Da 1ª Região
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
WFAS	World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies
WFAS BRASIL	World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies do Brasil
WFCMS	World Federation of Chinese Medicine Societies

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	25
CAPÍTULO 1 –MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	31
1.1 O PARADIGMA DAS MEDICINAS TRADICIONAIS: CONCEITOS E DISTINÇÕES	31
1.2 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA: MODELO TEÓRICO E MÉDICO.....	36
1.3 A CONSOLIDAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NO OCIDENTE E NO BRASIL.....	38
1.4 TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS E ENSINO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NO BRASIL.....	39
1.5 PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ACUPUNTURA NO BRASIL E NO MUNDO	42
CAPÍTULO 2 –POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO.....	45
2.1 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE 1822 A 1963: DO IMPÉRIO AO DESENVOLVIMENTISMO POPULISTA	45
2.1.1 1808 – 1929: <i>Final do Brasil Império/Primeira República</i>	45
2.1.2 1964-1990: <i>Regime militar a redemocratização do estado</i>	47
2.1.3 1964-1974: <i>Autoritarismo e privatização – a primeira década da ditadura militar.....</i>	48
2.1.4 1974-1979: <i>Distensão do regime autoritário e articulação do movimento sanitário.....</i>	49
2.1.5 1979 – 1984: <i>O fim do regime militar e a crise da previdência social 51</i>	
2.1.6 1985 – 1990: <i>Transição democrática e constituição do SUS.....</i>	52
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: FORMAÇÃO E CONJUNTURA ATUAL.....	53
2.3 A PRÁTICA DA ACUPUNTURA NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	58
2.4 REGULAMENTAÇÃO DAS PROFISSÕES E OCUPAÇÕES	65
2.4.1 <i>Diferenças conceituais entre trabalho/ ocupação e profissão.....</i>	65

2.4.2	<i>Contexto histórico do trabalho no Brasil</i>	71
2.4.3	<i>Considerações gerais sobre o conceito de “regulamentação”</i>	73
2.5	UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA E DE OUTRAS MC/MAC ENTRE DIFERENTES PAÍSES ...	75
CAPÍTULO 3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....		89
3.1	OBJETIVOS	89
3.1.1	<i>Objetivo geral</i>	89
3.1.2	<i>Objetivos específicos</i>	89
3.2	CARÁTER DA INVESTIGAÇÃO.....	89
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	91
3.4	ANÁLISE DE DADOS.....	94
3.4.1	<i>Análise de discurso em Maingueneau</i>	96
3.5	DELINEAMENTO DOS RESULTADOS.....	99
3.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	101
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DE DISCURSO E MAPEAMENTO CONCEITUAL DA REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA NO BRASIL.....		103
4.1	A TRAJETÓRIA DA REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA NO BRASIL	103
4.1.1	<i>Introdução da medicina chinesa no Brasil</i>	103
4.1.2	<i>Legitimação e institucionalização</i>	110
4.1.3	<i>Judicialização da acupuntura</i>	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS		137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – COLETA DE DADOS		159
APÊNDICE A – MAPA CONCEITUAL DAS CONJUNTURAS: INTRODUÇÃO DA MEDICINA CHINESA NO BRASIL; LEGITIMAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO		163
APÊNDICE B - MAPA CONCEITUAL DA CONJUNTURA: JUDICIALIZAÇÃO DA ACUPUNTURA.....		165

INTRODUÇÃO

Um fato emergente e relevante no cenário da saúde é a busca da população por recursos terapêuticos diferentes dos preconizados pela medicina alopática no sistema de saúde Brasileiro. A busca por estas práticas em saúde, que já existem há algum tempo no Brasil, tornou-se cada vez mais frequente devido à expansão da necessidade da população de atenção e cuidado frente à sua saúde debilitada e pela insatisfação com a biomedicina na rede de atenção básica (LUZ, 2005).

Um reflexo do crescimento da aceitação destas novas propostas em saúde é o aumento do nível de procura destas práticas que não pertencem à área da biomedicina ocidental, aquela do âmbito acadêmico. Há, contudo, outros sistemas ou racionalidades médicas. A Medicina Chinesa, por exemplo, revela um vasto campo de estudo para pesquisadores de diversos países que procuram conhecer seus efeitos fisiológicos e prezam pela eficácia e segurança na utilização profissional destes conhecimentos.

A Medicina Chinesa pode ser caracterizada como um sistema médico complexo, originado há milhares de anos em regiões da China e em suas proximidades. Utiliza em sua doutrina médica, saberes estruturados como o Yin-Yang, Cinco Elementos e o Zang-Fu em sua morfologia e diagnose. Compreende o ser humano como parte indissociável da natureza, bem como sua saúde como dependente do equilíbrio estabelecido entre sua própria energia e meio ambiente. Na recuperação da saúde e prevenção de doenças são utilizados recursos como a acupuntura, massagem, fitoterapia, dietoterapia e práticas corporais (BING, 2001; CHONGHUO, 1993; FUNDAMENTOS...1995; MING, 1995).

Segundo Yamamura (2001), o *Chen-Chui* ou acupuntura, como é conhecida no Ocidente, pode ser definido como um antigo método terapêutico de estimulação dos meridianos energéticos do corpo humano (*JingLuo*), através da utilização da agulha (*Chen*) ou do calor do fogo da moxabustão (*Chui*).

A acupuntura é uma forma de intervenção em saúde que aborda o ser humano de modo integral em seu processo dinâmico saúde-doença. São mais conhecidos seus efeitos analgésicos, reguladores da homeostase e imunológicos, podendo atuar no tratamento de uma ampla gama de enfermidades e ser utilizada de modo associado a outros tratamentos ou também de forma isolada (BRASIL, 2006; QUI, 2001).

O processo de importação de conhecimentos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) para o Brasil só começou a ganhar força e

destaque no final do séc. XIX, principalmente com a imigração japonesa. Com a assinatura do Tratado de Amizade, Comércio e Navegação entre o Brasil e Japão, os imigrantes trouxeram consigo suas técnicas médicas como a acupuntura e outras terapias de origem chinesa (FRÓIO, 2006).

No início dos anos 70 a MTC chamou mais atenção, no mundo ocidental, a partir de pesquisas sobre as ações analgésicas da acupuntura. A técnica foi explorada principalmente pelos norte-americanos, notadamente no contexto de movimentos sociais que admitiam a insatisfação com as instituições básicas de saúde (JACQUES, 2001, 2003).

No decorrer deste período, como elucida Nascimento (1998), o processo de instalação deste recurso terapêutico no âmbito da saúde Brasileira sofreu diversas intempéries marcadas por conjunturas distintas. Os anos 70 foram marcados pela rejeição da técnica por parte da comunidade médica e população, os anos 80, pelo questionamento da institucionalização e legitimidade da acupuntura frente à academia. Os anos 90 trazem o acirramento da polêmica entre acupunturistas médicos e não-médicos. O ápice do debate atinge a contemporaneidade, com o embate pelo monopólio da técnica e, portanto, do “ato médico”, pela classe médica.

Na data de 1988, por meio de uma resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) a acupuntura teve suas normas fixadas para ser oferecida aos serviços públicos de saúde do Brasil. Ao nível internacional, em 2010, a acupuntura e a moxabustão são reconhecidas mundialmente como patrimônio cultural imaterial da humanidade pela UNESCO, imortalizando assim suas manifestações únicas como tratamentos de saúde da MTC. Em suas recentes publicações técnicas e científicas, a OMS passa a recomendar a utilização da acupuntura aos seus Estados-membros (BRASIL, 2006; UNESCO, 2010).

Como visto no projeto de lei n° 480 para a regulamentação da acupuntura no Brasil (2003), nos últimos 20 anos, um número significativo de terapeutas brasileiros aderiram à prática da acupuntura. Na atualidade (2016) o Brasil é um dos países com maior número de profissionais do ocidente, com a estimativa de 33.000 profissionais entre os quais 4.500 médicos formados em acupuntura. Estes profissionais acupunturistas pertencem às diversas categorias profissionais como: fisioterapeutas, biomédicos, odontólogos, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, naturólogos, biólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas naturistas e massoterapeutas.

De acordo com os dados mais recentes do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE, 2015), das 2.422 profissões regulamentadas

no Brasil, 68 (2,8%) são regulamentadas pelas leis e diretrizes específicas e com direitos e deveres profissionais, em consonância com a consolidação das leis do trabalho (CLT). Isto quer dizer que pode-se exigir, para o exercício pleno destas profissões, formação técnica, curso superior ou formação específica. A atividade de “acupunturista” é registrada pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como ocupação, sob nº de registro 3221-05. Na mesma família, (sob o nº de registro 3221) estão tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas.

De acordo com Aquino e Silva (2010), o cenário atual da acupuntura no Brasil é marcado profundamente pelas angústias e incertezas frente a um novo ciclo. Segundo o autor, a falta da regulamentação efetiva da mesma, a discrepância entre as leis criadas pelos conselhos profissionais de acupuntura das diferentes classes profissionais nada mais são do que um reflexo da fragilidade no contato e comunicação inter e multidisciplinar.

Além disto os projetos de lei até agora apresentados PL. 1549-2003 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003); PL. 473 – 2011 (SENADO, 2011); PL. 480 (SENADO, 2003) se mostram insuficientes frente à urgência na elucidação de questões que dizem respeito à prática, ao ensino e à fiscalização da acupuntura.

A Organização Mundial de Saúde já estabeleceu um modelo claro sobre a prática da acupuntura desde 1999, com diretrizes claras sobre a capacitação básica e segurança para acupunturistas de todas as classes profissionais (WHO,2002). Juntam-se a estas diretrizes, as recomendações de uso pelas entidades internacionais representativas da Medicina Tradicional Chinesa, a *World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies* (WFAS, 2015) e a *World Federation of Chinese Medicine Societies* – (WFCMS, 2015).

Contudo, a situação do encaminhamento para regulamentação no que concerne à legislação Brasileira evidenciou enormes disputas entre os conselhos profissionais, mediadas pelo Supremo Tribunal Federal. É o caso do veto da prática aos biomédicos e psicólogos, ocorrido no ano de 2015. Do ponto de vista então sustentado pelo STF, o procedimento de acupuntura não pode ser incorporado em um processo de psicoterapia ou análises clínicas (CFP, 2016; CFBM, 2016).

É significativa a polêmica gerada pela regulamentação do “ato médico”– aquele que busca definir a competência e a exclusividade nas práticas terapêuticas aos médicos - através do PL. 7703 de 2006 (SENADO, 2006) e, posteriormente, a votação em favor desta regulamentação no congresso nacional. A grande questão girava em torno dos procedimentos invasivos. A instituição médica passaria então a ter o poder de restringir ou limitar as prática de enfermeiros,

anestesiastas, acupunturistas e até mesmo tatuadores, conforme a margem de interpretações definidas pelo projeto de lei.

Posteriormente, notas públicas foram emitidas por diversos conselhos profissionais, que passaram a se envolver mais profundamente na questão do “ato médico”. Assim surgiu o movimento social “não ao ato médico” em 2013, impulsionado por entidades ligadas a diversas categorias profissionais que seriam diretamente afetadas pela aprovação do “ato médico”.

Na época, manifestações digitais e campanhas com o *hashtag* #vetadilma tiveram grande repercussão nas redes sociais da internet, as postagens tinham objetivo de informar e conscientizar a população acerca dos entraves que o PL poderia causar à saúde pública. Da mesma forma, inúmeras reportagens sobre a instituição do “ato médico”, e também a respeito da regulamentação da acupuntura, foram apresentadas em programas de TV, rádio e canais do *Youtube*, incluindo entrevistas e pronunciamentos oficiais de protagonistas da prática da acupuntura e presidentes dos conselhos, bem como palestras informativas a respeito da regulamentação, das características e pretensões do “ato médico”.

Frente a este quadro, é natural surgir questionamentos sobre o forte jogo de interesses referentes à apropriação da acupuntura por conselhos profissionais e à defesa da acupuntura multiprofissional como preconizada pela OMS. Aquino e Silva (2010) apontam aí um dilema, pois enquanto não for editada uma legislação específica que contemple o papel dos conselhos, o exercício da acupuntura pelas diversas categorias profissionais ficará comprometido e à mercê de possíveis ações junto ao STF.

Neste processo, podem-se levantar muitas questões. A acupuntura é vista por seus praticantes e outros profissionais como uma profissão? E, se sim, o entendimento da medicina chinesa passa a ser pré-requisito ao aprendizado da mesma? Ou ela pode ser vista como apenas mais uma técnica terapêutica, passível de ser aprendida sem a necessidade de um entendimento específico dos princípios orientais? Este recurso terapêutico necessita, para sua regulamentação, de definição de diretrizes específicas para sua prática por diferentes profissões? Que entidades e atores deveriam compor um futuro possível “Conselho Federal de Acupuntura”. Como se poderiam escolher as normas e processar a elaboração de diretrizes definitivas para esta prática profissional?

Outros questionamentos decorrem desta falta de clareza nas questões normativas. Não inexistem, efetivamente, fiscalizações da prática por uma entidade aceita pelo corpo de profissionais. Também não há critérios consensuados para habilitação profissional. Pode-se então supor

que as diversas técnicas da medicina chinesa vêm sendo utilizadas das mais variadas formas e estilos, tanto como uma prática isolada quanto em associação aos recursos terapêuticos de sua profissão ou, ainda, criam sua própria abordagem clínica?

De que forma, como se estruturam os discursos dos principais atores e entidades responsáveis pela acupuntura, tanto no âmbito nacional quanto mundial, em torno da regulamentação da acupuntura? Como estabelecem alianças e relações para a conquista de direitos de prática? Na ausência de uma legislação reguladora, como os conselhos profissionais regulam e fiscalizam a prática da acupuntura? Em que se baseia o credenciamento dos profissionais? Há hierarquia entre estes atores e entidades? Como esta hierarquia influencia as relações com atores protagonistas internacionais no campo da a medicina chinesa?

Há necessidade iminente de respostas para estas questões, dado o papel relevante que vem tomando a acupuntura no cenário da saúde no Brasil. A trajetória é conflituosa e nebulosa, plena de embates entre diversas entidades, classes profissionais e atores. Estes embates revolvem em torno de questões englobando a legitimidade e o monopólio da acupuntura enquanto ação profissional e recurso terapêutico.

Assim, este estudo se comprometeu em responder algumas destas questões através do mapeamento das formações discursivas que surgiram durante as diferentes conjunturas do processo de regulamentação da acupuntura. A visualização dos mapas conceituais em conjunto da leitura deste escrito poderá facilitar o entendimento dos profissionais, acadêmicos e da população em geral sobre as principais ações de atores e entidades que protagonizaram a trajetória da regulamentação da acupuntura no Brasil.

CAPÍTULO 1 –MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

1.1 O PARADIGMA DAS MEDICINAS TRADICIONAIS: CONCEITOS E DISTINÇÕES

A estratégia global “*WHO Traditional Medicine Strategy*”, publicada em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002b) é considerada um marco histórico para a regulamentação, institucionalização e incorporação das práticas das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde do mundo.

O documento estabelece uma conceituação geral sobre estas medicinas e relaciona globalmente os tipos e modalidades de prática, seu uso e formas de regulamentação em diversos países. Traça, assim, um plano de ação para o desenho de políticas de saúde voltadas às medicinas tradicionais, de modo que contemplem: A implementação de políticas que promovam a integração das medicinas tradicionais aos sistemas nacionais de saúde; O estabelecimento de parâmetros para a aplicação destas práticas com segurança, eficácia e qualidade; O aumento da disponibilidade e acessibilidade às medicinas tradicionais com ênfase às populações carentes; O provimento de insumos apropriados à disseminação das medicinas tradicionais através do racional entre fornecedores e consumidores.

A OMS observa, sobre o termo “medicina tradicional”, amplamente utilizado de em diversos países:

“Traditional medicine may be codified, regulated, taught openly and practised widely and systematically, and benefit from thousands of years of experience. Conversely, it may be highly secretive, mystical and extremely localized, with knowledge of its practices passed on orally. It may be based on salient physical symptoms or perceived supernatural forces.” (WHO, 2002, pg.7).

Há termos variados para designar estas práticas terapêuticas. As nomenclaturas variam conforme região dos países e conjunturas históricas, mas estas são características gerais que se apresentam nas diversas nações.

Em uma aproximação terminológica, na língua portuguesa podem-se encontrar termos como Medicina Tradicional, Medicina Alternativa e Práticas Integrativas e Complementares. Diferenciar estas práticas conforme seu contexto de aplicação nos sistemas nacionais de saúde pode facilitar o entendimento sobre sua articulação com os sistemas de saúde de cada país (WHO, 2002).

Para a OMS, “Medicina Complementar” é o termo usado para se referir ao uso de qualquer prática em saúde que não esteja incorporada no sistema de saúde em questão (“Não-convencional”/“Tratamento paralelo”). “Medicina Alternativa” é sinônimo de prática complementar, porém, socialmente pode ter cunho pejorativo, sugerindo tratar-se de um sistema marginal com relação ao sistema padrão institucionalizado. “Sistema Integrativo” é nomenclatura usada quando a Medicina Tradicional é incorporada ao sistema e oficialmente regulamentada na atenção em saúde. No Brasil a nomenclatura vigente refere-se a diversos termos sinônimos como medicina integrada, terapêuticas não convencionais, medicinas naturais e medicina alternativa. Apesar das várias denominações o Ministério da Saúde brasileiro resolveu adotar o termo Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

O campo das PICS contempla sistemas médicos complexos e seus diversos recursos terapêuticos. Tesser e Barros (2008) consideram que a definição dada pela OMS abarca um conjunto heterogêneo, de imensa variabilidade de práticas de diferentes nações, tornando-se difícil uma categorização mais precisa dos diferentes tipos de medicinas. Assim, este conceito pode tornar-se vago e pouco claro.

Talvez os maiores problemas para conceituar e classificar as PICS seja a grande variedade de nomenclaturas em vários países e regiões e as mudanças temporais que ocorrem com o nome. Isso dificulta a própria busca de dados, pois nenhuma das muitas nomenclaturas designa o que são as práticas de uma maneira global. Quase sempre é preciso explicar o significado do termo usado, tanto para o meio científico quanto para o público em geral (HERBERLÊ, 2013, pg. 21).

O órgão representativo das medicinas tradicionais dos Estados Unidos é o *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM). O órgão faz parte do *National Institute of Health* (NIH), que regula o sistema de saúde do país, sendo protagonista, pioneiro e um dos principais centros de referência das Américas no campo de estudos das medicinas tradicionais.

O NCCAM estabelece uma diferenciação básica sobre os termos existentes para designar estas práticas em saúde. Em seu entendimento, o termo “complementar” significa que estas práticas podem ser utilizadas concomitantemente à medicina convencional. Já o termo “alternativo” aponta que, na prática, podem ser utilizada sem substituição à medicina convencional. A chamada “integrativa”, onde se inclui a acupuntura, pode se combinar à terapia

médica convencional com métodos complementares e/ou alternativos e está baseada no pressuposto de que existe alguma evidência científica de alta qualidade quanto a seus padrões de segurança e efetividade.

Para tratar o assunto sob uma ótica epistemológica, Madel Luz e seus colegas pesquisadores, criam em 1990 o grupo de pesquisas “Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde”, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). O grupo desenvolveu estudos ao longo de mais de 20 anos sobre o tema das medicinas tradicionais e por fim forjaram o conceito de “Racionalidades Médicas” (RM) (LUZ, 1998; LUZ, 2000; SOUZA; LUZ, 2011; FERREIRA; LUZ, 2007).

O Grupo liderado por Madel Luz considera que, para se entender os motivos e razões que justificam a construção de uma diferenciação terminológica deste porte é necessário entender as conjunturas anteriores de formações ideológicas contraculturais que pretendiam romper com os valores e conceitos, em uma época que se pode caracterizar como de transição entre diferentes arcabouços conceituais.:

“[...] O contexto que antecedeu a formulação da categoria RM foi marcado pelo fortalecimento do discurso em favor da preservação e valorização da natureza. No âmbito internacional, os movimentos de contracultura de tendência antitecnológica, nos EUA e Europa, ao final dos anos 60, resistiam à desvalorização do mundo natural em prol de outro, construído pela ciência e a técnica, e fortaleciam noções e conceitos ligados à ecologia. No caso específico da relação saúde/medicina, tais movimentos deram espaço a uma proposta ativa de promoção da saúde (ao invés do combater doenças, característico da medicina científica) e a um conjunto de sistemas terapêuticos e práticas de medicação e cuidados tendentes ao naturismo. O naturismo significava, nesse caso, “não apenas a rejeição da medicina especializada e tecnicada, por invasiva e iatrogênica, portanto antinatural, mas também a afirmação da força curativa da natureza e da eficácia das terapêuticas dela provenientes [...]”. (NASCIMENTO et al, 2013)

Desta forma, os pesquisadores compreendem RM por sistemas médicos complexos que caracterizam conjuntos de sistemas cosmológicos diagnósticos e terapêuticos distintos e com entendimento próprio sobre os processos de saúde e doença. E também saberes e práticas doutos, que pretendem ser empiricamente demonstráveis através de tecnologias avançadas ou em demonstrações tradicionais (LUZ, 2003; NASCIMENTO et al, 2013).

As RM se caracterizam, segundo os autores, pelo conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: Uma morfologia humana (anatomia, na

biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica - explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura, todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia (Luz, 1993, 2005).

Para se chegar a estas conclusões, o grupo de pesquisa elaborou inicialmente um estudo comparativo de quatro RMs diferentes: Medicina Ocidental Contemporânea; Medicina Homeopática; Medicina Chinesa e Medicina Ayurvédica, delimitando suas cinco dimensões interligadas através da diferenciação de seus traços fundamentais, traços básicos, aspectos principais e formas de intervenção entre estas racionalidades. Para os pesquisadores estes sistemas médicos se diferenciam principalmente por seu caráter teórico-conceitual paradigmático que constituem a base para a sua possibilidade de existência. Dois paradigmas surgem como proeminentes: o biomédico e o vitalista: O paradigma biomédico, pauta-se pela dualidade normalidade/patologia e enfatiza as concepções materialistas e mecanicistas, voltando-se para estudos centrados nos fenômenos da doença. A ênfase é no controle dos corpos individuais e sociais através da cura e controle de doenças.

Esta concepção possui raízes na visão de controle da ciência contemporânea, que surge no período pós-renascentista e assume o homem como herdeiro de Deus sobre a propriedade da natureza. Esta concepção foi considerada pelo ponto de vista utilitário da ciência. Neste paradigma a tecnologia é considerada instrumento central para a concretização dos objetivos da ciência.

O paradigma vitalista fundamenta-se na existência de uma energia vital universal. Seus estudos são centrados na saúde e buscam meios para o restabelecimento do equilíbrio e harmonia do sujeito com o seu meio ambiental e social.

Sistemas com tal fundamento valorizam as diferenças subjetivas de cada indivíduo e fundamentam suas intervenções na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na integralidade do cuidado. Seus conceitos são compatíveis com a noção de sustentabilidade e preservação em uma visão multidimensional biológica, social e ecológica, própria de antigas tradições culturais.

A fundamentação teórico-filosófica da cosmologia chinesa, de caráter místico, originou a Medicina Tradicional Chinesa – (MTC), que pode ser caracterizada como uma medicina vitalista (FERREIRA; LUZ, 2007). Esta origem empresta aos procedimentos de anamnese,

diagnóstico e tratamento da MTC um “ar misterioso” à vista do pensamento ocidental.

A racionalização cultural do ocidente possui uma perspectiva de entendimento teocêntrica, já o oriente privilegia uma visão cosmocêntrica, afirma Weber (apud Sell, 2012). A Medicina Chinesa tem como princípios fundadores o confucionismo e o taoísmo.

Pereira (2005) observa que a partir da racionalização cultural do ocidente a sociedade biomédica procura investigar e compreender os mecanismos de funcionamento e ação da acupuntura utilizando seus modelos e métodos científicos, com objetivo de estabelecer uniformidade teórica e formular explicações para a população leiga.

Para Moraes (2007) foi com a expansão de pesquisas científicas sobre eficácia, promovidas pelo *National Institute of Health* – NIH, a partir da década de 1990, que o ocidente passou a considerar a acupuntura uma medicina alternativa. Após o consenso estabelecido em conferências realizadas pelo NIH em associação com a *Food and Drug Administration* (FDA), com o objetivo de se estabelecer critérios de segurança, da acupuntura foi então reclassificada de “instrumento médico experimental” para “instrumento médico regulamentado”, em 1996. No ano seguinte o Instituto estabeleceu critérios metodológicos para o ensino e pesquisa em acupuntura, que passaram, nos EUA, a serem controlados pelas instâncias científicas, o que inclui o ensino da acupuntura nas faculdades de medicina e sua prática clínica nos planos de saúde estadunidenses.

O processo de tornar a acupuntura um objeto de estudo e isolar sua prática de sua cosmologia parece operar através do estabelecimento de uma cisão entre, por um lado, fatos científicos (mecanismos biológicos) e, por outro, fatos não-científicos (mecanismos energéticos). Acaba acontecendo o inevitável: a biomedicina estabelece parâmetros racionalistas para o estudo e compreensão de um sistema médico do qual desconhece princípios filosóficos e fundamentos epistemológicos (FERREIRA; LUZ, 2007).

Considerando sua disseminação, o primeiro contato da acupuntura com o Brasil já data mais de 100 anos. O início do processo de importação cultural e de conhecimentos orientais se deve ao Tratado da Amizade, que viabilizou a imigração de chineses e japoneses ao Estado de São Paulo (FRÓIO, 2006).

Mas a instalação ao longo dos anos de um modo hegemônico de se pensar saúde, pauta os conflitos ideológicos entre os modelos de saúde ocidental e o oriental. Em paralelo a isso, alguns questionamentos e reflexões poderiam ser feitos sobre a prática da acupuntura no Brasil. A acupuntura, ao se tornar um ator no território bio-mecanicista, distanciou-se radicalmente de suas origens e fundamentos teórico-

filosóficos e, portanto, da medicina chinesa? A acupuntura se consolidou no Brasil a partir de uma negação de sua cosmologia original, sendo tomada meramente na forma de técnica ou profissão?

Se considerarmos as deficiências e críticas ao modelo assistencial biomédico, apontadas pelos principais pensadores da reforma sanitária e levarmos em conta o resgate da utilização dos conhecimentos destas medicinas ancestrais, pode-se apontar a acupuntura como efetivamente contributiva para a melhoria do quadro geral de saúde das pessoas? A consolidação do acupunturista como um profissional dotado de conhecimentos diferenciados justifica ser ele categorizado de forma especial no rol de profissões da saúde?

1.2 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA: MODELO TEÓRICO E MÉDICO

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e suas práticas médicas estão enraizadas desde a idade da pedra. Agulhas de acupuntura feitas de tacos de pedra já eram utilizadas para propósitos curativos. Porém é ao longo das eras das dinastias chinesas que ocorre a configuração deste sistema médico, através de médicos de diferentes regiões da china, enriquecendo e aperfeiçoando as teorias básicas que compõem a visão chinesa como Yin-Yang, Wu Xing (cinco movimentos), Zang-Fu (órgãos e vísceras), Qi-Xue (Energia e sangue) e Jing-Luo (canais e colaterais) (BING, 2001;CHONGHUO, 1993; MING, 1995).

O mais antigo tratado de medicina chinesa, o *Huandgei Neijing* (Tratado de Medicina Interna), foi compilado entre 500 a 300 antes da era cristã. Seu conteúdo é dividido em duas partes, o *Su wen* (Questões Simples) e *Ling-shu* (Eixo Espiritual) e resume toda a experiência médica e conhecimento teórico anterior ao período dos estados guerreiros. A partir do séc VI a MTC começou a ser difundida pelo mundo, a começar pela Coreia e o Japão. No final do séc XVII, os métodos de moxabustão e acupuntura já estavam presentes pela Europa (FUNDAMENTOS...,1995).

De acordo com Ross (1994), a cosmogonia chinesa compreende que o universo é formado por uma rede infinita de fluxos de energia entrelaçados, todas as áreas desta rede estão em perpétua comunicação e inter-relação dentro de um movimento constante de mudança e transformação.

Na cosmologia universal chinesa, *Qi* representa a pluralidade de manifestações que encontramos no universo, a palavra vem sendo traduzida como “matéria”, “energia”, “força vital” e “força da vida”. Uma característica fundamental do *Qi* é poder assumir todas as formas existentes, isso só depende de seu grau de densidade: se mais agregado,

manifesta formas materiais, se mais disperso, manifesta formas imateriais. Se o universo se configura como uma rede de relações infinitas, é *Qi* o grande responsável e originador de todos os fenômenos existentes, pode dizer-se que sem *Qi* não haveria nada (MACIOCIA, 2007).

O conceito de Yin-Yang é fundamental para a medicina chinesa, que considera o mundo uma totalidade, sendo esta resultado da união de duas qualidades opostas, porém complementares. Os opostos são considerados extremos de algo em perpétua mudança, e a possível origem da teoria Yin-Yang se deve à observação da alternância cíclica entre o dia e a noite e associações com os ciclos e características da natureza (AUTEROCHE, 1992; CHONGHUO, 1993; FUNDAMENTOS..., 1995; MACIOCIA, 2007; ROSS, 1995).

O sistema de órgãos e vísceras (*Zang Fu*) é central no pensamento chinês ao estudo da fisiologia. Este sistema entende as atividades vitais do organismo a partir da interrelação funcional entre órgãos (*Zang*) e vísceras (*Fu*). As vísceras exercem funções de transportar e transformar fluidos corporais e alimentos, enquanto os órgãos produzem e armazenam as substâncias essenciais (*Qi, Xue, Jing, Jin Ye* e *Shen*¹). Os componentes do sistema *Zang Fu* estão conectados estruturalmente e funcionalmente em perpétua coordenação de funções (CHONGHUO, 1993; FUNDAMENTOS, 1995; KAUFMAN, 2012; MACIOCIA, 2007; ROSS, 1995).

A origem das doenças pode ser compreendida então através da relação de três fatores interdependentes: Corpo e sua estrutura formada pelas substâncias vitais, tecidos, canais e colaterais (*Jing Luo*) e o sistema de órgãos e vísceras (*Zang Fu*); Fatores patógenos que podem ser internos (emoções relacionadas à fisiologia energética), externos (clima e energias perversas) e mistos (estilo de vida); Padrões de desequilíbrio entre os elementos do yin e yang dentro do organismo em relação aos fatores patogênicos internos e externos (AUTEROCHE, 1992; KAUFMAN, 2012; ROSS, 1995).

Na prática da MTC, para obter-se um diagnóstico correto se faz necessária a observação de sinais e o interrogatório (de sintomas). O objetivo da observação está na identificação do padrão de funcionamento interno, através da manifestação externa refletida como “imagem”, como a imagem do pulso, a da constituição do paciente, a da língua e também através da identificação de cor, odor, som e emoção alinhados à teoria do Wu Xing. O direcionamento da conversa médico-

1 O conceito de “*Shen*” na MTC se aproxima muito ao o que chamamos de “Mente” no ocidente, mas também pode ser traduzido como “espírito”. Assim como a mente, o *Shen* do indivíduo é um elemento abstrato. O *Shen* é a manifestação da “vivacidade”, “vitalidade” e “humanidade” do indivíduo.

paciente permite identificar aspectos relevantes ao funcionamento dos órgãos internos através do conhecimento de seu estilo de vida, estado emocional, ambiente familiar e as sensações e sentimentos relativos à doença em questão. Em ambos os métodos de diagnóstico é possível identificar o estado do *Shen* do paciente (HICKS, 2007; MACIOCIA, 2005).

No pensamento chinês conceito de “constituição” compreende aspectos mentais e físicos. Ela é formada pelos chamados “Três Tesouros” : sendo eles a essência (*Jing*), que é herdada e determina a força da constituição, a energia (*Qi*) que é responsável pela nutrição do organismo e o espírito (*Shen*). A constituição é observada diretamente através da forma do corpo. Dependendo do sinal que o médico pretende investigar, classifica-se aquela forma física de acordo com a teoria Yin-Yang ou a teoria dos cinco movimentos (*Wu Xing*), ou então é analisada a compleição física ou a força da sua essência (*Jing*) (MACIOCIA, 2005, 2007; HICKS, 2007).

1.3 A CONSOLIDAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NO OCIDENTE E NO BRASIL

Sendo uma das únicas dissertações feitas no Brasil, na qual aborda a história da consolidação da medicina chinesa, o trabalho de Fróio (2006) analisa a expansão da medicina chinesa na Europa e Américas, bem como seus reflexos nas relações internacionais e as consequências sobre suas próprias vertentes culturais. Segundo o autor, os primeiros sinais de interesse do ocidente pela China deram-se através das expedições de Marco Polo, no final do séc. XIII. Entretanto, a rota ocidente-oriental só se intensificaria no séc. XV, à época das grandes navegações em busca de mercadorias como a seda chinesa e especiarias. Sabe-se também de expedições promovidas por jesuítas e missionários europeus, que podem ter tido um contato precoce com a cultura chinesa.

Há indicações de que as técnicas utilizadas por médicos ocidentais na época medieval, como as sangrias e ventosas, são originalmente derivadas das teorias de tratamento chinesas. Eram, porém, utilizadas de forma muito banalizada e sem o entendimento das teorias básicas chinesas. Estas técnicas se tornaram prejudiciais e muitos pacientes vinham a falecer devido às hemorragias causadas pelas sangrias (FRÓIO, 2006).

O diplomata francês George Soulié de Morant é tido como o primeiro teórico ocidental do começo do século XX a sistematizar os conhecimentos da MTC para uma língua latina (FRÓIO, 2006; NASCIMENTO, 1997) Soulié de Morant, que havia se estabelecido na

China a partir de 1898, foi nomeado Cônsul da França em Shangai e começou a trabalhar para o Ministério de Assuntos Estrangeiros. Quando foi designado para trabalhar na cidade de Yunnan-Fou, em razão de uma epidemia de cólera, Soulié começou a se interessar em estudar a medicina chinesa, observando que havia melhor resposta de melhora com tratamentos de acupuntura do que com os medicamentos alópatricos da época. O diplomata obteve reconhecimento como Mestre em Medicina pelo vice-rei da cidade.

Por possuir conhecimento do idioma chinês, Soulié de Morant iniciou a tradução dos tratados médicos chineses para a língua francesa.. Após vinte anos, de volta a França, ele foi requisitado pelos médicos franceses para demonstrar a medicina chinesa em seus pacientes.

Com a obtenção de resultados clínicos surpreendentes nos hospitais franceses, Solié de Morant ganhou a confiança dos médicos franceses. Ao mesmo tempo, Solié compilou e sistematizou conteúdos informativos sobre a acupuntura para sua difusão na França e em toda a Europa. Sua principal obra “L’acupuncture chinoise: la tradition chinoise classifiée: texte” (1972) é constituída do conjunto de tomos produzidos de 1939 a 1941 sobre a teoria médica chinesa e um atlas de anatomia básica, com a localização dos pontos e meridianos.

Apesar do reconhecimento e fama do trabalho de Soulié de Morant, parte da comunidade científica da época permaneceu incrédula e bastante desconfiada dos resultados obtidos. Sob a desconfiança pesava, principalmente, o fato de Solié não possuir formação específica de médico. Ele chegou a ser acusado de prática ilegal da medicina, pela Ordem dos Médicos da França.

A partir do trabalho de Soulié, realizado no começo do séc. XX, a acupuntura ganhou mais força em sua difusão de conhecimentos e o próprio conhecimento da existência da medicina chinesa começou a se expandir entre os ocidentais. Sua expansão e popularização no Brasil ocorreu de forma gradual, e em meio a polêmicas e conflitos. As dissertações de Fróio (2006), Moraes (2007) e Massière (2011) abordam a história do estabelecimento da acupuntura no Brasil, consistindo assim, um material para análises no escopo do estudo a que nos propusemos.

1.4 TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS E ENSINO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NO BRASIL

O luxemburguês Spaeth é considerado precursor da prática da acupuntura. Ele fundou, em 1958, a primeira sociedade Brasileira de acupuntura, atual Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) (FRÓIO, 2006; MASSIERE, 2011).

Massière (2011) realizou um levantamento de diversas instituições atuantes no ensino de acupuntura no Brasil e mapeou as grades curriculares para a formação do acupunturista. Este mapeamento trouxe uma imagem mais clara sobre os diversos tipos de acupuntura que estão sendo praticados e sobre a formação dos futuros acupunturistas.

A diversidade de vertentes na acupuntura pode ser confirmada por uma simples busca da literatura sobre medicina chinesa ou acupuntura. Há diferentes linhas teóricas e fundamentos refletindo diversos estilos de pensamento ligados às teorias chinesas. Durante de livros de linhas teóricas distintas, normalmente o profissional acaba optando por uma das correntes e pela literatura correspondente. A descrição a seguir se refere a alguns exemplos presentes em uma busca bibliográfica que realizamos em duas bibliotecas universitárias, da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Alguns dos exemplares mais populares entre os acupunturistas são as transcrições dos compilados clássicos originais. Devido à sua fidelidade às teorias e fundamentos básicos filosóficos da medicina chinesa, estes livros não trazem qualquer tipo de paralelo com a medicina ocidental. Geralmente são transcritos por autores que possuem ligação direta com as universidades de medicina tradicional chinesas localizadas em território chinês. Alguns exemplos são as obras de: (BING, 2001; CHONGHUO, 1993; DANG et al, 1999; MING, 1995; MORANT, 1972).

É provável que no ocidente as obras preferidas e que tiveram maior popularização, sejam aquelas que trazem em seu conteúdo o entendimento do encaixe do pensamento clínico oriental com a fundamentação teórico-ocidental, neles os conhecimentos em acupuntura clássica servem para o aprimoramento da abordagem terapêutica quanto para diagnóstico. Estas obras pretendem relacionar patologias sob a ótica da medicina ocidental, traçam paralelos entre a “natureza energética” e etiologia das doenças sob o aspecto das duas medicinas (AUTEROCHE & NAVAILH, 1992; KAUFMAN, 2012; MACPHERSON & KAPTCHUK, 1997; MACIOCIA, 2005; ROSS, 1994; WEN, 1987).

Em mais recente ascensão e impulsionados pela medicina ocidental, os livros da dita “acupuntura científica” estão ganhando força, principalmente no âmbito das publicações acadêmicas. No caso destes livros, o enfoque de abordagem está em elucidar os processos neurobiológicos durante os tratamentos. Geralmente as teorias de base chinesa não fazem parte da sua abordagem prática, sendo descritos apenas na seção “histórico da acupuntura”. A maioria dos autores é

formada por médicos que, justamente, defendem a acupuntura como especialidade médica (CARNEIRO, 2000; CIRILO, 2006; DUMISTRECU, 1996; HONG, 2005).

Já no final desta lista, há alguns livros com bases e fundamentos mistos. O objetivo destes livros é utilizar a medicina chinesa sob a ótica de teorias provenientes da psicologia ou elaboradas pelos próprios autores. Os livros apresentam abordagens singulares no entendimento da medicina chinesa, porém, poderia se questionar o fato de fazerem o uso de correntes epistemológicas muito distintas da medicina chinesa, configurando abordagens incoerentes em sua aplicação na prática clínica (CAMPIGLIA, 2004; HICKS & MOLE, 2007; HORSLEY, 2006; MENSATO FILHO, 1977; PÉREZ, 2010; REQUENA, 1990).

Tendo em vista analisara cosmologia chinesa em coexistência com o modelo biomédico, Luz e Ferreira (2007) traçam crítica semelhante, considerando a problemática da incompatibilidade de se utilizar de um sistema terapêutico sob a ótica de sistema diagnóstico proveniente de outra medicina. Os autores mencionam também que a acupuntura praticada hoje no ocidente é uma “árvore sem raízes”, fazendo alusão ao fato de que a acupuntura está sendo muito mais considerada como uma técnica isolada do que como um sistema de medicina integrado com sua cosmologia e tradições.

Souza (2008), em sua tese de doutorado, traça o desenvolvimento histórico-cultural da medicina chinesa em contextualização com os desafios que enfrenta na adequação de saberes no ocidente contemporâneo. Aborda questões de conflito e desafios metodológicos na tradução de conhecimentos chineses para o método científico moderno, fazendo uma crítica contundente às diretrizes de pesquisa em acupuntura:

[...] A imposição dos critérios de validação de conhecimento da biomedicina sobre a Medicina Clássica Chinesa traz consigo um conjunto de conseqüências. A primeira é a classificação de doenças como forma prioritária de diagnose; a segunda é a criação de terapêuticas padronizadas, com fármacos e pontos de acupuntura pré-selecionados e fixos para cada doença; e a terceira é a avaliação da terapêutica baseada na mensuração objetiva de dados, usualmente colhidos por instrumentos de alta tecnologia (ex. variação da carga viral) [...] (SOUZA, 2008, p.13)

Lupinacci (2009), em sua dissertação, ilustra e diferencia os mais variados tipos de pensamento em acupuntura, estabelecendo critérios claros de diferenciação, tanto teórica quanto para a prática clínica ou para pesquisa. Já Moraes (2007) faz uma investigação em escolas de ensino de acupuntura no Brasil. Como resultado, o autor

propõe uma diferenciação básica entre estilos de ensino e escolas, apresentado hibridizações entre elas. Estes estilos seriam: Tradicional; Holístico e Instrumental.

Massière (2011) contribui de forma bastante significativa das reflexões que se seguirão neste estudo. Sua investigação sobre a estruturação das instâncias significadoras para o ensino da acupuntura no Brasil, sua inserção dentro de um campo caracterizado pela colonização de saberes por uma modalidade hegemônica de saber e, a partir disto, os conflitos na profissionalização destes saberes nos serviços de saúde, são considerações fundamentais para a compreensão deste complexo e controverso campo.

1.5 PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ACUPUNTURA NO BRASIL E NO MUNDO

Em um levantamento bibliográfico preliminar para obtenção de um panorama sobre as publicações científicas em acupuntura pelo mundo na base de dados PUBMED (2015), referência mundial para publicações científicas em saúde, foi utilizada a chave de busca “*Acupuncture Therapy*” OR “*Acupuncture*”, com o auxílio do buscador de descritores MeSH *terms* (2015). Esta busca revelou o registro total de 21.454 estudos, datados de 1946 até 2015. Considerando o tipo de estudo, a maioria são ensaios clínicos (3.725), seguidos de revisões de literatura (2.660) e revisões sistemáticas (1.393).

Já em uma consulta ao Bireme – BVS, a principal base de dados em saúde da América latina, utilizando o descritor exato para acupuntura em inglês “*acupuncture*”, fornecido pelo DECS (2015), são revelados cerca de 27.167 artigos já publicados. O tipo de estudo de maior número são os ensaios clínicos controlados (6.109). Por assunto principal, os mais publicados são os de “*terapia por acupuntura*” (12.569), tendo a maioria deles formato de artigo (20.214) (BVS, 2015).

As teses e dissertações até hoje produzidas no Brasil, registradas pela CAPES (2015), constituem o total de 69 trabalhos com o descritor “*acupuntura*”. Deste total, 5 estão dentro da área do conhecimento da Saúde Coletiva. Um total de 40 trabalhos busca avaliar os efeitos, usos e eficácia da acupuntura, tanto em seres humanos quanto em animais. Apenas 4 deles são provenientes das ciências humanas e sociais (2 da educação e 2 da sociologia). Nesta busca, também são poucos os trabalhos que abordaram diretamente a questão da regulamentação da acupuntura no âmbito federal do Brasil, totalizando 5. Destes, podemos considerar que o pioneiro é o de Marilene Cabral do Nascimento, intitulado “*De panaceia mística a especialidade médica*”. A autora realiza uma investigação do processo de

regulamentação da acupuntura e a vinculação de suas repercussões sociais em reportagens da mídia Brasileira em diferentes conjunturas históricas durante o processo de institucionalização.

Verifica-se, portanto, que a principal tendência em publicações científicas em acupuntura, são as investigações que se dedicam a pesquisar sobre o funcionamento de processos e mecanismos neurobiológicos dos efeitos desta terapia. Neste sentido, é possível considerar a hipótese de que a comunidade científica segue esta tendência justamente objetivando a tradução do funcionamento terapêutico de caráter místico e filosófico na origem da técnica para uma linguagem e parâmetros da biomedicina ocidental.

Neste sentido e tendo em vista a visão crítica sobre a produção científica em acupuntura, Jaques (2003) aborda, em sua dissertação, o processo de “validação” clínica das teorias tradicionais chinesas, segundo os critérios da ciência ocidental. O autor traça paralelos entre as ciências médicas e a MTC, pautado tanto em teorias tradicionais chinesas quanto em analogias e possíveis bases neurofisiológicas das mesmas.

CAPÍTULO 2 –POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO

2.1 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE 1822 A 1963: DO IMPÉRIO AO DESENVOLVIMENTISMO POPULISTA

A história da implantação dos serviços de saúde pública no Brasil é relativamente nova, levando em consideração que a instituição de um sistema nacional de saúde que pretende ser gratuito e de acessibilidade de ampla cobertura a toda a população ocorreu apenas em 1988. Para que esta política pública de saúde fosse viável de ser implantada, foi necessário o desenvolvimento do “projeto” de Brasil como uma nação democrática nos contextos governamentais e econômicos, os acontecimentos que propiciaram estas mudanças datam um pouco mais de um século de existência.

2.1.1 1808 – 1929:Final do Brasil Império/Primeira República ²

Sob domínio de Portugal, o Brasil ainda tinha características de colônia extrativista. Com predomínio econômico na agroexportação de café e cana-de-açúcar, sua economia interna dependia da mão-de-obra escrava para promover um desenvolvimento progressista nas três principais cidades que foram consideradas, por muito tempo, os principais pólos econômicos, culturais e científicos brasileiros, sendo estas Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo.

De início, o acesso aos cuidados médicos como conhecemos era privilégio apenas da classe aristocrata. A chamada Medicina Erudita era exercida por físicos-cirurgiões (médicos) e boticários (farmacêuticos) para os burgueses da elite. Quanto à camada pobre da população e os escravos, estes recorriam aos cuidados e saberes das medicinas tradicionais (curandeiros, parteiras, rezadeiras, benzedeiros, aplicadores de ventosa, sangradores e barbeiros). Estes agentes da cura eram licenciados para atuar em locais específicos, por determinado tempo. Os órgãos reguladores da época consistiam na Fisicatura-Mor (cuidava do exercício da prática dos físicos-cirurgiões e boticários) e Provedoria-Mor (fiscalizava as condições de salubridade dos portos), ambos controlados pela corte portuguesa.

2 Esta narrativa foi construída com base nos escritos de Sarah Escorel e Luiz Antônio Teixeira que compõem o capítulo 10 do livro “Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil”, organizado por Lígia Giovanella (2012).

A partir de 1822, com a independência do Brasil, a nação assumia características particulares. Estava dado o primeiro passo para a institucionalização dos serviços de saúde pública, porém, estes ainda não eram acessíveis a toda a população do território, centralizados nos principais centros urbanos e capitais econômicas da época.

Foram fundadas as primeiras intuições para regular as práticas em saúde pública. Em 1831 surgiram as Sociedades Médicas e Academias Imperiais de Medicina, que passaram a expedir diplomas para médicos, farmacêuticos e parteiras, oficializando o exercício de sua profissão. A partir deste acontecimento, quem praticava outras formas de cura não-médicas e não possuíam vínculo com a Academia Imperial era denominado “charlatão”. Em 1850, as chamadas Juntas Centrais de Higiene Pública criaram a “Polícia Sanitária”, que cumpria a função de fiscalizar as condições de salubridade das habitações, portos, cemitérios, comércios, ambientes de trabalho e até mesmo da higiene pessoal.

A regulação da prática da saúde pública era exercida, em um primeiro momento, por Câmaras Municipais descentralizadas, que tinham como objetivo promover um acesso à saúde de forma mais ampla. Posteriormente, passou-se a um modelo centralizado para a normatização dos serviços em saúde. A estratégia mostrou-se ineficaz para a transferência de recursos para as províncias.

Em meados a proclamação da república brasileira, ocorreu a Reforma Sanitária de 1886, que consistiu na criação do primeiro conselho de saúde. O Conselho Superior de Saúde Pública era composto pela Inspeção Geral de Saúde, com função de cuidar da saúde da população das cidades, e pela Inspeção Geral dos Portos, que por sua vez fiscalizava as condições de salubridade dos portos.

As últimas décadas do séc. XIX foram marcadas por uma “Segunda Revolução Industrial”. Os grandes centros urbanos passaram por intensas transformações tecnológicas (energia elétrica e transportes). A produção de ciência em saúde estava pautada prioritariamente na compreensão microbiológica das doenças e agravantes em saúde. Por isto, em 1893, foi criado em São Paulo o Instituto Bacteriológico, sob a direção do médico Adolpho Lutz. Em 1900, no Rio de Janeiro, houve a criação do Instituto Soroterápico Federal, posteriormente batizado, em homenagem ao seu principal diretor, “Instituto Oswaldo Cruz”, hoje conhecido por Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

Logo após a criação do Instituto Soroterápico, em 1903, Oswaldo Cruz assume o cargo de diretor do Diretório Geral de Saúde Pública (DGSP). A partir deste acontecimento, Oswaldo promoveu campanhas sanitárias em larga escala para o combate dos vetores das doenças contagiosas causadoras das grandes epidemias que assolavam o Brasil naquela época. O sanitarista também ampliou o conceito de

imunização, elaborando a lei da vacinação obrigatória, transformando a função do uso das vacinas, de combate da doença já instalada, para uma visão da profilaxia das doenças, o que tornava o controle epidemiológico muito mais eficaz. A lei se tornou polêmica devido ao caráter obrigatório que infringia os direitos liberais da época, de livre-arbítrio e autonomia do indivíduo. Em decorrência disto, acontece a Revolta da Vacina, em 1904, marcada por intensos conflitos e rebeliões populares.

A abrangência e acesso dos serviços de saúde para a grande parcela da população brasileira era desde então limitada aos grandes centros urbanos. Euclides da Cunha, com sua obra, “Os Sertões”, sensibilizou grande parte da elite intelectual da época para valorização dos sertanejos. Expedições financiadas pelos institutos Bacteriológico e Soroterápico foram organizadas para registro e averiguação das condições de salubridade das população interioranas. Com os registros destas buscas de reconhecimento, foi possível a criação da Liga Pró-saneamento do Brasil, sob direção de Oswaldo Cruz e Belisário Penna, para a promoção de reforma de saneamento dos sertões.

Em 1919 houve a consolidação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em substituição à Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), com o pretexto de centralizar as decisões em saúde pública em um único órgão ao nível nacional. Para a divisão do trabalho, foram criadas inspetorias específicas para cada âmbito sanitário (Inspeção Alimentar; Inspeção Industrial; Profilaxia da Tuberculose), ampliando assim, a responsabilidade estatal pelos problemas nacionais de saúde do Brasil.

Até o final do Brasil república, as principais doenças infecto-contagiosas da época (varíola, peste, malária, febre amarela) e outros agravos em saúde na população (lepra, doenças mentais) eram combatidos com a vacinação e o isolamento em hospitais específicos criados para este fim.

2.1.2 1964-1990: Regime militar a redemocratização do estado ³

Esse período ocorre paralelo ao regime militar, em sua consolidação e declínio. Inicia-se com a expansão da assistência médica privatista, individual e curativa, como parte de um projeto desenvolvimentista. Durante esse período as ações coletivas são enfraquecidas, culminando em um período de crise com forte

3 As narrativas que compreendem o período de 1964 a 1990 à seguir, foram construídas com base nos escritos de Sarah Escorel que compõem o capítulo 11 do livro “Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil”, organizado por Lígia Giovanella (2012).

movimentação social e lutas por direitos. Consolidam-se os marcos legais para a garantia do direito à saúde.

Pode-se dividir o período entre o golpe militar de 1964 e a criação da Lei Orgânica de Saúde em quatro momentos distintos.

2.1.3 1964-1974: Autoritarismo e privatização – a primeira década da ditadura militar

Compreendeu os governos de Castelo Branco (1964-1967), Costa e Silva (1967-1969), Junta Militar (1969), e Médici (1969-1974). Foi instaurado o bipartidarismo, com o MDB e ARENA. Os direitos políticos e civis dos cidadãos foram progressivamente suprimidos pelos Atos Inconstitucionais (AI-1, AI-2, AI-3 e AI-4). No governo de Costa e Silva foi decretado o AI-5, atribuindo poderes absolutos ao regime e reprimindo protestos e manifestações estudantis, greves ou movimentos de esquerda, com uma violenta repressão e censura. Os próximos anos que se sucederam foram conhecidos como os “anos de chumbo”, comandado por Médici, onde ocorreram as torturas aos presos políticos.

Nesta fase houve também uma política de expansão de crédito, conhecida como “milagre econômico”, e que trouxe um grande crescimento da economia, priorizando exportações, capital estrangeiro e, conseqüentemente, um crescimento da dívida externa. Ao mesmo tempo, diminuíram os gastos com a parte social, acirrando ainda mais as disparidades entre as condições de vida em centros urbanos e na área rural do país.

No nível de políticas sociais, foram implantadas em 1967 o FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), viabilizando a existência do BNH (Banco Nacional de Habitação), o PIS (Programa de Integração Social) e o Pasep (Programa de formação de Patrimônio do Servidor Público). Em 1966, houve uma centralização administrativa e financeira na atenção à saúde, com a unificação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

O modelo de atenção à saúde era voltado exclusivamente ao contingente de trabalhadores assalariados, entretanto, aos poucos houve uma tendência de universalização da cobertura previdenciária por meio da ampliação da abrangência das ações de incorporação do seguimento de trabalhadores. Porém, apesar do modelo ser um serviço estatal, eram direcionados recursos do orçamento da união para o fortalecimento de ações no âmbito privado.

A previdência social possuía cinco características bem definidas, conforme descrições a seguir elencadas por Escorel (Apud GIOVANELLA, 2012).

A extensão da cobertura previdenciária para abranger todos os trabalhadores urbanos que estavam formalmente registrados.

O privilégio do cuidado médico com característica de prática individual, assistencialista e especializada, em detrimento das ações de saúde pública do qual possuíam caráter preventivo e seu interesse coletivo.

O Estímulo para a criação do complexo médico-industrial com elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos e tecnologia de equipamentos hospitalares, devido a modalidade de atenção à saúde do qual foi preconizada.

A padronização organizacional de uma prática médica orientada para a lucratividade no setor de saúde, devido à intervenção estatal para a regulação do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, por intermédio da previdência social.

A orientação da prática médica aos moldes capitalistas, prática que passa a adaptar os atendimentos em saúde para os termos de clientela, logo após a intervenção estatal no setor de saúde.

Em 1967 foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com intuito de resgatar a atuação do Ministério da Saúde, então restrita a campanhas de baixa eficiência. Em 1968, o Ministério da Saúde propôs a privatização dos hospitais através do Plano Nacional de Saúde, o que sofreu resistências, inclusive da Previdência.

Esse período foi também marcado pela perseguição e afastamento de pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz. Em 1968, foram criados os departamentos de Medicina Preventiva (DMP) em todas as faculdades de medicina, baseado no pensamento médico-social que propunha uma transformação do sistema de saúde vigente. Inspirados pelo modelo preventivista dos EUA e estimulados pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), foram criados os programas de medicina comunitária com experiências alternativas, em diferentes partes do Brasil (Projeto Murialdo, RS/ Projeto Montes Claros, MG).

Em meados da década de 70, estavam estruturadas três correntes de pensamento, que podem ser divididas a partir da conceituação do social em saúde: Preventivismo – conjunto de atributos pessoais, como educação, renda, salário, entre outros; Racionalizador – coletivo de indivíduos; Médico-social – campo estruturado de práticas sociais, que diferia das outras duas vertentes por considerar o social como determinante das condições de saúde.

2.1.4 1974-1979: Distensão do regime autoritário e articulação do movimento sanitário

O governo Geisel anuncia a “distensão lenta, gradual e segura” do regime militar, que na verdade buscava manter a estrutura social de exclusão dos setores populares imposta durante os anos de ditadura. A oposição apresentava propostas à reforma da Lei de Segurança Nacional. Com a derrota da Arena para o MDB, em 1977, o governo decretou Emendas Constitucionais de nome “Pacote de abril” e “Senadores Biônicos”, para garantir o poder legislativo do país. Foi um período contraditório, pois de um lado começava a abertura política e de outro havia uma violenta repressão aos movimentos sociais.

Com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, foram abertos espaços para a inclusão no corpo técnico do governo de profissionais de oposição ao regime militar. Merece destaque, para os setores de saúde, o Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA), junto à Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde OPAS (PPREPS/OPAS).

O Ministério da Previdência e Assistência Social possuía, em 1974, o segundo maior orçamento da União, mas direcionava estes recursos majoritariamente para ações do interesse privado. Havia integrantes do ministério que não compartilhavam desse ideal e iniciaram um pequeno movimento interno que defendia o fortalecimento do setor público, passando a ser conhecidos como os “publicistas”.

Um dos resultados deste movimento foi o convênio entre a Previdência Social e o Ministério da Educação (convênio MEC/MPAS). Outras reformas ocorridas neste período foram a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), a criação da empresa de processamento de dados da previdência social (Dataprev) e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), subordinado ao MPAS. Em dezembro de 1974, o CDS regulamenta as aplicações do FAS segundo as diretrizes estabelecidas pelo II PND e encerra o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado. A Dataprev, por sua vez, acaba por evidenciar claramente os mecanismos de fraudes utilizados até então, uma vez que, grande parte das contas hospitalares foram recusadas.

Foram realizadas ainda a 5ª e a 6ª edição das Conferências Nacionais de Saúde. O tema central da 5ª CNS foi o Sistema Nacional de Saúde e tinha como objetivo a elaboração de uma política nacional de saúde para ser submetida ao CDS. O movimento Sanitário, que defende a forma estatal na operacionalização das políticas sociais voltadas para os interesses sociais, vinha se fortalecendo, em especial em três principais vertentes.

O Movimento Estudantil e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): difundiram a teoria da medicina social, que idealizava a democratização do país e do setor de saúde, sendo contrário à privatização da saúde. A Cebes, que tinha fortes influências da reforma sanitária italiana, criou a revista “Saúde em Debate”, responsável pioneira pela divulgação do pensamento sanitarista, com o lema “saúde e democracia”.

Os movimentos de médicos residentes e de renovação médica: onde foram criados os sindicatos pelos médicos que seguiam a ideologia trabalhista em oposição à ideologia liberal, apoiada pelo CFM (Conselho Federal de Medicina) e AMB (Associação Médica Brasileira). Em 1981, ocorreu a greve geral dos médicos por melhores condições de trabalho e remuneração.

Os profissionais das áreas de docência e pesquisa: a academia foi a base desta vertente; onde foi construído o marco referencial e teórico do movimento sanitarista. Foi um período de grande produção intelectual e atuação política nas pesquisas, cursos de pós-graduação e articulações com movimentos sociais.

2.1.5 1979 – 1984: O fim do regime militar e a crise da previdência social

O então chefe do Serviço Nacional de Inteligência (SNI), General Figueiredo, assume a Presidência da República em 1979, comprometendo-se com a continuidade da política de seu antecessor para a democratização do país. O governo de Figueiredo foi marcado por uma grave crise econômica que assolou o Brasil e o mundo, com altas taxas de juros internacionais, altos índices recessivos e inflacionários e dívida externa brasileira crescente.

A crise política foi instaurada pelo esgotamento das alianças que sustentavam este regime burocrático e autoritário, ao mesmo tempo com as pressões das reivindicações dos movimentos populares, sindicais e de entidades da oposição ao sistema liberal. Ao final do governo de Figueiredo, eclodiram as maiores manifestações populares em massa da história do país através do movimento “Diretas Já”, do qual exigia as eleições livres e diretas para a presidência da república.

O movimento sanitário faz parte da cena com outros movimentos sociais, como o movimento de aposentados, o movimento popular clamando por comida, moradia, saneamento básico e assistência médica. Atores deste movimento influenciam políticas de saúde, inclusive na elaboração do Prev-saude (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), que adotam orientações da 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980). Esta conferência foi influenciada pela diretoria

estratégica da Organização Mundial de Saúde na conferência de Alma-Ata “Saúde para todos no ano 2000”, e propõe acesso universal a todos os níveis da assistência, e financiamento da rede básica através de estados e municípios. O Prev-saúde enfrentou resistências e foi engavetado em 1981.

Em 1981 deflagrou-se a crise da previdência que para alguns estava atrelada à diminuição das receitas, devido ao desemprego e a outros fatores, como a assistência médica previdenciária e a falta de controle nos gastos.

O Conasp, órgão do MPAS, era presidido por Aloysio Salles e mais 14 membros escolhidos pelo Presidente da República e nele estavam representadas quatro tendências principais no que diz respeito às concepções do sistema de saúde e suas estratégias organizativas: Conservadora privatista – defendia a manutenção do modelo assistencial vigente, ampliando recursos e melhorando a fiscalização; Modernizante privatista – defendia a organização do sistema nacional de saúde com base na medicina de grupo e pagamento direto aos usuários; Estatizante – defendia a responsabilidade do estado pela execução dos serviços de saúde; Liberal – defendia a primazia do setor público e o controle do setor privado, buscando formas harmoniosas de convívio entre os dois setores.

Com o Programa de Ações Integradas à Saúde (PAIS), inicia-se o processo de universalização da assistência médica, uma vez que as prefeituras começam a receber por produção, oferecendo atendimento a toda a população, independente da existência de vínculo previdenciário.

Em 1984 a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) resolve transformar o PAIS em AIS (Ações Integradas em Saúde) e adota esta estratégia federal para o reordenamento da política nacional de saúde. Após a AIS, as realizações isoladas entre cada um dos ministérios deixa de ser narrada na história da saúde e ocorre o centramento para a implementação de propostas com articulação interinstitucional e em estratégias para unificação do sistema de saúde.

2.1.6 1985 – 1990: Transição democrática e constituição do SUS

Nos primeiros meses do governo Sarney foi encerrado o longo período de censura à imprensa. Em 1985, foram eleitos os primeiros prefeitos das capitais. Neste mesmo ano, com a nomeação de representantes do movimento sanitário para cargos de direção do Ministério da Saúde, foram repensados os caminhos da saúde no Brasil.

Em meio à polêmica sobre a ideia de incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, fora convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde fora aprovada a unificação do sistema de saúde, definindo

saúde com um conceito mais ampliado e como direito de todos e dever do Estado. As bases financeiras e as instâncias de participação popular também foram elaboradas. Consolidava-se assim, em realidade, o ideário do movimento sanitário, agora acrescido da força e opiniões do Movimento Popular de Saúde e dos secretários municipais de saúde, futuros membros do Conasems.

A partir desta conferência modificaram-se as bases e a representação das Conferências Nacionais num modelo que perdura até hoje. Nos meses e anos seguintes foram discutidos nas conferências locais temas como saúde da mulher, da criança, dos índios, do trabalhador, recursos humanos e grande endemias.

Em 1987 foi criado o SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), que se diferenciava do atual SUS, principalmente, por fazer os repasses do governo Federal para os Estados, que repassavam então aos municípios, ou seja, centralizava os recursos, em nível federal.

A partir ainda da 8ª Conferência Nacional em Saúde, desdobraram-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária e a Plenária Nacional de Saúde. O primeiro grupo, composto por governo e sociedade civil, foi responsável por desenhar a proposta constitucional do capítulo da saúde. O segundo grupo, com membros dos partidos políticos, representantes da Central Única dos Trabalhadores, membros da UNE, do Cebes, Conass e Conasems, entre outros, apresentou a proposta de emenda popular.

Uma comissão presidida pelo jurista Afonso Arinos elaborou o anteprojeto da nova Constituição. O documento foi aprovado pela câmara em 1988, um ano antes das primeiras eleições diretas para presidente do país. Pelo documento, a saúde passou a fazer parte da seguridade social (art. 194). No artigo 196 se estabelecia a saúde como direito de todos e dever do estado. Assim, criava-se o SUS, com os princípios de descentralização, integralidade e participação social (art. 198). Mais tarde, a Plenária Nacional da Saúde conduziu os debates da Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1990 estabelecia-se o aparato legal do SUS.

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: FORMAÇÃO E CONJUNTURA ATUAL

O Sistema Único de Saúde, concebido como modelo assistencial de saúde oficial do Brasil, é fruto de um acontecimento relativamente recente, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, iniciada em meados de 1980. Nesta conjuntura houve uma mudança paradigmática e ideológica iniciada pelo movimento intelectual

estudantil dos sanitaristas brasileiros. O movimento protagonizou debates e questionamentos para a formulação de novas ideias e modos de pensar a saúde, pois já se sabia que o panorama da saúde brasileira não era mais o mesmo de outrora (GIOVANELLA, 2008; FLEURY, 2009).

O movimento dos sanitaristas pretendia superar as dificuldades e limitações do sistema de saúde da época, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), que utilizava o modelo biomédico como referência única à organização dos seus serviços.

O modelo biomédico tem como característica a fragmentação de sua terapêutica por especialidades médicas e preconiza a cura de doenças em hospitais, demandando assim onerosos custos hospitalares para o atendimento de uma parcela muito reduzida da população. A reforma sanitária pretendia ampliar a concepção de saúde/doença e também o acesso ao sistema de saúde para o alcance de todos os brasileiros (CUTOLO, 2006; MITRE et al, 2012).

Marcada pelo fim da ditadura militar, a década de 80 foi cenário de lutas e conquistas pela garantia dos direitos de cidadania, democracia e livre-expressão. O início da discussão de um conceito ampliado de saúde ocorre na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS,1986), constando do relatório final as limitações e deficiências da assistência oferecida pelo sistema do INAMPS. Logo em seguida, com a promulgação da constituição de 1988, o modelo de atenção à saúde proposto pelo INAMPS se apresentava obsoleto e inadequado aos valores contidos na nova legislação, que promulgava direitos universais, na direção de um desenvolvimento igualitário a todos os brasileiros.

O SUS se consolida como sistema de saúde através do sancionamento da Lei Orgânica Nº 8.080, em 1990. Nesta legislação, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos, devendo o Estado assegurar providências para o acesso da população ao SUS e qualificar seus serviços com a participação da sociedade (ACIOLE, 2006, FERTONANI et al, 2015).

Este novo modo de se pensar saúde, proposto pela Reforma Sanitária, estava em consonância com os princípios da declaração da Alma-Ata de 1978 (CAMPOS et al, 2014; GIOVANELLA, 2008), a qual definiu diretrizes para a reorganização dos sistemas de saúde de países em desenvolvimento. O novo núcleo para a resolutividade dos problemas de saúde deveria ser a APS (atenção primária em saúde, denominada no Brasil de atenção básica). Este novo enfoque consiste em uma mudança da lógica de acesso populacional e foi adotada como uma nova estratégia para a reorganização de seus serviços.

No documento de Alma-Ata há a proposta da atuação dos praticantes tradicionais e suas medicinas, em conjunto com as equipes de saúde primária, afim de atender as necessidades expressas das comunidades (ALMA-ATA, 1978).

Com a APS, os serviços de saúde deverão ir de encontro às coletividades de usuários através de instalações de centros de saúde primária (aqui no Brasil, conhecida como unidades básicas de saúde, UBS), não dependendo mais da demanda individual de sujeitos que procuram pontos de referência centralizados e especializados para o tratamento de suas doenças.

Com as UBS, o sistema consegue exercer uma descentralização e capilarização dos núcleos de saúde, com um alcance muito maior de suas atividades. Estes dispositivos possuem característica mutável, adaptando seu planejamento de ações e o tamanho da oferta e tipos de serviços de saúde conforme a necessidade local dos residentes de seu território. Para isto é realizado um diagnóstico local, a partir dos levantamentos epidemiológicos (CAMPOS, 2014; MATTA & MOROSINI, 2009).

Um dos principais atores para a concretização da estratégia APS são os Agentes Comunitários de Saúde – ACS (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009), cuja função principal é a investigação do território e condições de saúde das populações, indo de encontro às casas das famílias do território pertencente à UBS para conhecer cada uma das pessoas. Através deste procedimento, levantam informações sobre indicadores para consolidação de um planejamento específico em saúde daquela população. A experiência dos “médicos dos pés descalços” na China, foi uma das principais inspirações para a criação da estratégia dos ACS.

No território chinês pós governo revolucionário de Mao Tsé Tung, em meados de 1950, a situação do quadro sanitário do país era devastadora. Com a população em situações de extrema pobreza e 20 milhões de seus habitantes em risco imediato de inanição, o acesso à saúde, principalmente em regiões rurais, era extremamente difícil e a cobertura que os hospitais localizada em centros urbanos não era mais eficaz. Portanto, o governo chinês precisou elaborar uma capacitação em massa de leigos para que pudessem atuar com conhecimentos básicos de medicina chinesa e fitoterapia tradicional, além de anatomia e mecanismos fisiológicos, patologia, noções básicas de saneamento, compostagem e até vacinação. A intenção era formar os médicos em três anos para o tratamento da saúde no próprio domicílio da pessoa enferma, com uma abordagem integral, percorrendo assim grandes distâncias para o acesso de cada paciente à saúde primária (TAYLOR, 2005).

Além de Alma-Ata, outro documento fundamental para a consolidação do conceito ampliado em saúde no Brasil é a Carta de Ottawa (1986), elaborada durante a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que teve como intuito reunir os países industrializados para a discussão de suas necessidades em saúde. O tema norteador do evento era o “Saúde para Todos no ano 2000”, uma meta que se pretendia atingir a nível internacional, com o cumprimento dos compromissos contidos na carta.

A conferência tem como conclusões o desenvolvimento de dois novos conceitos para o campo da saúde: O primeiro deles era o conceito ampliado de saúde, que significava “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” dos indivíduos e grupos; O segundo era a Promoção da Saúde:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global ” (OTTAWA, 1986, p.1).

O Ministério da Saúde, para corroborar com estas lógicas de potencial inovador no campo da saúde, elabora novas políticas públicas em saúde para a aplicação destes conceitos orientadores e assim contribuir para conformação dos serviços em saúde do SUS.

É criada a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 (BRASIL, 2004), com o intuito de colocar em prática os princípios norteadores do SUS e assim promover mudanças na organização das três esferas de gestão federal dos serviços de saúde.

Na ótica da política, a humanização é o respeito das diferenças individuais de cada um e que deve ser levada como eixo norteador para a produção das práticas de cuidado e no processo de trabalho. Os princípios norteadores para a PNH são: indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, transversalidade e corresponsabilidade na autonomia coletiva e dos sujeitos.

Em 2006, através da Portaria nº 648/GM é aprovada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com o fim do estabelecimento de diretrizes e normas para a implementação e organização da Atenção

Básica (AB), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL,2006b).

Para o desenvolvimento do PNAB, foi necessário o trabalho conjunto de diversos protagonistas do movimento sanitário que idealizaram e construíram a ideia do SUS. Desta maneira, seu processo de criação foi fruto da união de pessoas pertencentes à gestão em saúde, intelectuais sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais e usuários.

A Atenção Básica (AB) é considerada como o primeiro eixo para a conformação do sistema de saúde Brasileiro, onde, através do contato com o usuário, através da capilarização e descentralização do sistema, se dá o planejamento dos serviços de saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS devem nortear a aplicação dos cuidados em saúde de forma humanizada.

Estes cuidados em saúde são caracterizados como ações individuais e coletivas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças, reabilitação e manutenção da saúde. A Saúde da Família das populações, é a estratégia adotada pela PNAB para a expansão da cobertura da AB nos territórios.

Também em 2006, ocorre a publicação da Política Nacional da Promoção à Saúde (PNPS) através da Portaria nº 678, orientada com os demais eixos das políticas anteriores. A aplicação dos princípios da promoção da saúde ao processo de trabalho no SUS é o seu principal objetivo.

A promoção da saúde (BRASIL, 2006c) se tornou uma estratégia para promover mudanças no trabalho em saúde e, para promover saúde, é necessário um modo próprio para o planejamento, ação, organização, análise e avaliação. Promover saúde se dá através da aplicação de meios que visem a qualidade de vida dos sujeitos e coletividades, com a observação de fatores e determinantes destes grupos.

A qualidade de vida é o somatório de características que compõem e determinam a vida do ser humano como: estilo de vida, alimentação, transporte, ambiente, educação, cultura, acesso a bens e serviços, habitação e condições de trabalho. Atuar com qualidade de vida, implica atuar de forma ampliada com a saúde dos indivíduos e não mais na cura das doenças e alívio dos sintomas, mas sim, na observação de todos estes componentes para se alcançar uma vida saudável e bem-estar (OTTAWA, 1986).

É a partir desta nova estratégia de implantação de serviços de saúde que é possível traçar relações mais coerentes com conceitos mais ampliados e integrados de saúde oferecidos pelas PIC, como promoção

de saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida (DA SILVA, 2008; RODRIGUES,2011; TESSER, 2009).

2.3 A PRÁTICA DA ACUPUNTURA NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (BRASIL, 2006a) hoje assegura e permite a prática das PIC no âmbito do SUS. Nesta política, a medicina chinesa é vista como uma das cinco práticas integrativas e complementares que podem ser oferecidas pelo SUS, sendo elas a Medicina Chinesa, Fitoterapia, Medicina Antroposófica, Homeopatia e o Termalismo Social.

De acordo com a política, a atuação com estas Racionalidades Médicas no SUS, envolve a utilização de recursos e abordagens completamente distintas do modelo biomédico. Entre estas está o estímulo através de tecnologias leves de cuidado, para que seja possível ao organismo reestabelecer sozinho sua saúde. Sob a ótica ampliada dos processos de saúde e doença, o cuidado em saúde pelas medicinas vitalistas implica o estabelecimento de vínculo através do processo terapêutico, o estímulo do auto-cuidado, o acolhimento através de uma escuta individualizada, buscando reequilibrar o ser humano com o seu meio ambiente e social (BRASIL,2006a).

Os principais objetivos da política (BRASIL,2006a) são descritos como: Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; Estimular as 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.

Em seu relatório de gestão mais recente de implementação da política (BRASIL,2011), representando o quadriênio 2006-2010,foi feita uma revisão sob o quadro do estabelecimento PNPIC, com dados técnicos sobre sua inserção.

Para reconhecer a existência destas prática nos serviços de saúde do Brasil e posterior formulação da política através de um grupo de trabalho, foi feito um diagnóstico prévio por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB) (BRASIL,2011).Com este objetivo, em 2004,

uma entrevista de avaliação foi disponibilizada aos serviços de saúde em 5.560 municípios brasileiros.

Destes distritos, 1.342 responderam ao questionário e em 232 constatou-se a existência de alguma prática integrativa e/ou complementar inserida no SUS, representando 26 estados e o total de 19 capitais. As Práticas Integrativas e Complementares mais frequentes foram as práticas complementares (62,9%) e a fitoterapia (50%), seguidas pela homeopatia (35,8%), acupuntura (34,9%) e medicina antroposófica (1,7%).

Com relação à existência de lei ou ato municipal normatizando as ações e serviços, apenas 6% dos estados/municípios participantes responderam positivamente. Também houve a verificação de que as ações das PIC acontecem preferencialmente na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família e, em menor ocorrência, na atenção especializada, hospitais, serviços de saúde mental e outros.

O relatório ainda apresenta um estudo detalhado sobre as regulamentações estaduais e municipais do quadriênio, dados sobre o acompanhamento e monitoramento de PIC's no SUS, cooperações nacionais e internacionais e demais dados de inserção das práticas que compõem o diagnóstico situacional do programa.

As conclusões deste relatório (BRASIL,2011) apontam que, apesar dos avanços e conquistas da política com o crescente número de experiências municipais com estas práticas, há a recomendação e deliberação de ações que favoreçam: Institucionalizar a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no MS ; Estruturar e fortalecer as PIC's no SUS em diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, com ênfase na AB; Definição de diretrizes para a capacitação de profissionais da saúde com as PIC's; Definir os instrumentos de avaliação de programas de PIC's nos âmbitos estaduais e municipais; Fundar no Brasil um centro colaborador de MT/MAC em parcial com a OPAS/OMS; Apoiar a elaboração de PL's para a criação do marco legal das PIC's.

Sousa et al (2012), em uma avaliação mais recente, realizaram um estudo no qual buscaram conferir a produção ambulatorial em PIC's nos municípios de Campinas, Florianópolis e Recife, no período de 2000 a 2011. Nestes distritos, especificamente, já ocorriam experiências de implementação de PIC's em seus serviços de saúde na atenção primária, antes da criação da política e por isso apresentaram dados mais consistentes sobre o tema. É preciso considerar que, a partir de 2008, o número de municípios que registravam algum tipo de prática chegava a mais de 800.

Foi uma pesquisa de natureza exploratória e que quantificou os dados obtidos através do Sistema de Informações do SUS – DATASUS.

Duas bases de dados foram necessárias, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

Ao que é mais pertinente à dissertação, utilizaram as seguintes variáveis para busca de dados por: ocupação, estabelecimentos SUS / não-SUS e também de número total de consultas e procedimentos por taxa de 10.000 habitantes, descritos nas TABELAS 1 e 2 abaixo.

TABELA 1 - Número de profissionais em práticas integrativas e complementares inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por tipo de ocupação e atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2007/2011

Ocupação	2007			2011		
	SUS	Não SUS	Total	SUS	Não SUS	Total
Acupunturista/Terapeuta natural	118	212	330	*	*	*
Fisioterapeuta acupunturista	*	*	*	247	302	549
Fisioterapeuta quiropraxista	*	*	*	1	12	13
Médico acupunturista	474	693	1.167	551	1.144	1.695
Médico homeopata	560	870	1.430	580	1.093	1.673
Técnico em acupuntura	*	*	*	88	254	342
Terapeuta holístico	*	*	*	11	26	37
Terapeuta em quiropraxia	*	*	*	15	44	59
Total	1.152	1.775	2.927	1.493	2.875	4.368

Elaboração própria com base no CNES, Ministério da Saúde (situação da base de dados em 10/Mai/2012).
* Não houve o registro de profissionais no período.

Fonte: Adaptado de (SOUSA et al,2012)

Os resultados obtidos revelaram que a acupuntura e a homeopatia constituem-se como oferta predominantemente no âmbito privado. No SUS, por outro lado, os procedimentos em acupuntura se expandiram somente após a permissão do seu exercício por fisioterapeutas, enfermeiros e outros profissionais da saúde. A homeopatia seguiu com uma oferta baixa.

O número de profissionais responsáveis pelas PIC's cadastrados no CNES é de fato menor que o da oferta destes serviços, exceto a homeopatia. Isto pode sugerir que há um número maior de profissionais que atuam com estas práticas, mas sem o devido registro no sistema de informações do SUS.

Mostraram-se inconsistentes os dados de cadastramento no CNES (número de profissionais e número de serviços). Isso evidencia que o banco de dados necessita de aprimoramento.

TABELA 2 - Número de consultas e procedimentos (por 10 mil habitantes)* em práticas integrativas e complementares. Brasil, 2006-2011

Procedimentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consulta (homeopatia)	17	17	16	17	16	15
Consulta (acupuntura)	17	21	21	19	19	18
Sessão de acupuntura agulha	**	5	11	35	19	56
Sessão de eletroestimulação	**	1	1	2	4	5
Sessão de acupuntura ventosa	**	1	2	1	2	4
Práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa	**	1	6	13	8	8
Total	34	46	57	87	68	106

Elaboração própria com base no CNES, Ministério da Saúde (situação da base de dados em 10/Mai/2012).

* Estimativa da população brasileira realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

** Não houve o registro de profissionais no período.

Fonte: Adaptado de (SOUSA et al,2012).

A formação de recursos humanos em PIC's no Brasil é bastante difusa, porém a natureza das instituições de ensino é predominantemente da esfera privada, principalmente as especializações em acupuntura. Mas também se observa a disponibilidade, nos municípios estudados, de algumas disciplinas eletivas, residência e especialização nos cursos de medicina das universidades federais (SOUSA et al,2012).

Tesser (2009) acrescenta que atualmente um dos grandes problemas para a legitimação das PIC como conjunto de serviços do SUS, é justo a escassez de instituições e atores formadores em PIC, que sejam convergentes com os ideais da reforma sanitária. Consequentemente, as práticas complementares e racionalidades

médicas não alcançam representatividade suficiente para serem valorizadas e reconhecidas.

Dois anos passados da publicação da PNPIC, conforme descrevem Simoni e outros (2008), foi feito um inquérito pelo MS para buscar compreender algo sobre a oferta e a institucionalização de PIC's dos 4.051 municípios brasileiros. Sobre a acupuntura, se verificou a prática em 203 (5%) municípios; deste total, apenas 80% disponibilizam insumos de agulhas descartáveis.

As conclusões do inquérito ressaltam que embora a acupuntura já existisse nos serviços antes da elaboração da política, a sua implementação ocorre de forma bastante desigual, sem continuidade, com subnotificações de seu uso e fornecimento insuficiente ou inadequado de insumos. Estas características tornam moroso o acompanhamento de suas ações para uma avaliação mas precisa (SIMONI et al, 2008)

Sob um olhar mais atento, um paradoxo surge na conformação da oferta de serviços da acupuntura na política das PIC: a grande maioria dos praticantes contratados são médicos, enquanto estes profissionais são minoria, quando comparados ao total de acupunturistas não-médicos no país, como visto em um levantamento feito no PL n°480 (SENADO FEDERAL, 2003) e base de dados CNESNET (2014)⁴. Ou seja, vemos uma predominância de médicos acupunturistas no SUS enquanto os não-médicos atuam em outras esferas dos serviços em saúde. Há de se constatar que a oferta de concursos públicos para acupunturistas seja muito maior para médicos do que para outros profissionais.

Considerando que o número de médicos disponíveis para a prestação de serviços públicos ainda é insuficiente para atendimento das necessidades básicas da população, segundo relatório elaborado por pesquisadores da USP (MARTINS; SILVEIRA; SILVESTRE, 2013), porque a oferta de cargos para esta especialidade é muito maior para os médicos em relação a outros profissionais que poderiam ser contratados sob mesma função? Ou melhor, porque não há a ampliação da oferta de contratação para outras profissões da saúde⁵? Como observado abaixo, a portaria n° 84/2009 (BRASIL, 2009) representa um “gargalo

4 Até Fev/ 2016, em números absolutos, o total de acupunturistas por CBO é de 1.917 médicos, 772 fisioterapeutas e 74 psicólogos, considerando que, no caso dos fisioterapeutas e psicólogos, só começaram a ser contratados com o CBO de acupunturista a partir de 2009, nesta data já havia 1.410 médicos contratados desta forma.

5 Segundo a Portaria n° 84 de 25 março de 2009, estão cadastrados apenas 6 CBO's no SCNES para atuar com o procedimento de “134” (SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS / 001 ACUPUNTURA), em sequência e respectivos grupos: 1) 2231-01 médico acupunturista; 2) 2235-05 enfermeiro; 3) 2212-05 biomédico ; 4) 2236-50 fisioterapeuta acupunturista; 5) 2515-10 psicólogo clínico – psicólogo acupunturista e 6) 2234-05 farmacêutico.

profissional” para a aplicação da acupuntura no SUS, pois autoriza o procedimento a apenas 6 categorias de CBO’s.

Em conformidade com os princípios e diretrizes, estabelecidos pela PNPIC, há o que considerar sobre a necessidade da atualização da Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES. Em virtude desta observação, uma nova versão atualizada desta tabela, incluindo o CBO das outras profissões da saúde, poderá promover maior equidade na oferta de recursos humanos à disposição e conformação do escopo dos serviços em medicina chinesa no SUS.

Vale ressaltar que a portaria nº 971 (BRASIL, 2006), aquela que instituiu a PNPIC, estabelece como requisito para exercer a acupuntura a exigência de que o profissional seja portador de título de especialização na área.

A constatação destes fatos evidencia uma limitação para a ampliação dos serviços prestados em medicina chinesa no SUS. Este “gargalo”, ocasionado pela falta de oferta de outros profissionais acupunturistas, restringe o acesso a esta modalidade de cuidado à população, centralizando os atendimentos na figura do médico.

No entanto, entre as práticas e tratamentos ditos alternativos ao modelo convencional, a acupuntura tem se destacado e possui larga popularidade devido à sua grande eficácia em tratamentos sintomatológicos para dor e representando um número considerável na produção Ambulatorial do SUS⁶ (SIA, 2015).

Um outro estudo, que investigou a tendência temporal dos atendimentos em acupuntura no SUS, fez uma regressão linear do período de 1999 a 2007, revelando uma taxa de procedimentos realizados com tendência ascendente (SANTOS et al, 2009). O estudo evidencia também que neste período, a maior predominância de profissionais acupunturistas presentes nos serviços de 112 municípios pelo SUS ainda é de médicos. A regressão linear de tendência ascendente sugere que a acupuntura ainda está em fase de implementação nos serviços, mas que possui crescimento considerável nos últimos anos. Isto sugere a ampliação da oferta da acupuntura através da criação de novos NASF’s, para que outros “tipos” de acupunturistas possam atuar na esfera dos serviços públicos de saúde.

No cenário estadual de Santa Catarina (BRASIL, 2011), há normas específicas que regulamentam as PIC’s, sendo as duas principais relativas ao município de Florianópolis: A Instrução Normativa/SMS nº

6 Consulta de produção Ambulatorial do SUS – todas as regiões do Brasil – por local de atendimento - período: Jan/2008-Mar/2015; Total de sessões de acupuntura com inserção de agulhas, n = 2.491.562 / Total de sessões de acupuntura aplicação de ventosas / moxa, n = 517.647.

4, de 12 de novembro de 2010, que estabelece normas gerais para a inserção das PICs na rede municipal de saúde de Florianópolis; Portaria nº 047/SMS, de 12 de novembro de 2010, que delibera a Implantação de normas gerais para o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis, em consonância com as diretrizes da PNPIC.

No cenário municipal de Florianópolis, consta no portal de notícias oficial do DAB (2015), que a cidade é citada como uma das cidades que mais investe em PIC, tendo mais de 90 equipes que utilizam alguma das práticas, sendo uma delas a medicina chinesa. Este dado é relevante, já que segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a cidade possui 100% da cobertura da estratégia de saúde da família.

As legislações específicas que regulam as práticas no âmbito florianopolitano são: Portaria GAB/SSNº 010/2010, que nomeia comissão para implementação das PICs no município de Florianópolis, com enfoque de PICs na Atenção Primária em Saúde; Portaria 047/2010, que delibera a institucionalização das PICs em Florianópolis; Instrução Normativa 004/2010 que estabelece normas gerais para o desenvolvimento das ações de PICs, além de ordenar um plano de implantação para tais práticas e deliberar a criação de oficinas de sensibilização nas unidades de saúde, a partir de 2011.

Portanto, tanto a oferta de cuidados em saúde com as PIC no rol de serviços, quanto a implementação da PNPIC, ainda se constitui como potencial desafio para a gestão de serviços no SUS.

Levando em conta a reflexão oferecida por uma pesquisa sobre a aplicabilidade das PIC em instituições hospitalares do Rio de Janeiro (MELO, 2013), apesar do seguimento das ideias da reforma sanitária, as raízes da tradição biomédica ocidental ainda exercem principal influência nas atitudes tomadas pelos trabalhadores da saúde e no tipo de demanda requisitada pelos usuários. Esta predominância, no que tange à implantação de outras modalidades de práticas médicas, consiste em um potencial desafio para a educação dos profissionais da saúde e educação em saúde da população.

Massiere (2011) ressalta que a acupuntura é a Prática Integrativa e Complementar (PIC) mais avançada em sua consolidação no campo de trabalho no Brasil. Em sua dissertação, esta autora alega que o futuro do processo de regulamentação da acupuntura determinará e servirá de modelo para formalização de outras PIC (Fitoterapia, Homeopatia, Antroposofia e Termalismo).

2.4 REGULAMENTAÇÃO DAS PROFISSÕES E OCUPAÇÕES

2.4.1 Diferenças conceituais entre trabalho/ ocupação e profissão

Em situações corriqueiras, durante alguma breve discussão sobre termos de uso frequente como o “trabalho” e a “profissão”, é comum observar a apropriação indevida dos significados que estas palavras produzem, surgindo assim, definições equivocadas que se mesclam e confundem-se quando é necessária uma conceituação mais precisa sobre estas palavras. No campo da etimologia é possível se debruçar com profundidade para a obtenção de uma definição clara sobre elas.

Seu conceito mais amplo e aceito hoje em dia, segundo Abbagnano (2012), é de que o trabalho é a atividade da qual o homem se utiliza dos elementos da natureza para satisfazer suas necessidades ou transformar sua realidade.

Sob uma perspectiva histórica (ABBAGNANO, 2012), sabemos que a ideia de trabalho na antiguidade da maioria das civilizações ocidentais construiu-se em cima do conceito de uma tarefa indigna e punitiva, como uma espécie de prova de sofrimento para a libertação interior. Na bíblia, por exemplo, o trabalho seria a nossa “maldição divina”, decorrente do pecado original. Sendo assim, o trabalho como meio de purificação existencial da nossa condição humana, se contrapõe ao ócio e à contemplação, fortemente condenados e considerados indignos.

Sobre a origem desta palavra, existem duas versões mais comuns: a primeira possui sua raiz no latim “*tripalium*” ou “três paus”, que era na realidade um instrumento feito de três ripas de madeira amarradas entre si, construído por camponeses para se bater o trigo recém-colhido, no sentido de “trabalhar” o trigo. Curiosamente, na Roma antiga, o *tripalium* era utilizado também como instrumento para a tortura de escravos. A segunda versão, traz que sua origem deriva do “*Labor*”, em latim, cujo significado é de esforço contínuo afim da transformação da matéria para a satisfação de necessidades humanas.

Na maioria dos sistemas feudais da Europa, o trabalho foi utilizado como mecanismo de controle pela nobreza sobre as populações de camponeses e vassalos do campo. Havia, primeiramente, distinções entre “servos” (que trabalhavam em troca de terra) e “trabalhadores” (homens livres, que produziam serviços específicos). No caso destes trabalhadores, cada tipo de trabalho exercido era registrado como um “ofício” diferente. Assim, a pessoa registrada sob aquele ofício era proibida de trocar de ofício ou receber mais dinheiro além do que aquele

pré-determinado pelas leis, garantindo assim sua imobilidade social perpétua (CASTEL,2008).

Segundo Castel (2008) a relação social com o trabalho começou a mudar a partir do processo de adoção da condição proletária e remuneração salarial dos operários. Durante a revolução industrial do séc XVIII, na Europa, trabalhar ganhava um sentido de pertencimento à sociedade.

No entanto, é de comum acordo entre a maioria dos autores contemporâneos em ciências sociais de significativa relevância para a transformação da ideia de trabalho, como Durkheim, Weber e Marx, que o trabalho é uma forma de aproximação do homem com a natureza e transmutação de sua realidade. O trabalho, portanto, seria a ideia mais básica que temos sobre as atividades que exercemos para interagir e contribuir com a sociedade, seja através do esforço físico ou intelectual (ABBAGNANO,2012).

Em Franzoi (2009),a “ocupação” é um conceito que surgiu prioritariamente para estabelecer critérios para diferenciação dos tipos de trabalho. A “ocupação” refere-se ao lugar que determinado indivíduo ocupa, segundo a classificação de sua dimensão social ou técnica. A ocupação portanto, refere-se a um sistema de categorias hierarquizante, de acordo com a atividade exercida pela pessoa. O sistema de classificação das ocupações surgiu inicialmente com o intuito de limitar a mobilidade profissional e geográfica dos trabalhadores braçais na Inglaterra, durante o séc XIV. A entidade reguladora principal deste sistema eram denominadas “corporação de ofício”.

Ocupação representa uma forma de divisão e classificação da força de trabalho nas palavras de Hughes (1994). Esta forma obedece geralmente a critérios padronizados e discriminatórios para descrever as funções das atividades de determinado trabalho. Assim, as atividades laborais podem ser agrupadas de acordo com a afinidade de suas competências técnicas.

Assim, os indivíduos se reconhecem ou são reconhecidos de acordo com o tipo de atividade desempenhada. As atividades de mesmo tipo são organizadas de forma a pertencerem ao grupo classificatório, lembrando que, no entanto, para pertencer a este tipo de classificação, a atividade primeiramente deve ser reconhecida como “ocupação”. Só assim ela poderia ser classificada e sistematizada como tal e pertencer a alguma categoria oficializada (FRANZOI, 2009).

A classificação por ocupações no Brasil surge em forma de estratégia governamental. Santos (1979) denomina esta manobra “cidadania regulada”, cuja implantação visava privilegiar a elite brasileira pós anos 30. A lógica restritiva desta política adotada pelo estado brasileiro estava em vincular o conceito de cidadania e o acesso

ao mercado de trabalho. Desta forma, só era considerado cidadão brasileiro aquele que tivesse sua carteira de trabalho devidamente assinada, excluindo assim os brasileiros que possuíam atividades de trabalho informal do usufruto dos direitos de cidadania.

As ocupações hoje no Brasil são ordenadas segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Sua primeira edição ocorre em 1982, porém, utilizando a mesma estrutura que a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO), criada originalmente em 1968. A CBO considera o termo “ocupação” como:

“Ocupação é um conceito sintético não natural, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais. O que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (autônomo, por exemplo). Ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas. O título ocupacional, em uma classificação, surge da agregação de situações similares de emprego e/ou trabalho.” (MTE, 2002).

Em contraponto, é traçado um significado diferente para o termo “profissão”, que começa a ser usado a partir do séc XI, também conhecida como “idade de ouro das corporações de ofício” na Europa.

Conforme autores das sociologia das profissões (DUBAR, 2012; FRANZOI, 2006; HUGHES, 1994 ;MACHADO *et al*; 1995), do francês para o inglês, a palavra apresenta correspondência para dois sentidos diferentes: As *professions* – profissões liberais ou também chamadas de sábias (*learned professions*), atividades que tomavam como pré-requisito a formação universitária, portanto, demandavam a atividade intelectual e perícia do indivíduo. *Professions* eram oficializadas junto às suas respectivas corporações de ofício juramentadas (com o juramento de obedecer o poder real), dando direito a estatuto e regulação legal ⁷; As *occupations* – conjunto dos empregos oficializados na linguagem administrativa estatal, toda atividade que não necessitava de aprendizado oficial em universidades, era classificada como ocupação, sendo aquelas onde “as mãos trabalhavam mais do que a cabeça”, daquelas que utilizavam essencialmente operações mecânicas de repetição. Estas atividades, por sua vez, não possuíam o juramento oficial e portanto não recebiam respaldo das corporações de ofício.

7 Existe ainda uma subclassificação que diferenciava as “profissões” das “semi-profissões”, os pontos principais da distinção entre elas eram de que estas profissões possuem corpo específico do conhecimento, mercado de trabalho inviolável e negociam com um tipo de clientela específica.

Nestas primeiras definições, as profissões que representam autoridades intelectuais de determinados campos do conhecimento, eram atividades legitimadas pelo Estado e que exigiam domínio intelectual e habilidades acadêmicas previamente apreendidas na academia. Como visto em Hughes (1994), na língua inglesa, o sentido original da palavra “profissão” significaria “o ato de professar” (substantivo “*profession*” e o verbo “*to profess*”). Uma pessoa que se torna um profissional em determinada área, portanto, “professa” que possui as habilidades necessárias para exercê-la.

Para garantir o cumprimento das atividades profissionais frente ao poder real, as corporações de ofício uniam seus membros através dos laços morais institucionais nos estatutos profissionais (DUBAR,2012).

Franzoi (2006) ressalta que, até a década de 60, a sociologia das profissões classifica os grupos profissionais como comunidades homogêneas unidas pelos mesmos valores em seus códigos de ética, protegendo os mandatos e diplomas de seus membros profissionais. Estes grupos representavam o poder hegemônico de suas profissões e este poder tinha origem no conhecimento científico absoluto que estas detinham.

Os profissionais assumem um papel de representantes oficiais do poder científico diante a sociedade. O ponto essencial de diferenciação das ocupações para as profissões é a educação formalizada e legitimada pelas associações profissionais, conforme Maria Helena Machado conceitua:

“ [...]profissão é uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo). E atividade profissional é um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionados à uma esfera ocupacional. Portanto, a autoridade profissional é centrada no profissional que detém o conhecimento especializado para o problema específico do cliente. [...] (MACHADO *et al*, 1995, p. 18).

As novas abordagens da sociologia consideram que os grupos profissionais disputam essencialmente pelo monopólio de mercado. O caráter científico que aqueles saberes monopolizados detêm não são tidos como dados, mas construídos socialmente.

Assim, com o recente desenvolvimento da “sociologia das profissões” (MACHADO *et al*, 1995), é possível o estabelecimento de novos panoramas para o aprofundamento de debates instigantes, tais como, quais são os critérios sociológicos que definem a existência de uma profissão? Quais são as diferenças entre uma “profissão” e uma

“semi-profissão”? Estaríamos em uma crescente busca pela profissionalização da sociedade? E o que acontece com a desprofissionalização das profissões corporativas, tais como a medicina, advocacia e engenharia?

Frente a estas questões, Machado *et al* (1995) esclarece que há pelo menos um consenso entre os principais teóricos deste tipo de sociologia como Moore, Larson e Freidson, que para se definir o que seria uma profissão, há pelo menos dois requisitos a ser observar em determinada atividade, a saber, se: Ela possui corpo esotérico de conhecimento, com currículo mínimo estabelecido para a sua formalização, além de tendência à especialização técnica em cada especificidade de seus saberes; Ela possui um ideal para a orientação de sua prática, serve aos interesses das coletividades e possui “praticidade social”, que seria, neste caso, a facilidade para o estabelecimento de normas de atuação profissional para a proteção do cliente leigo, como também legitimar o profissional frente a possíveis charlatões.

A partir desta formulação, é possível se definir o que seriam as semi-profissões que, neste caso, seriam aquelas que: não possuem corpo específico do conhecimento e não possuem mercado de trabalho inviolável. Partindo desta lógica, os médicos, advogados, engenheiros, clérigos e professores universitários são classificados como profissões, enquanto, partindo do exemplo da área da saúde, os farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas são considerados como semi-profissões.

A contribuição mais notável, segundo Machado *et al* (1995), para a construção de uma noção mais minuciosa sobre o que seria então o “profissionalismo” das profissões, partiu de Wilbert Moore, que contribuiu com uma abordagem teórico-metodológica para o estudo das profissões.

Ao conceituar o profissionalismo, Moore elenca alguns atributos que são características essenciais as quais toda profissão possui, estes elementos seriam: Dedicção exclusiva do profissional à ocupação, se o indivíduo pratica a atividade em tempo integral e passa a viver da remuneração proveniente desta produção; Presença de indivíduos que naquela atividade se destacam pela sua “vocação” à profissão pretendida; Adoção de um código de ética comum para a organização e formalização das normas de conduta profissional que, neste caso, irá estabelecer o controle sobre a regulamentação e funcionamento de determinada profissão. Este último atributo, para Moore seria uma questão crucial para o entendimento de como as corporações profissionais organizam seus interesses sobre questões como condições de trabalho, território profissional e identidade da categoria (MACHADO *et al*, 1995).

Ainda com relação ao profissionalismo, o sociólogo organizacional Harold Wilensky traz contribuições para a conceituação deste termo, explicando os processos de profissionalização dos recursos humanos e ocupações em geral.

Wilensky (*Apud* GRUSKY, 1970) estabelece pelo menos cinco passos para a profissionalização de alguma atividade ocupacional: Primeiro se estabelece a atividade laboral para que seja praticada em tempo integral, frente a dada necessidade social apresentada; Em segundo lugar, criam-se escolas de treinamento para a transmissão dos conhecimentos específicos da ocupação de forma sistematizada e universal; Logo após, há definição de perfis profissionais que configuram identidade ao grupo desta ocupação; Em seguinte a profissão é devidamente regulamentada, com a demarcação territorial de competências técnicas daquela atividade, assegurando assim seu monopólio de prática; Por último, há o esquadramento dos profissionais, por meio das regras e normas contidas em seu código de ética próprio, garantindo assim a legalidade da prática da profissão e diferenciação frente aos não-profissionais, ou também conhecidos como os “vigaristas” ou “charlatões”, que não estão aptos ao exercício da profissão.

Diante destes conceitos elaborados no campo de conhecimento da sociologia das profissões, se torna nítido que há uma diferenciação implícita na configuração e funcionamento das profissões para as semi-profissões, onde a legitimação desta diferenciação se torna o ponto principal para a formação do discurso profissionalizante das atividades ocupacionais.

Eliot Freidson (1978), outro sociólogo importante para a sociologia das profissões, propõe reflexões sobre as questões de autonomia profissional. Freidson afirma que, para que determinada atividade funcione de modo efetivamente autônomo, ela precisa cumprir alguns requisitos, como por exemplo: o praticante pode sozinho executar a sua atividade laboral sem precisar de ninguém; com relação ao seu cliente, o praticante deve ter a capacidade de interromper a qualquer momento sua relação contratual com ele; com relação aos honorários, o estabelecimento de um contrato financeiro e também um contrato de responsabilidades, que o praticante deverá cumprir ao longo prazo com este cliente.

Sobre as profissões da área da saúde, um dos principais objetos de estudo de Freidson é a profissão médica. Em sua análise comparativa com outras profissões não-médicas, como ao exemplo que utiliza, os paramédicos (que seriam no caso os enfermeiros), o autor traça que as principais diferenciações que os médicos têm em sua profissão, em

relação aos demais profissionais é o maior grau de autonomia, prestígio, responsabilidade e autoridade na execução de suas atividades.

No que se refere ao grau de autonomia, significa a capacidade do profissional trabalhar segundo os seus próprios critérios. Neste caso, a profissão médica conquistou sua autonomia no início do séc. XX, portanto ela possui a capacidade de avaliar e controlar todos os aspectos técnicos que fazem parte de sua prática laboral. Assim, por conseguinte, a profissão médica exerce sua autonomia plena nas atividades através das prescrições medicamentosas, estabelecimento de diagnósticos, realização de exames e tratamentos e intervenções cirúrgicas.

Portanto, pode-se concluir que a legitimação de uma profissão através das normas regulamentadoras estabelece critérios para a segurança de sua autonomia no exercício laboral. Isto é essencial, assim, para assegurar sua validação social, visto que para o indivíduo seja considerado pertencente àquela corporação profissional, deve então respeitar os códigos de ética para o considerado “correto” exercício de suas atividades.

Neste contexto, o Estado assume o papel de ator central dos processos de pactuação e regulação profissional. Esta regulação representa, por sua vez, um desafio a ser conquistado para sua oficialização e legitimação perante instituições político-jurídicas, como o Congresso nacional, no Brasil, através dos projetos de lei de regulamentação profissional. Para o cumprimento desta importante tarefa, é exigida das associações profissionais a capacidade de articulação e persuasão de seus profissionais para demonstrar sua importância perante a sociedade FRANZOI (2006).

2.4.2 Contexto histórico do trabalho no Brasil

No Brasil, o trabalho começou a ser institucionalizado a partir da criação do Estado Novo, durante o governo Vargas, na década de 40 (GOMES, 1996; LEGRAND, 2004; SCHWARTZMAN, 1982). Até então, o que havia era praticamente um estado de calamidade com relação à situação do trabalhador. Empregados trabalhavam sem qualquer registro em seus locais de trabalho, exerciam trabalho escravo em meio rural e nenhum indivíduo possuía proteção da lei ou assistência de qualquer serviço social.

A criação da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) representa um marco na história do país, por se constituir como primeiro dispositivo protetivo e regulamentador do trabalho. Antes da revolução dos anos 30, o país desconhecía a sistematização jurídica de relações entre empregados e empregadores (LEGRAND, 2004). As primeiras medidas para o trabalhador possuíam o caráter de proteção e garantia de

direitos e benefícios, como o salário mínimo, direito a férias, jornada de trabalho de 8 horas diárias e registro de carteira de trabalho.

Com a promulgação da Constituição de 1937, o aparelhamento jurídico-social do trabalho pelo Estado começa a encontrar vasão para se consolidar, criando assim o primeiro Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O objetivo da instituição é, justamente, instituir e exercer o controle destas novas políticas trabalhistas.

As primeiras leis eram organizadas em dois grandes grupos: Primeiro grupo) Leis de proteção do trabalhador: as quais estabeleciam os principais direitos laborais e também a identificação e registro profissional; Segundo grupo) Organização do trabalho: que determinava a criação do sistema previdenciário e decretava a criação da Justiça do Trabalho, com objetivo de realizar o reconhecimento dos sindicatos e associações profissionais perante aos Conselhos do Trabalho. Este é um importante passo através do qual o Estado começa a “catalogar” as diferentes categorias profissionais (SCWARTZMAN, 1982).

A Justiça do Trabalho exercia controle municipal através das Comissões Mistas de Conciliação, para a identificação destes sindicatos e associações profissionais e previa a participação popular. Estas Comissões eram compostas por uma metade de empregados e a outra de empregadores. Ou seja, os empregadores exerciam controle de seus empregados também de dentro de seus próprios sindicatos.

Importante observar que para um sindicato poder existir, ele primeiramente precisava ser reconhecido pelo Ministério do Trabalho, possuindo também limitação da criação de apenas um sindicato por profissão. Estes eram regidos por estatutos próprios, porém padronizados pelo Ministério. A legislação previa também que funcionários do Estado não poderiam se sindicalizar (SCWARTZMAN, 1982).

O sindicato nesta época adquire a figura de ser a instância de defesa dos profissionais. Sua função era de representar e corresponder aos interesses individuais e coletivos de sua respectiva classe profissional perante as autoridades administrativas e judiciárias, além de proteger seus associados em sua atividade profissional. Nota-se a criação da ideia de classe profissional nesta época, que acaba por configurar o caráter corporativo destas entidades autárquicas.

A participação “assistida” nos sindicatos pelos seus empregadores possuía um propósito bem estabelecido pelo governo Vargas. Havia a proposição de uma nova ordem no Brasil através da conceituação do “bem-estar social”. A lógica deste movimento era principalmente de extinguir a luta de classes econômicas entre os cidadãos, onde a ordem social, a paz e o trabalho deveriam favorecer o desenvolvimento do país (GOMES, 1996; SCWARTZMAN, 1982).

Um acontecimento interessante também, é a divisão do trabalho intelectual e burocrático. Dizia-se que as atividades exercidas pela classe erudita eram incompatíveis com as funções burocráticas públicas e que os eruditos deveriam ser responsáveis pela produção cultural do país, onde a arte e a ciência dividem o mesmo campo, este que se denominava “cultura erudita”. Esta classe de intelectuais também deveria assegurar os usos e costumes do povo, chamados também de “cultura popular” naquela época. Nesta visão, o que se entendia pela função que a cultura possuía, era basicamente de garantir a vitalidade do povo (GOMES, 1996).

2.4.3 Considerações gerais sobre o conceito de “regulamentação”

Partimos, então, do pressuposto de que, no nosso país, para qualquer profissão desempenhar um papel oficializado na sociedade, ela deve portanto, passar necessariamente pelo processo de regulamentação de suas atividades diante do Congresso Nacional. Sendo assim, é necessário entender o que é a própria regulação das atividades profissionais e o significado que este processo produz entre as pessoas diretamente envolvidas neste contexto.

A conceituação utilizada neste escrito é traçada em consonância com as ideias de Girardi (1999), que considera “regulação” como uma intervenção pública ou política sobre a soberania dos mercados. Calçadas em normas, regras e hábitos, as regulações impõem-se sobre as atividades socioeconômicas às quais elas pretendem atingir. Um processo de regulação compreende desde a elaboração destas normas até a sua implementação. A regulação, portanto, não visa apenas a viabilização de atividades profissionais, mas também a proteção da sociedade de possíveis efeitos negativos que as profissões, através de seus profissionais, possam por ventura exercer sobre as pessoas.

Mas o que justifica regulamentar alguma profissão? Porque regulamentá-la? Girardi e Seixas (2002) traçam os pressupostos básicos que justificam tal processo: Se a atividade profissional produz algum risco em potencial para a saúde pública, segurança, patrimônio e bem-estar dos indivíduos; Se as atividades exercidas pela profissão exigem elevado domínio técnico e científico; Se a qualidade do trabalho exercido não pode ser fácil e espontaneamente avaliada ou julgada como adequada pelo público leigo.

Neste entendimento, regulamentar uma profissão implica estabelecer critérios e normas para que ela possa ser exercida com minimização de seus riscos e efeitos potencialmente prejudiciais, visando que seja praticada com excelência técnica pelos membros da classe profissional.

Em específico, na área da saúde, as atividades que possuem esse tipo de conotação recebem o nome de “atos reservados” (GIRARDI; SEIXAS, 2002). Os atos reservados são todos os procedimentos e serviços que envolvem algum grau significativo de dano ao paciente. Eles são restritos à prática por apenas aqueles que são membros das profissões autorizadas a praticá-los. Entretanto eles não constituem monopólio ou exclusividade de uma profissão isolada.

Considerando os atos reservados, o processo de regulamentação da profissão de medicina no Brasil, ao longo de mais de 25 anos do seu início de tramitação pelo Congresso Nacional, tem gerado inúmeros impasses frente aos demais profissionais da saúde.

Guimarães e Rego (2005) realizam um dos principais estudos abordando a questão da trajetória de criação do PL do “Ato Médico”, utilizando uma análise da sociologia das profissões para explicar os embates gerados no campo da saúde pública sobre esta proposta de regulamentação das práticas dos médicos. O teor geral do projeto de lei, gira em torno da definição de atos privativos da medicina e que seriam de competência apenas do médico, os procedimentos de diagnóstico e prescrição terapêutica.

Como em outras profissões da saúde, existem tipos de diagnósticos, anamneses, prescrições ou recomendações próprias dentro das competências de cada área. Entretanto, as autarquias de defesa das profissões então consideradas não-médicas entenderam o PL como um dispositivo legal que estende a área de atuação da medicina convencional através de termos muito amplos e sem uma definição muito precisa e, desta forma, esta imprecisão poderia cercear o direito das práticas individuais de cada profissão.

Assim, as profissões não-médicas se posicionaram frontalmente contra o PL, entendendo que ele representaria um retrocesso no campo da saúde, por centralizar na mão do médico, todas as atividades de diagnóstico de enfermidades e tratamentos de saúde. O PL exclui, assim, os avanços do diálogo multidisciplinar para a resolutividade de problemas, onde os profissionais de várias áreas tomam as decisões coletivamente e juntos se responsabilizam pelo tratamento, prevenção e promoção da saúde dos pacientes (GUIMARÃES; REGO, 2005).

Guimarães e Rego (2005) entendem que estamos passando por uma época de “repartição legal” das competências de práticas profissionais no campo da saúde. Este fenômeno é resultado de uma intensa divisão do trabalho que ocorreu com o aporte plural de novas profissões, esta complexa divisão social e técnica do trabalho se dá principalmente devido ao grande aporte tecnológico.

O pano de fundo que compõe este quadro é de “ataque” entre as autarquias profissionais e as entidades que representam interesses

corporativos e financeiros. Guimarães e Rego (2005) afirmam também que a postura das organizações médicas em ignorar que outras profissões da área da saúde se estabeleceram no campo do cuidado, é uma atitude de puro *non sense* e perda de tempo.

Por outro lado, através de uma outra leitura, poderia-se dizer de que esta atitude da corporação médica em ignorar outras profissões não seria assim tão ingênua, mas sim, incorporada como uma estratégia política para representar seus interesses corporativos em uma luta por espaço, distinção, exclusividade de práticas e prestígio?

O momento requer um bom senso crítico para observar os limites das autonomias profissionais de cada um, assim como a manutenção de sua identidade, representatividade e intervenção das corporações profissionais frente ao enfrentamento das relações de trabalho e, ainda, frente aos embates com demais entidades de representatividade profissional.

2.5 UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA E DE OUTRAS MC/MAC ENTRE DIFERENTES PAÍSES

O primeiro documento organizado para o estabelecimento de diretrizes para a prática da acupuntura surge em 1999, fruto da cooperação entre a Organização Mundial da Saúde e o *World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies*. O formulador principal do “*Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture*” foi o Professor *Zhu-Fan Xie*, que é diretor honorário Instituto de Medicina Integrada do primeiro hospital da Universidade de Medicina de Beijing, China.

Este documento (OMS, 2002a) de diretrizes básicas tanto contextualiza inicialmente as características principais da prática da acupuntura pelos sistemas nacionais de saúde dos Estados-membros da OMS, quanto como se dá a regulamentação e normatização da prática quanto à supervisão, monitoramento e avaliação de seu uso nos serviços de saúde. É o primeiro documento que encoraja os Estados-embro a estabelecerem um marco regulatório para a MTC em seus sistemas de saúde.

O guia (OMS, 2002a) também estabelece os diferentes níveis de treinamento na modalidade. A diferenciação estaria na quantidade de horas-aula em teorias básicas de MTC, com aporte de conhecimentos de fisiologia e anatomia da biomedicina. Por exemplo, para se formar um médico alopata acupunturista seriam necessárias 1.500 hrs/aula, sendo que para um acupunturista não-médico é exigida uma formação de 2.500 hrs/aula (as 1.000 hrs a mais para não-médicos se justificaria pelos

conhecimentos biomédicos e prática clínica). Há também o estabelecimento de uma sugestão de currículo mínimo para a formação integral do profissional e também critérios e medidas de segurança que envolvem as situações clínicas mais comuns em consultório.

No que se refere à área de pesquisa para o desenvolvimento das MT/MAC, a OMS elabora em 2000 o “*General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*” (WHO, 2000), com a ajuda de mais de 100 especialistas em pesquisa sobre medicinas tradicionais de diferentes países. O intuito do documento é o estabelecimento de critérios em pesquisas que visam a validação das terapêuticas e, assim, promover seu uso seguro, eficaz e com qualidade. O guia de diretrizes é voltado especificamente para pesquisas quantitativas de ensaios clínicos.

Com o intuito de realizar um diagnóstico situacional do fenômeno da expansão e adesão das MT/MAC pelos sistemas de saúde pelo mundo, a OMS, durante 10 anos, preparou uma revisão do status legal das políticas públicas para medicinas tradicionais de seus 191 países-membros, culminando no documento “*Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*”(2001). O documento traz as principais informações sobre a regulação destas práticas face à experiência de cada um dos 123 países incluídos na revisão.

Este estudo revela que inúmeros fatores contribuirão à grande expansão que ocorreu no campo destas medicinas, notadamente durante as duas últimas décadas do século XX. Em algumas regiões, especialmente em países em desenvolvimento da Ásia e África, as MT/MAC constituem a forma principal de cuidado de suas populações, considerando também que o acesso ao cuidado biomédico e medicamentos é bastante irregular. Outro fator que possivelmente contribui é o fato destes cuidados serem financeiramente mais acessíveis. Entretanto é preciso considerar também um aspecto fundamental, que é o de melhor representarmos expectativas e as ideias dos pacientes com relação à sua saúde e bem-estar. O estudo também considera que as medicinas tradicionais e/ou alternativas representam um sistema de cuidado menos paternalista que a medicina alopática.

Específico para o caso da Ásia, foi realizado também o relatório “*Traditional Medicine in Asia*” (2001), onde a OMS indentificou a existência de ao menos 5 racionalidades médicas diferentes, em 10 países asiáticos. Este escrito aborda questões de políticas públicas em saúde, aspectos técnicos e legais sobre as medicinas analisadas e problematiza os conflitos de adaptação entre as medicinas tradicionais e aquela biomédica, apontando que ambas possuem esta dificuldade de coexistência em um sistema nacional de saúde. Discute também os

desafios para a padronização de insumos para a realização de estudos clínicos visando a eficácia, segurança e uso racional das ervas utilizadas nos tratamentos. O trabalho traz, ainda, um aspecto detalhado sobre as regulações de 11 regiões asiáticas distintas.

A partir deste reconhecimento e avaliação inicial pela OMS, é elaborada em 2002 uma estratégia para o cumprimento de metas na institucionalização das MT/MAC nos sistemas nacionais de saúde pelo mundo. O “*WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*” é um documento que reúne informações quantitativas sobre os diferentes contextos de inserção das MT/MAC pelos seus Estados-membros, e a partir da avaliação destas experiências, traça diretrizes que devem ser cumpridas pelos países, até o ano 2005.

As informações levantadas (OMS, 2002) apontam que o rápido desenvolvimento das medicinas tradicionais ao redor do mundo já constituem uma significativa importância nas atividades econômicas dos países onde elas atuam. Na Malásia, o gasto aproximado com este tipo de cuidado representa a faixa de US\$ 500 milhões ao ano em comparação com os US\$300 milhões com os gastos com a medicina alopática. Estabelecendo uma comparação, para o ano de 1997, o gasto anual dos países desenvolvidos com as MT/MAC alcançou a faixa de US\$2,7 trilhões nos EUA, no Canadá US\$ 2,4 trilhões, no Reino Unido US\$ 2,3 trilhões e na Austrália US\$ 80 milhões.

Com relação à predominância do uso, no continente africano, por exemplo, estima-se que 80% das populações utiliza as MT/MAC para o auxílio de suas necessidades de cuidado em saúde. Na Ásia e América Latina, os povos utilizam as medicinas tradicionais através de sua herança cultural ancestral, ao exemplo da China, onde a Medicina Popular representa em torno de 40% na composição de seu sistema nacional de saúde.

Nos países em alto desenvolvimento econômico, a popularidade das MT/MAC cresce exponencialmente. Em um levantamento feito sobre a porcentagem da população que utilizou ao menos uma vez estas medicinas ao longo da vida, encontramos as significativas taxas de 75% na França, 70% no Canadá, 48% na Austrália, 42% nos EUA e 38% na Bélgica.

Ao entendimento da estratégia (OMS, 2002), o desenvolvimento de políticas públicas para a inserção destas medicinas nos sistemas nacionais de saúde por seus Estados-membros constitui-se como a principal meta da proposta global. No entanto, verificou-se que apenas 25 países dos 191 Estados-membros elaboraram políticas deste porte. Os mecanismos regulatórios e normativos são necessários para o estabelecimento da base promotora da manutenção das boas práticas, o acesso equânime à população e o asseguramento da eficácia, segurança

e autenticidade das práticas de cuidado. As políticas asseguram, também, financiamentos para pesquisas, treinamentos e ensino com as MT/MAC.

A maioria dos países desenvolvidos está considerando questões de segurança e qualidade, treinamento padrão, licenciamento de profissionais e estabelecimento de prioridades em pesquisa como obstáculos cruciais para a implementação de políticas em consonância com o seu sistema nacional de saúde. O documento entende que a acupuntura é uma das modalidades terapêuticas da MTC, no entanto constata que a maioria dos países europeus considera tanto a MTC quanto a acupuntura enquanto Medicinas Alternativas e Complementares, visto que estas práticas não fazem parte das tradições nas conformações de seus sistemas nacionais de saúde.

Com relação à incorporação das MT/MAC aos sistemas de saúde, a OMS (2002) elabora o conceito de grau de reconhecimento dos sistemas de saúde com relação às práticas tradicionais. O objetivo é estabelecer uma diferenciação do nível de adesão a elas, no que tange do mais alto grau de reconhecimento ao menor.

Um Sistema dito “Integrativo” inclui as práticas em todos os níveis de atenção e cuidado em saúde. Isto significa que as MT/MAC são reguladas no sistema nacional de medicamentos, estão acessíveis nos níveis públicos e privados dos hospitais e clínicas, seus tratamentos são cobertos pelos seguros de saúde, há pesquisas relevantes em curso e seu ensino é amplamente disponível. Ao redor do mundo, apenas a China, Vietnã e as Coréias do sul e norte podem ser considerados países que dispõem de Sistemas que podem ser considerados Integrativos, na concepção da OMS (2002).

Um Sistema dito “Inclusivo” reconhece as MT/MAC, mas não na integridade de seus aspectos de cuidado em saúde, ensino, acesso e regulamentação. O sistema de saúde não disponibiliza estas práticas em todos os seus níveis de cuidado, os seguros de saúde podem cobrir ou não tratamentos deste porte, sua educação pode não ser disponível ao ensino superior e a regulação de fornecedores e produtos é incipiente ou parcial. São exemplos de países que atuam neste sistema, o Canadá, EUA e Reino Unido, e nos países em desenvolvimento a Guiné Equatorial, Mali e Nigéria.

Já o Sistema dito “Tolerante” é aquele inteiramente baseado em medicina alopática, sendo a prática das MT/MAC apenas permitidas mediante a legislação específica.

Com esta classificação, a OMS constrói dois quadros comparativos de exemplos de Sistemas Inclusivos e Sistemas Integrativos entre seus Estados-membros, conforme TABELA 3 e TABELA 4, a fonte utilizada para traçar estas relações foi um vasto compilado de dados governamentais da organização.

Entre as MT/MAC, a OMS destaca que a acupuntura é uma das mais populares, naquele momento sendo praticada tanto por acupunturistas quanto por médicos da medicina alopática, em pelo menos 78 países de seus Estados-membros, segundo se pode visualizar no mapa ilustrativo (FIGURA 1), dos países nos quais se verifica a prática desta medicina tradicional.

Em um levantamento do contingente total de acupunturistas pelos continentes, elaborado pela WFAS (OMS,2002) , há ao menos 50.000 profissionais que realizam a prática na Ásia. Na Europa, estima-se que há cerca de 15.000 acupunturistas, entre profissionais das MT/MAC ou da medicina alopática. Nos EUA, por exemplo, há cerca de 12.000 profissionais licenciados, atuantes em mais de 38 estados, dos quais seis estão elaborando políticas específicas para a acupuntura.

A estratégia global elenca ainda os principais desafios e metas para o seu cumprimento pelos Estados membro até o ano de 2005, descrito na TABELA 5 sucessivamente.

FIGURA 1 – Países onde se confere a prática da acupuntura por acupunturistas e médicos alopatas



Fonte: (OMS, 2002)

TABELA 3 - Exemplos de países com a abordagem integrativa para MT/MAC em seus sistemas nacionais de saúde

Ano de surgimento da Política Nacional em MT/MAC	Unidade ou departamento especializado em MT/MAC do Ministério Nacional da Saúde	Regulação de produtos herbais e indústria de produtos herbais	Recursos humanos / nº de praticantes em exercício	Prática da MT/MAC nos níveis de atenção à saúde / nº de estabelecimentos cadastrados nesta modalidade	Cobertura dos planos de saúde para tratamentos e produtos	Institutos de pesquisa em MT/MAC	Educação oficial em nível de ensino superior em MC/MAC para médicos, enfermeiros e farmacêuticos
China	1949 – Surge como política da nova constituição	Administração do estado em Medicina Tradicional e Complementar	Possui regulação - Sim Farmacopéia inclui remédios herbais e lista de ervas Fazendas herbais – 340.000 Fábricas de ervas – 600	Médicos MT – 525.000 Médicos MT/MAC – 10.000 Farmacêuticos MT – 83.000 Médicos associados MT – 72.000 Farmacêuticos MAC - 55.000	Hospitais públicos MT – 2.500 Hospitais públicos em MT/MAC – 39 Total de leitos – 35.000 Hospitais MT para minorias sociais – 127	Completa	Institutos nacionais e estaduais de pesquisa – 170 Universidades de MT – 30 Faculdades de MT para minorias sociais – 3 Escolas tecnológicas médicas em MT – 51
Coréia do Sul	1969	Bureau de Medicina Oriental	Possui regulação - Sim Farmacopéia inclui lista de plantas medicinais	Médicos orientais – 9.914 Acupunturistas – 4.500	Hospitais de medicina oriental – 107 Clínicas médicas orientais locais – 6.590	Completa	Instituto nacional de pesquisa – 1 Universidades de medicina oriental – 11
Vietnã	1955	Departamento de Medicina Tradicional	Possui regulação - Sim Farmacopéia inclui lista de remédios essenciais Fábricas estatais de ervas - 2	Médicos MT – 25.500 Acupunturistas – 20.000 Praticantes de MT – 5.000	Hospitais com departamento de MT - 48	Completa	Institutos nacionais de pesquisa – 3 Faculdades de MT em colégios médicos – 3 Escolas tecnológicas médicas em MT – 2

Fonte: Adaptado pelo autor (OMS,2002)

TABELA 4 - Exemplos de países com a abordagem inclusiva para MT/MAC em seus sistemas nacionais de saúde

	Política Nacional em MT/MAC	Unidade ou departamento especializado em MT/MAC do Ministério Nacional da Saúde	Regulação das MT ou produtos herbais ou ambos	Prática da MT/MAC nos níveis de atenção à saúde / nº de estabelecimentos cadastrados nesta modalidade	Cobertura dos planos de saúde para tratamentos e produtos	Institutos de pesquisa em MT/MAC à nível nacional ou universitário	Educação oficial em nível de ensino superior em MC/MAC para médicos, enfermeiros e farmacêuticos
Índia	Sim	Sim	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Não	Sim	Sim
Sri Lanka	Sim	Sim	Ambos	Não	Não	Não	Não
Indonésia	Sim	Sim	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Não	Sim	Não
Japão	Não	Não	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Sim	Sim, em alguns municípios	Não
Australia	Não	Sim, em alguns estados	Produtos herbais	Sim, em alguns hospitais públicos	Parcialmente	Não	Sim
Emirados Árabes Unidos	Não	Não	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Não	Sim	Não
Alemanha	Não	Não	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Parcialmente	Sim	Não
Noruega	Sim	Funcionários encarregados	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Parcialmente	Sim, em uma universidade pública	Não
Reino Unido	Sim	Não	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Parcialmente	Não	Não, em preparação
Canadá	Sim	Sim	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Parcialmente	Sim, em alguns universidades públicas	Não
EUA	Não	Não	Ambos	Sim, em alguns hospitais públicos	Parcialmente	Sim, o NCCAM e em algumas universidades públicas	Não
Gana	Sim	Sim	Ambos	Não	Não	Sim	Não
Nigéria	Sim	Sim	Ambos	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Adaptado pelo autor (OMS,2002)

O lançamento desta estratégia global, além dos estudos anteriormente realizados, permitiu à OMS identificar um quadro global e realizar um diagnóstico situacional de inserção das MT/MAC em face das especificidades e particularidades de seus países-membro.

Em 2003 (OMS, 2010), surge a Resolução WHA 56.13, elaborada em conjunto dos Estados-membros, que visa a formulação de políticas nacionais apropriadas para a implementação de regulamentações para o funcionamento adequado das medicinas tradicionais face à adequação da situação específica de cada sistema nacional de saúde.

Face à necessidade de entendimento para a regulação das MT/MAC, o governo chinês, em parceria com a OMS, promoveu, em 2007, a Conferência Internacional de Medicina Tradicional Chinesa para cooperação em Ciência e Tecnologia, ocorrida nos dias 28 e 29 de novembro, em Beijing/China (BRASIL, 2011).

Conforme o relatório de gestão 2006-2010 da PNPIC, o evento contou com presença de ministros de Estado e técnicos de diversos países, inclusive do Brasil, que abordaram e discutiram os seguintes temas: Situação atual da MTC no mundo; Desafios e direção das pesquisas em MTC; Leis, regulamentações e propriedade intelectual em MTC; Controle de qualidade de produtos da MTC; Pesquisa clínica e aplicação em MTC (incluindo diagnoses de MTC e Acupuntura); Globalização da indústria em MTC: experiência, problemas e soluções correspondentes.

Durante os debates, foram ressaltadas as contribuições dos impactos positivos da MTC para a saúde global que, na época, mostrava-se presente em ao menos 100 países. Destacou-se também a importância da integração e da harmonização das legislações da MTC com relação à medicina biomédica.

Os temas abordados e as propostas da Conferência tiveram interface com as políticas públicas em saúde do Brasil (BRASIL,2011), como a proposta de integração da MT/MCA nos sistemas nacionais de saúde e a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências das PIC's nos campos de cuidado, da educação permanente e da pesquisa em saúde, formas de validação de insumos/fórmulas da MTC, entre outros.

TABELA 5 - Categorias de desafios para a implementação das MT/MAC nos sistemas nacionais de saúde

Políticas nacionais e estrutura de marcos regulatórios	Falta de reconhecimento oficial das MT/MAC e seus provedores de cuidado
	Falta de integração das MT/MAC com os sistemas nacionais de saúde
	Falta de marcos regulatórios e mecanismos legais
	Promover distribuição equânime de benefícios das MT indígenas, tais como conhecimentos e produtos
	Alocação inadequada de recursos para a construção e desenvolvimento das MT/MAC
Segurança, eficácia e qualidade	Falta de metodologias para pesquisas
	Evidências-base inadequadas para terapias e produtos de MT/MAC
	Falta de padrões nacionais e internacionais para garantir o controle da segurança, eficácia e qualidade em terapias e produtos de MT/MAC
	Falta de regulação adequada e registro em produtos herbais
	Falta de registro dos provedores de cuidado com MT/MAC
Acesso	Suporte inadequado para pesquisa
	Falta de dados que expressam a medida dos níveis de acesso e acessibilidade
	Necessidade de identificação da efetividade e segurança das terapias e produtos
	Falta de reconhecimento oficial do papel desempenhado pelos provedores de MT/MAC
	Falta de cooperação entre os provedores de MT/MAC e profissionais da medicina alopática
Uso racional	Uso insustentável de recursos de plantas medicinais
	Falta de capacitações em MT/MAC para provedores de MT/MAC e para profissionais da alopatia
	Falta de comunicação entre provedores de MT/MAC, profissionais da alopatia e consumidores
	Falta de informação pública sobre o uso racional em MT/MAC

Fonte: Adaptado pelo autor (OMS,2002)

Especificamente para plantas medicinais e fitoterapia, destacou-se a importância do conhecimento e elaboração de técnicas de controle de qualidade dos produtos e processos da MTC, assim como a forma de validação destes produtos para a sua industrialização. Pois, tanto a MTC quanto a Medicina Tradicional/Popular e a fitoterapia ocidental, utilizam como base para seus tratamentos, produtos e fórmulas compostas que necessitam adequação ou validação de técnicas e protocolos de pesquisa para seu desenvolvimento como insumo de saúde.

Posteriormente, em novembro de 2008, a OMS promoveu o “*WHO Congress on Traditional Medicine*”, em Pequim, China, que contou com a presença de ministros de Estado e técnicos de diversos

países que debateram sobre as situações e propostas em MTC ao redor do globo (BRASIL,2011). Considerando as recomendações de Alma Ata, as recomendações da OMS, a importância da MT/MCA para a saúde das populações, deste evento resultou a “Declaração de Beijing”, onde os participantes elaboraram as seguintes sentenças:

“Declaração de Beijing

I. O conhecimento da medicina tradicional, tratamentos e práticas devem ser respeitados, preservados, e amplamente divulgados, respeitando as circunstâncias de cada país.

II. Os governos têm responsabilidade pela saúde de sua população e devem formular políticas nacionais, regulamentos e normas, como parte dos sistemas nacionais de saúde abrangentes para garantir a adequada, segura e efetiva utilização da medicina tradicional.

III. Reconhecendo os progressos realizados por muitos governos na integração da medicina tradicional aos seus sistemas nacionais de saúde, solicitamos a todos os que ainda não fizeram a tomar medidas.

IV. A medicina tradicional deve ser desenvolvida com base na investigação e

inovação, em sintonia com a "Estratégia Global e do Plano de Ação para a Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual", adotados quando da 61ª Assembléia Mundial da Saúde em 2008. Governos, organizações internacionais e outras partes interessadas devem colaborar na execução da estratégia e do plano global de ação.

V. Os governos devem estabelecer sistemas de qualificação, acreditação ou

licenciamento dos praticantes da medicina tradicional. Praticantes da medicina tradicional devem atualizar os seus conhecimentos e competências com base nos requisitos nacionais.

VI. A comunicação entre a medicina tradicional e a convencional deve ser reforçada nos programas de formação adequados e ser incentivada para profissionais de saúde, estudantes de medicina e pesquisadores relevantes” (BRASIL, 2011, p.8).

A Organização Internacional de Padronização (ISO, 2009), em parceria com a WFAS, a WFCMS e a OMS estabelecem juntas a norma ISO TC 249, para a padronização de normas de qualidade e segurança na manufatura de materiais, insumos e dispositivos eletrônicos para o cuidado em saúde.

Um dos mais recentes eventos promovidos pela OMS foi o II Workshop sobre Medicina Tradicional em Shangai, China, de 21 a 24 de junho de 2010. O evento teve como objetivo a discussão do tema “Prestação de Serviços e Avaliação em Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde” e elaboração conjunta de recomendações para a MTC no mundo. Participaram 14 países convidados pela OMS, onde se incluiu o Brasil, como único representante da América Latina. Nesta

oportunidade, o MS apresentou a PNPIC, bem como os avanços na integração dessas práticas ao SUS. A programação incluiu, ainda, visitas a centros de referência dos serviços de saúde que atuam com a MTC e Acupuntura na cidade de Shangai.

Com a conquista de muitos resultados positivos e avanços com a *WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*, a diretora geral da OMS, Margaret Chan, resolve então atualizar a estratégia em 2013 para o cumprimento de novos desafios e objetivos com as MT/MAC.

Com a criação da nova “*The WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*” (WHO, 2013) a principal meta para o cumprimento, em 9 anos de política, é ajudar os líderes nacionais dos sistemas de saúde no desenvolvimento de soluções que contribuam para uma visão ampliada sobre uma saúde aprimorada e que fomente a autonomia do paciente.

A estratégia possui dois principais objetivos-chave: Dar suporte aos Estados-membros para o aproveitamento de seus potenciais com as MT/MAC, para a contribuição do bem-estar e saúde com um cuidado centrado na pessoa; Motivar a aplicação segura e eficaz dos recursos terapêuticos destas medicinas por seus praticantes.

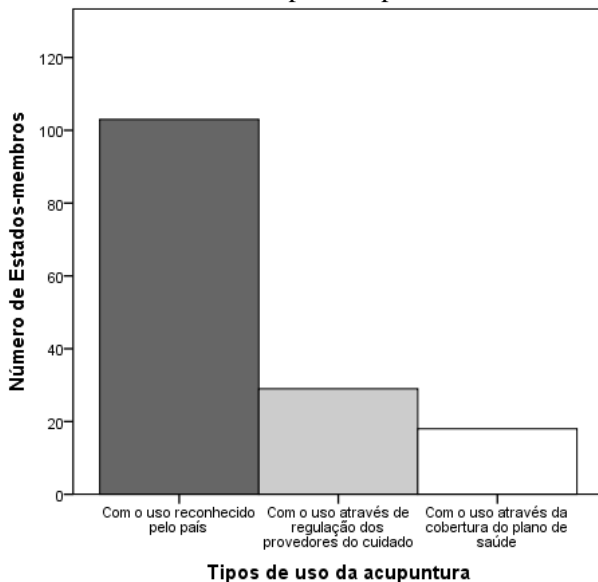
Estes objetivos, são alcançados através de três metas estratégicas: Construir um conhecimento de base para a formulação de políticas públicas; Fortalecer a segurança, eficácia e qualidade através de regulamentações específicas; Promover a cobertura universal através da integração dos serviços em medicinas tradicionais e auto-cuidado nos sistemas nacionais de saúde.

São elencados alguns motivos principais que justificam a necessidade de construção desta nova estratégia global, entre eles estão: O aperfeiçoamento da absorção das MT/MAC pelos sistemas de saúde; O crescimento da importância e participação econômica com as práticas no setor produtivo; A necessidade de um novo nível de cooperação entre os Estados-membros para providenciar insumos seguros e de qualidade para as práticas; O reconhecimento formal e regulação da educação das práticas e praticantes, que variam consideravelmente; A proteção da propriedade intelectual das comunidades tradicionais sobre seus saberes ancestrais, devido aos avanços científicos (WHO, 2013).

Em um levantamento (WHO, 2013) realizado pela comissão técnica da OMS para esta estratégia, houve a comprovação de que a prática MT/MAC que obteve maior sucesso em implementação nos sistemas de saúde pelo mundo foi a acupuntura. Conforme exposto na FIGURA 2 constatou-se de que 103 países registram a prática e possuem seu uso reconhecido em seu território, representando 80% do total de 129 Estados-membros investigados, além disto, 29 países utilizam a acupuntura através da regulação de seus provedores de

cuidado e 18 deles possuem cobertura destes serviços através dos planos de saúde. No mesmo estudo para o delineamento da estratégia, foi perguntado sobre a existência de regulações para praticantes de MC/MAC (FIGURA 3).

FIGURA 2 – O uso da acupuntura pelos Estados-membros



Fonte: Adaptado de (WHO, 2013)

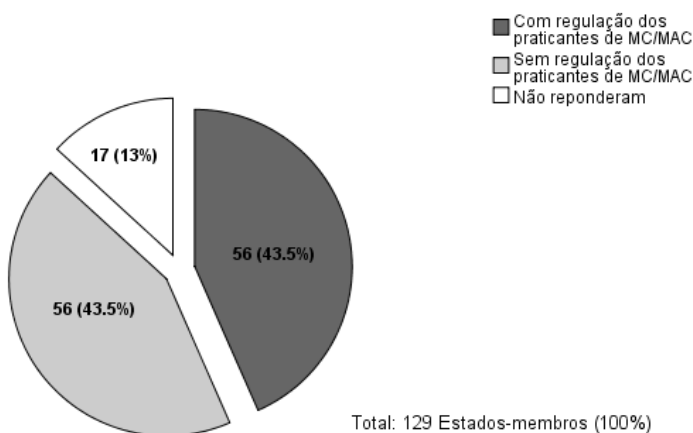
Em uma análise de produção ambulatorial, verificou-se na China, o país com uma das políticas mais avançadas em medicina tradicional, a quantidade de consultas com MT/MAC realizadas no período de 2009. As consultas chegam a um total de 907 milhões de atendimentos durante o ano, representando 18% de todas as consultas médicas e promovendo a cobertura de mais de 13,6 milhões de pacientes. Em termos gerais, este número representa 16% de todos os pacientes atendidos, em todos hospitais investigados. Em países de políticas de Sistema Inclusivo, como a Austrália, verificou-se o crescimento de 30% da procura por consultas a profissionais como acupunturistas, quiropráticos e naturopatas, no período de 1995 a 2005, com o registro de realização de 750.000 consultas em média no período de duas semanas (WHO, 2013).

A Estratégia (2013) identifica que um dos maiores desafios para os países em desenvolvimento, constitui-se na regulamentação das práticas em MC/MAC. Devido aos saberes e tradições das terapêuticas

serem passados na maioria das vezes de forma oral, de geração à geração, se torna ainda mais difícil a identificação de profissionais qualificados.

Desta forma, os Estados-membros devem identificar suas situações e necessidades específicas de modo a favorecer a colaboração entre os praticantes tradicionais e os profissionais do sistema de saúde convencional. Através desta ação conjunta, reforça o documento, é que se torna possível aprimorar suas habilidades e conhecimentos de base e, também, considerar o efetivo registro e regulamentação de suas práticas.

FIGURA 3 – Regulações para praticantes de MC/MAC em Estados-membros



Fonte: Adaptado de (WHO, 2013)

CAPÍTULO 3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo geral

Elaborar de um mapeamento conceitual dos discursos sobre o processo de regulamentação e construção da acupuntura enquanto profissão no Brasil.

3.1.2 Objetivos específicos

- Analisar as interações entre as principais instituições envolvidas no processo de regulamentação da acupuntura no Brasil.
- Analisar como o contexto legal da acupuntura afeta a forma de exercer a acupuntura no campo de trabalho, na área da saúde.
- Mapear os discursos produzidos pelas instituições, aos quais se atribui significativa influência nas mudanças no contexto legal e, particularmente, no processo de regulamentação.
- Discutir a conformação e articulação dos discursos captados sobre processo da regulamentação da acupuntura.

3.2 CARÁTER DA INVESTIGAÇÃO

Conforme o tipo de estudo e tendo em vista os objetivos supracitados, na ótica de Gil (2010), nesta pesquisa será conduzido um estudo explicativo, pois sua preocupação central foi identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este tipo de estudo aprofunda a explicação do “porquê das coisas”, constituindo e abarcando a análise de uma rede complexa e delicada de relações existentes no fenômeno estudado.

A pesquisa teve uma abordagem hipotético-dedutivo, seguindo a tradição iniciada por Karl R. Popper (2000), a partir da percepção de uma lacuna teórica em determinado momento histórico, a partir da qual se formulam hipóteses e problematizações.

Pelo processo de inferência dedutiva se testa, então, a predição e ocorrência dos fenômenos abarcados pelas hipóteses. A lacuna que esta pesquisa pretende preencher é justamente o desconhecimento das interrelações entre os atores e entidades representativas do processo de

regulamentação da acupuntura e o tipo de influências políticas e sociais que estes atores e entidades produzem em seus discursos, conforme Marconi & Lakatos (2005) e Appolinário (2006).

O referido método hipotético-dedutivo, nesta pesquisa foi conduzido da seguinte forma:

I) Expectativas e conhecimento prévio: a pesquisa se iniciou a partir da percepção de uma lacuna em determinada área do conhecimento, no caso, do desconhecimento das relações discursivas estabelecidas durante a trajetória da regulamentação da acupuntura.

II) Problema: frente às expectativas e teorias apresentadas, inicia-se a formulação de um problema e objeto a ser pesquisado, do qual consistiu o estudo sobre os discursos de entidades e atores protagonistas no processo de regulamentação da acupuntura no Brasil.

III) Conjecturas: são propostas novas soluções ao problema na forma de deduções passíveis de teste formulação, como a proposta de um mapeamento histórico-conceitual sobre a trajetória, ou análise de conteúdo dos sites das entidades, ou também a compatibilização dos mapas conceituais e análise de discurso.

IV) Falseamento: são testadas as hipóteses e serão refutadas (sendo necessária reformulação das hipóteses e objetivos) ou confirmadas provisoriamente até uma nova teoria ser apresentada. Neste caso, o produto se transforma em uma nova teoria para a formulação de mais problemas e para a percepção de novas lacunas no conhecimento (MARCONI&LAKATOS, 2005).

Segundo Denzin (2006) o estudo apresentou caráter qualitativo, por se dedicar a observação dos significados que as relações produzem, isto implica reflexão e interpretação da realidade e contexto observado e não mera mensuração de variáveis; o campo de estudo da pesquisa qualitativa, uso e coleta de dados são de múltipla variedade de materiais empíricos sobre a vida dos indivíduos.

O material-alvo desta pesquisa se constituiu por todo ou qualquer documento importante e relevante à trajetória da história do processo de regulamentação da acupuntura no Brasil.

Nas palavras de Bosi & Mercado Martinez (2004), a pesquisa qualitativa assume um papel fundamental para a produção de novos conceitos e sentidos na área da saúde, já que os métodos qualitativos exploram o campo dos sentidos e significados que as coisas produzem, buscando assim a inovação científica através de novas perspectivas e interpretações da realidade. Portanto, é conferido aos pesquisadores qualitativos o “ar” de promotores da massa crítica na academia, traçando novos horizontes e expoentes para as pesquisas em saúde.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Conforme técnica de coleta de dados, foi uma pesquisa documental, por se dedicar a coletar o material empírico produzido de discursos oficializados perante a lei na trajetória da regulamentação. Foram pesquisados documentos escritos, do tipo primários, ou seja, elaborados pelos próprios autores e contemporâneos, feitos na medida em que os fatos ocorrem (MARCONI & LAKATOS, 2005).

Baseando-se nos critérios de inclusão traçados por Gil (2010), os tipos de documentos abrangidos pela presente pesquisa foram: a) documentos oficiais (atos da vida política de alcance individual ou coletivo, de alcance local ou nacional); b) publicações parlamentares (registros textuais das atividades da Câmara e do Senado referentes ao tema estudado); c) documentos jurídicos (que denunciam como a sociedade regula as ações e comportamentos exercidos pelos seus atores); d) publicações administrativas (evidenciam a filosofia e tipo de pensamento praticado pelas organizações e o tipo de imagem que pretendem passar a determinados públicos); e) portarias emitidas pelos conselhos federais e associações profissionais da saúde; f) normas e notas técnicas emitidas pelo ministério da saúde, conselhos e associações; g) projetos de lei que estão tramitando ou já tramitaram no senado federal; h) atos normativos elaborados pelo supremo tribunal federal e tribunal regional federal; i) documentos e recomendações emitidas pelas federações internacionais de saúde (OMS) e acupuntura (WFAS e WFCMS).

Elencamos alguns dos motivos que justificam a utilização da análise documental para este estudo (BARROS, et al, 2006). A linguagem escrita é a fonte mais segura para a captação do tipo de discurso produzido pelas entidades e atores protagonistas, estando entre as principais vantagens oferecidas pela pesquisa documental (GIL, 2010; SÁ-SILVA et al, 2009) como o fato de fornecer uma fonte rica e estável na obtenção de dados escritos, objetividade e assertividade nas afirmações encontradas na análise e, diferentemente da entrevista, não necessitar de contato com sujeitos de pesquisa.

Isto assegurou para esta dissertação, uma maior confiabilidade dos dados, já que, durante uma entrevista, abordando questões de cunho histórico sobre a acupuntura, os sujeitos de pesquisa poderiam responder certas questões de forma enviesada ou incompleta, por não estarem preparados para fornecer uma descrição com maiores detalhes em sua resposta às perguntas.

No entanto ressalta-se que o pré-requisito básico para a escolha dos materiais de análise foi por essencialmente estarem em bases de dados disponíveis à consulta pública, nos arquivos dos respectivos *sites*

eletrônicos dos conselhos profissionais (Por exemplo, Conselho Federal de Medicina – CFM; Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; Conselho Federal de Psicologia – CFP) e entidades brasileiras representativas (Associação Brasileira de Acupuntura – ABA; Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA).

Para que a coleta de dados seja devidamente efetiva, haverá o seguimento das seguintes etapas: I) Levantamento dos conselhos profissionais da área da saúde e entidades representativas de acupuntura passíveis para a coleta, procurando abranger o maior número de profissionais da saúde possíveis; II) Coleta de documentos com conteúdo relevante ao processo de regulamentação da acupuntura; III) Seleção do material coletado [Critérios de inclusão à análise: i) Relevância do relato e protagonismo da entidade/ator em todas as conjunturas do processo de regulamentação; ii) Identificação dos dêiticos temporais e locais no documento; iii) No caso de documentos técnicos, os mesmos serviram para compor a narrativa].

Na TABELA 6, consta a relação do total de entidades e documentos investigados.

TABELA 6 – Relação de entidades e documentos investigados

		Associações Profissionais	Autarquias Federais	Centros de Estudos	Entidades do Governo Federal	Federações Internacionais	Sindicatos	Sociedades	Total
Coleta de dados	Instituições com o site desativado	8	1	1	---	---	---	2	12
	Entidades sem conteúdo relevante a análise	7	3	9	---	---	1	1	21
	Entidades Analisadas	3	13	7	7	3	3	3	39
Total		18	17	17	7	3	4	6	72
Análise de dados	Documentos inválidos	6	2	1	---	---	---	3	12
	Documentos submetidos a análise de discurso	7	175	16	7	---	15	8	228
	Total	13	177	17	7	---	15	11	240

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Appolinário (2006) ressalta que, nas pesquisas qualitativas, independente de seu método de coleta, estas acabam por gerar uma enorme quantidade de informações que necessitam ser organizadas. Entre estas formas de organização está a análise de discurso, formulada e introduzida a partir de pensadores do campo da filosofia como Michel Pêcheaux e Foucault e posteriormente forjada nos moldes da linguística, em meados a década de 60.

Em análise de discurso, cabe ao linguista o entendimento da linguagem como uma iniciativa e instrumento de intervenção e construção de saberes, para o que se necessita de diálogo interdisciplinar. A linguagem, neste aspecto, não poderia jamais ser dissociada da interação social que ela produz (ROCHA & DEUSDARÁ, 2005)

Para Manhães (*Apud* BARROS *et al*, 2006) discurso significa “em curso”, assim, a discursividade implica na compreensão de discursos que são construídas ao longo do curso de diálogos para a concretização de determinados atos intencionados pelo sujeito emissor das mensagens. Nesta compreensão, o sujeito se apropria de elementos da linguagem os quais sejam propícios ao alcance de seus objetivos para com o discurso emitido.

Conforme Orlandi (2007), a noção de discurso pressupõe ultrapassar os esquemas clássicos sobre comunicação na área da linguística. Estes esquemas se consistem na forma de elementos como: emissor, receptor e mensagem. Para que a comunicação exista, o emissor (A) transmite a mensagem (informação em questão) para o receptor (B) este que a decodifica e se refere à realidade de A.

Na análise de discurso, a transmissão dos discursos não ocorre de forma linear, como os esquemas clássicos apontam, mas sim, estas comunicações são o resultado da combinação de diferentes constituições de sujeitos através da história, que estabelecem relações e interações através da linguagem (ORLANDI, 2007). O elemento discursivo, do qual compete a análise, aparece de forma implícita no contexto de transmissão das mensagens e o discurso é carregado de diferentes sentidos e significados, dependendo de quem o pronuncia, onde se pronuncia e para quem se pronuncia.

O livro de Zellig Harris, *Discourse Analysis*, de 1952, é considerado por muitos teóricos como a obra inicial que introduziu a noção de uma abordagem analítica que pressupunha detectar o sentido e significado de um enunciado, para além das unidades da língua em frase construída textualmente ou falada (Paulon et al, 2014).

A partir da década de 60, o contexto intelectual do campo de saberes da linguística se vê profundamente afetado por duas principais rupturas em sua conformação: A primeira é a de que os intelectuais linguistas perceberam que a linguagem é um fenômeno deveras complexo para que o sistema proposto por Ferdinand de Saussure desse conta de explicá-la por completo; A noção de leitura passa a ser entendida não mais apenas como uma decodificação, mas sim, como um processo de contruções de dispositivos teóricos. Desta forma, o campo da linguística se transforma, trazendo as noções de sujeito, fala, ideologia, historicidade e semântica para o interior das discussões linguísticas (ORLANDI, 2007).

Os estudiosos da linguística passam a ver a língua como um sistema, não mais como algo ideologicamente neutro, mas sim, como constituída de conjuntos de significados e sentidos, dependendo de seu contexto de enunciação. Assim, quando proferido em determinada circunstância, torna-se “discurso”.

Michel Pechêux (1997) assim propõe o aporte e junção de três instâncias do conhecimento para a construção de uma proposta metodológica da qual pretendia analisar as formações dos discursos no fenômeno da linguagem: O marxismo, que com o materialismo histórico contribui com a noção de formação ideológica dos sujeitos em diferentes grupos sociais; A linguística, para explicar os processos de enunciação; A psicanálise, para fornecer as interpretações sobre a subjetividade dos sujeitos em sua relações com o simbólico.

Minayo expõe a função da análise de discurso (AD) da seguinte forma:

“O objetivo básico da Análise do Discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido” (MINAYO, 2006, p.211).

No que se refere aos procedimentos de análise, foi feita uma adaptação dos passos demonstrados por Pimentel (2001) para uma pesquisa documental:

I) Quadro de autores – busca documental pelas principais entidades representativas profissionais (conselhos federais/ associações brasileiras de acupuntura).

II) Classificação e fichamento de documentos nos parâmetros por tipo de documento.

III) Tratamento de dados-análise dos discursos (feita de forma manual/ leitura e transcrição de principais narrativas, que foram aprofundados ao longo do cronograma o método para a análise destes discursos, após o contato primário com o material coletado).

IV) Encadeamento de ideias, com destaque de principais trechos do documento com marca-texto e produção final das interpretações.

V) Transcrição dos resultados e transformação das informações escritas em informações visuais para os mapas conceituais, os quais objetivam, de forma simples e objetiva, ilustrar as relações, interações e discursos entre os atores e entidades pesquisados.

Carregnato & Mutti (2006) estabelecem um contraste entre a Análise de Discurso e a metodologia de Análise de Conteúdo, preconizada por um dos principais propagadores do método, Laurence Bardin. Diferente da análise de conteúdo, a análise de discurso possibilita uma interpretação dos sentidos que estão sendo dados em determinado diálogo, dependendo de seu contexto sócio-histórico. A AD trabalha, assim, com as significações que são construídas nos diálogos e não apenas com a tradução de termos.

Conforme Minayo (2006) a AD possui uma amplitude maior que a AC, por ser capaz de caminhar pelo campo das ciências sociais, enquanto que a última atuaria mais no sentido linguístico do texto em si. Bardin, no entanto, expõe uma crítica bastante severa daqueles que possuem a pretensão de substituir a AC pela AD, pois em sua ótica, as duas analisam coisas diferentes, contidas em um mesmo texto.

No que se refere ao tipo de abordagem da AD preconizada nesta pesquisa, diante a extensa ramificação de tipos de análises de discurso no campo da linguística, a adotada para o presente trabalho será a pertencente a linhagem teórica proposta pelo linguista francês Dominique Maingueneau.

3.4.1 Análise de discurso em Maingueneau

Dentro da linha de entendimento de Maingueneau (1997), a análise de discurso se constitui como uma disciplina que é ao mesmo tempo recente e antiga. Aos poucos ela estabeleceu um espaço no campo linguístico, notadamente a partir da década de 1960, com a junção de correntes de pensamentos oriundas de lugares muito diversificados.

A AD (MAINGUENEAU, 2008), em seu desenvolvimento inicial, manteve vínculos privilegiados com as ciências da linguagem, domínio da ciência ao qual pertence até hoje. Porém, não deve ser

pensada apenas como uma extensão da linhagem linguística, visto que para seu nascimento foi necessária uma reconfiguração mista de saberes. Grande parte de seus inspiradores iniciais pertenciam ao campo das ciências da linguagem (Saussure, Bakhtin) da antropologia (Hymes), sociólogos (Garfinkel e Sacks) e também filósofos (Pêcheux e Foucault).

Para as primeiras definições de AD, dadas nos anos de 60 e 70, ela seria uma disciplina que se ocuparia de estudar os fenômenos que estavam contidos na coerência e coesão textual.

Porém, linguistas como Charolles e Combettes enxergavam os discursos para além dos determinismos estritamente linguísticos. Os autores defendiam a ideia de que os discursos possuíam mecanismos de regulação da comunicação de natureza heterogênea e que deveriam ser estudados os fatores psicolinguísticos, cognitivos e sociolinguísticos sobre as formações discursivas.

Mainueneau (2008) propõe a ideia de que a AD se constituiria como objeto de saber com caráter multidisciplinar e que seu interesse principal de estudo estaria em apreender como a intrincação de um texto e um lugar social se unem através de um dispositivo específico de enunciação. Nas definições a seguir, seguem as ideias do autor do que seria a construção do processo discurso e sua devida composição.

O “enunciado” é um termo conceituado em outras teorias, tanto da área da linguística quanto na filosofia de Peuceaux ou Foucault. Em Mainueneau, o enunciado seria a unidade básica durante o ato de comunicação e que assume diferentes formas de acordo com o seu contexto da enunciação e seu enunciador.

O entendimento de um enunciado depende de seu enunciador e do momento e contexto de enunciação. Para ilustrar este conceito, Mainueneau (1996) utiliza bastante o exemplo do enunciado de “Proibido Fumar”, que pode se manifestar através de uma placa (a informação pode ser escrita ou visual, com um cigarro desenhado, com uma tarja no meio) ou um pedido feito por uma pessoa na sala comunicando a proibição (que pode ser por fala ou gestual).

Os enunciados podem se manifestar materialmente de diferentes formas. A manifestação dos enunciados que compõem o discurso é chamada de “texto”, e a composição dos textos é compreendida por materiais simbólicos (imagens e sons) ou elementos que pertencem à natureza das linguagens (fala, gestual e grafia).

Por isso, é necessário entender que um determinado texto (um artigo em jornal, um pronunciamento ou uma correspondência) é “atravessada” por diferentes tipos de enunciados, que juntos compõem o discurso em si. O discurso em si é identificado na escrita através dos Dêiticos, que seriam os indicadores temporais e locais de situação

discursiva. Portanto, quem profere um discurso, o faz a partir de um local e um lugar no tempo.

Maingueneau (1996) diz, então, que o sujeito ao ato de enunciar determinado discurso presume um ritual social da linguagem. Por isso conceitua o discurso como uma prática social que surge a partir das cenas enunciativas. Portanto, a construção de um discurso pressupõe um sujeito, que em determinado momento histórico pronuncia certo enunciado, este que adquire sentido e significado através do conteúdo de sua memória discursiva. Neste sentido, o discurso é proferido em determinado lugar social e a formação discursiva se dá nesta cena enunciativa específica (MAINGUENEAU;1996,1997,2001,2008; BRANDÃO,2012; ORLANDI, 2007).

Este processo de construção dos discursos denomina-se Formação Discursiva (FD). O sentido das palavras formadas no interior de uma FD é dado pelo sujeito que as profere em seu papel, neste espaço. É importante ressaltar que o processo de formação dos discursos não é homogêneo, sendo composto de elementos diversos ao longo do seu processo de construção entre os diferentes sujeitos que interagem dentro destes espaços discursivos. Ao processo de trocas entre diferentes discursos em uma conjuntura determinada, Maingueneau (1996; 1997) chamará de interdiscursividade.

Com a publicação do *Primado do Interdiscurso e a Semântica Global*, Maingueneau (1996; 1997) traz uma nova percepção para as análises de discurso, através de um olhar sobre as interações semânticas entre os diferentes tipos de discursos produzidos em dada conjuntura.

Para o autor, o interdiscurso precede a formação do discurso, pois em sua concepção é a partir da memória do discurso proferido pelo outro que é possível construir um novo processo de formação discursiva. Por isso, a natureza de um discurso é sempre heterogênea, dado que sua composição é formada por diferentes discursos já existentes

A noção de interdiscursividade se torna essencial para o que esta investigação se propôs, pesquisar as interações entre os diferentes discursos produzidos ao longo do tempo da regulamentação da acupuntura.

O autor considera, ainda, em suas teorias sobre o discurso (Paulon et al, 2014), que existem diferentes lugares sociais para o surgimento de diferentes discursos. Com esta noção é possível explicar o porquê de determinadas FD's, que só existem em certos espaços discursivos. Estes lugares dividem-se em três instâncias, ordenadas a seguir da maior para a menor, na qual as menores estão contidas dentro das instâncias maiores.

O Universo Discursivo (UD) corresponde ao conjunto de FD's de todos os tipos de Campos Discursivos (CD) possíveis, que interagem

em dada conjuntura. Por corresponder a uma unidade muito ampla, a análise do discurso não executa um exame minucioso sobre ela, o UD serve para delimitar os horizontes dos domínios discursivos que serão investigados.

Os Campos Discursivos são conjuntos menores e estão contidos dentro de um UD determinado. Os CD reúnem FD's de uma mesma identidade e conteúdo e estes campos são contruídos ao longo do tempo. Desta forma, não são estáticos e nem homogêneos, podendo também ser transformados de acordo com as FD's que os permeiam.

O meio pelo qual ocorrem as trocas discursivas entre as diferentes FD's é chamado de Espaço Discursivo (ED). É dentro da observação dos ED's que é possível a análise do processo de interdiscursividade. A AD, enquanto ferramenta de análise, busca a compreensão dos sentidos semânticos formados destas interações.

As FD's, no funcionamento destas instâncias, possuem mecanismos próprios de interação, como os Intradiscursos, que correspondem à composição de enunciados introjetados e pertencentes a certa FD e que só circulam dentro dela. E, ainda, a Intertextualidade externa, do qual chamam as interações de FD's pertencentes a categorias diferentes de CD's, ou Intertextualidade interna, interação de FD's de uma mesma categoria de CD.

Diante das propostas de Maingueneau (2008), este tipo de análise de discurso mostrou-se como uma ferramenta da qual cumpriu o seu propósito de forma satisfatória para a dissertação. Considerando que o objetivo da dissertação foi mapear os efeitos de sentidos das posições ideológicas dos protagonistas em torno da regulamentação da acupuntura, este foi um trabalho do qual exigiu um entendimento de uma complexidade minuciosa das interações discursivas, para o qual as teorias de Maingueneau muito contribuíram.

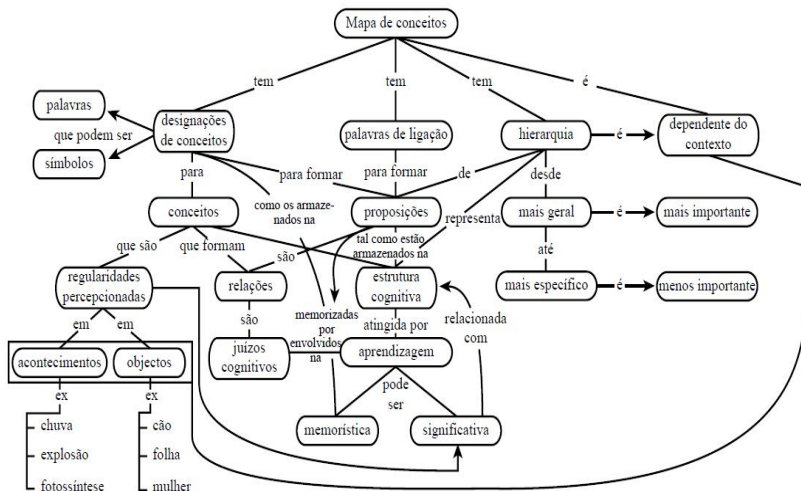
3.5 DELINEAMENTO DOS RESULTADOS

Tomando por referência a etapa V da análise de dados nesta seção, as narrativas e interações observadas durante diálogo de atores e entidades foram ilustrados através dos mapas conceituais de Joseph Novak, considerados atualmente como uma das mais poderosas e influentes ferramentas pedagógicas (USP, 2015). O estudo com os mapas facilitará o entendimento de quem são estes atores e a conformação da rede estabelecida entre eles, bem como dos tipos de relações formadas.

Novak (1984) apresenta os mapas conceituais como uma ferramenta potencialmente significativa à aprendizagem, aquela na qual pessoas aprendem através do significado estabelecido entre dois

conceitos diferentes, com a interligação de proposições entre elas. Os mapas conceituais fornecem um exemplo visual e de fácil compreensão através da significação de relações. Um exemplo de mapa conceitual pode ser visto na FIGURA 4.

FIGURA 4– Exemplo de Mapa Conceitual



Fonte: (NOVAK, 1984)

Foram construídos mapas conceituais através do *software* gratuito de mapas conceituais, o *Cmap Tools*, originalmente desenvolvido pelo *Institute for Human & Machine Cognition of Florida* dos Estados Unidos (IHMC, 2015). Este *software* é gratuito e tem caráter filantrópico, com o objetivo de empoderar pessoas, organizações de ensino e profissionais, como uma ferramenta prática pronta para o uso em ensino e pesquisa.

Como este trabalho se dedica a mapear os tipos de vínculos e discursos produzidos por atores e entidades, mas também tornar explícito e acessível esta teia de relações ao conhecimento da comunidade de profissionais acupunturistas, no que um texto dificilmente obteria grande alcance, os mapas conceituais oferecem uma ferramenta adequada. Configuram-se como um resumo de ideias e conceitos articulados, interligados por relações e proposições, facilitando o aprendizado e propagações das ideias transmitidas pela dissertação, poupando exaustivas leituras e busca por encadeamento de relações, por aqueles que não possuem grande domínio sobre o assunto (AUSUBEL & HANESIAN, 1980).

3.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É bom ressaltar que, como qualquer outro estudo científico, foi necessário precaver-se quanto ao surgimento de possíveis vieses durante a condução da coleta e análise de dados e interpretação dos resultados.

Os principais erros previstos que poderiam inviabilizar a pesquisa são: I) A possibilidade de escassez de documentos disponíveis durante a coleta de dados; II) Assim como a escassez, a existência de documentos em grande quantidade, que exigiria da pesquisa uma análise mais restrita e critérios mais rigorosos de seleção do material; III) O conteúdo destes documentos poderia não conter informações relevantes à análise de dados, comprometendo assim o delineamento de dados.

Apesar dos erros previstos, algumas dificuldades foram encontradas, como: Ajustes na compatibilização dos métodos de análise discursiva e mapas conceituais; Dificuldade na recuperação de arquivos antigos através dos sites institucionais; Dificuldade na verificação de veracidade das matérias produzidas pelos *sites* institucionais.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DE DISCURSO E MAPEAMENTO CONCEITUAL DA REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA NO BRASIL

4.1 A TRAJETÓRIA DA REGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA NO BRASIL

Partindo do princípio de que a pesquisa pretendeu analisar o processo de regulamentação da acupuntura no Brasil, sendo ela seu objeto principal de estudo, a construção da narrativa discursiva a seguir foi feita com base nos arquivos produzidos pelas entidades e atores protagonistas de diferentes conjunturas de acontecimentos desta trajetória, desde a chegada da medicina tradicional chinesa no Brasil até meados de 2015, data mais recente encontrada em todos os documentos divulgados em seus sítios eletrônicos.

Como produto final da dissertação, houve a elaboração do Mapa Conceitual (cf. APÊNDICE A), que mostra como se deu a trajetória da regulamentação da acupuntura e as interações estabelecidas entre os diferentes atores e entidades ao longo das conjunturas.

A formação das conjunturas deu continuidade à classificação estabelecida por Nascimento (1997), com a adição de uma nova fase, representada pelo que corresponde a conjuntura atual de Judicialização da Acupuntura (cf. APÊNDICE B).

Através dos mapas, é facilitada a visualização da demarcação dos principais eventos que protagonizaram a trajetória. Além disto, é possível notar com maior clareza as inter-relações entre os acontecimentos e diferentes discursos que surgiram ao longo destes anos.

Vale ressaltar de que as inter-relações discursivas representadas pelas setas pontilhadas nos mapas não representam uma relação estática entre os eventos, tampouco pretende uma redução da multiplicidade entre as diferentes formações discursivas, e sim, demonstrar o seguimento e inter-relações discursivas na sucessão de diferentes eventos ao longo das conjunturas.

4.1.1 Introdução da medicina chinesa no Brasil

É atribuído consenso entre a maioria dos autores (NASCIMENTO, 1997; 2006 ; FRÓIO, 2006; JACQUES, 2003; MORAES; 2007; ROLAND, 2012; MASSIERE, 2001; SOUSA, 2014) em torno da ideia de que os primeiros contatos da medicina chinesa com

o Brasil deu-se principalmente com chegada de imigrantes chineses, em 1810. Na ocasião, D. João VI autorizou o trabalho para 2.000 chineses em plantações experimentais de lavouras de chás do Jardim Botânico e Fazenda Imperial de Santa Cruz, na cidade do Rio de Janeiro. Apesar disso, o contingente inicial de pessoas que efetivamente chegariam ao país foi de 400 imigrantes.

No entanto, é com a chegada dos imigrantes japoneses que este contingente seria mais expressivo. Após a promulgação do Tratado da Amizade, Comércio e Navegação em 1895, houve um estreitamento das relações comerciais e econômicas Brasil-Japão. Entre 1910 a 1935 houve o estabelecimento de 154.200 imigrantes japoneses no litoral e interior paulista, para o trabalho nas lavouras de café.

Até este momento, a medicina chinesa no Brasil era praticada de forma caseira no âmbito familiar dos imigrantes e seu ensinamento era passado de pais para os filhos. A prática não era institucionalizada e era tratada por pessoas de fora das colônias, como curandeirismo ou parte de práticas mágicas orientais. A maioria dos imigrantes japoneses e chineses não dominavam a língua portuguesa e apresentavam dificuldades para ensinar suas técnicas terapêuticas aos brasileiros (FRÓIO,2006 ; NASCIMENTO, 1997).

Sob o cenário do Universo Discursivo (UD) da saúde pública no Brasil, pode-se dizer que é a partir da introdução da medicina chinesa, através dos conhecimentos dos imigrantes, que se dá o surgimento do primeiro Campo Discurso (CD) desta racionalidade médica entre a população brasileira.

No entanto, devido à barreira linguística, suas relações de interdiscursividade permaneciam desarticuladas com outros CD's da racionalidade médica biomédica e de outros serviços de saúde institucionalizados da época. Assim, elas eram possivelmente mais acessadas por pessoas que possuíam mais contato com as colônias de japoneses e chineses.

É atribuído por Nascimento (1997) o pioneirismo na divulgação inicial da acupuntura no Brasil através do japonês Sakae Maki, durante a década de 40. Integrando a equipe de natação japonesa, Maki começou a utilizar a terapêutica chinesa para a recuperação dos atletas da equipe, chamando bastante a atenção entre os esportistas brasileiros, que passaram a procurar o acupunturista.

Sakae Maki logo começou a ter uma clientela bastante diversificada, entre artistas, políticos e atletas que buscavam as sessões de acupuntura. Este acontecimento foi relevante a ponto de causar repercussão na imprensa.

Neste momento, o CD da medicina chinesa começa a articular relações interdiscursivas entre os CD pertencentes a outros UD's, das

áreas da arte, política e esportes. Neste momento, os clientes do acupunturista estavam interessados nos resultados que a acupuntura alcançava em seus tratamentos a enfermidades. Os bons resultados faziam, assim, a validação de sua legitimidade, embora ela ainda não fosse uma prática considerada legalizada.

O primeiro marco de institucionalização da medicina chinesa no país deu-se em 1958, com a Fundação da Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental, pelo fisioterapeuta Luxemburguês Friedrich Spaeth (FRÓIO, 2006; NASCIMENTO, 2006).

Spaeth estabeleceu-se em território brasileiro na década de 40 e posteriormente, veio a fazer uma formação em acupuntura em uma escola do estilo francês, na Alemanha. Em seu regresso ao Brasil, começou a ofertar cursos de acupuntura para profissionais da saúde à moda clássica de relação mestre-discípulo, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Logo após uma estruturação mais aprimorada de seus cursos, iniciou a propagação da medicina chinesa por outras capitais brasileiras, formando assim os primeiros acupunturistas brasileiros.

Esta sociedade teve importância fundamental no início da propagação desta medicina vitalista e também como fonte de inspiração para a fundação de novos centros de representação da cultura chinesa.

Com o surgimento da primeira instituição de medicina chinesa, embora não legitimada e reconhecida pelos moldes da medicina biomédica, o CD da medicina chinesa começa a estabelecer suas primeiras Formações Discursivas (FD). Isto acontece através de profissionais da saúde que procuravam estes cursos de formação em acupuntura, pois, a noção de discurso sobre “acupunturistas brasileiros” começa a ser construída como uma nova categoria profissional que deriva da formação institucionalizada dos profissionais da saúde combinada com a formação de uma terapêutica não-pertencente ao modelo de saúde hegemônico.

No cenário mundial da época, Fróio (2006) e Moraes (2008) apontam, em 1971, um fato importante para a internacionalização da medicina chinesa. Durante a visita do presidente Nixon dos Estados Unidos à Pequim, um dos jornalistas de sua comitiva foi submetido a uma cirurgia de emergência em um dos hospitais chineses e sua anestesia foi feita por acupuntura. Este acontecimento impulsionou a criação de reportagens na mídia em diversos países sobre a medicina tradicional chinesa.

Os EUA estabeleceram a regulamentação da profissão de acupunturista no ano de 1975, nos estados de Nova York e Califórnia, inclusive estabelecendo parceria com a China, para o desenvolvimento de estudos com a medicina chinesa.

Em 1972, houve a transformação da Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental para Associação Brasileira de Acupuntura – ABA (sendo hoje a mais antiga em atividade) passando a ser capitaneada pelo médico acupunturista Evaldo Leite, na cidade de São Paulo. Neste ponto, a acupuntura, que foi a técnica mais conhecida pela oferta de cursos nestas entidades, já começa a ganhar visibilidade social dentro dos profissionais da saúde que resolveram aderir a esta modalidade terapêutica.

No mesmo ano de fundação da ABA, Evaldo Leite sofre “censura” do Conselho Regional de Medicina pela prática da acupuntura. Sendo uma técnica que não pertencia à medicina biomédica, ela foi assim classificada como prática de “*charlatanismo e curandeirismo*” pelo conselho de medicina. Neste mesmo ano há a publicação da Resolução CFM nº 467, cujo teor do documento era “*Acupuntura não é considerada Especialidade Médica*”.

Eis que surge um dos primeiros conflitos discursivos entre a FD da classe profissional médica com a recém-iniciada FD de médicos acupunturistas, uma formação discursiva que utilizava intradiscursos de dois CD’s de racionalidades médicas completamente distintas. Na época, não se concebia que o corpo científico médico pudesse estudar a acupuntura, pois nela ainda repousava um ar místico.

Portanto, uma prática com tais características figurava como inconcebível para aplicação, nos moldes científicos da época. Isto levou o CFM a rejeitar institucionalmente uma prática até então considerada não-médica. Os discursos formados neste momento, no âmbito da corporação médica são caracterizados pela rejeição epistemológica da acupuntura e da punição instucional aos membros envolvidos com sua prática e ensino.

Edvaldo representou médicos que adotaram uma corrente de pensamento diferente àquela de sua autarquia e a censura de sua prática da acupuntura, em uma perspectiva da AD, constitui-se como memória, que poderá posteriormente compor FD’s de diversos CD’s de diferentes naturezas.

Em 1961, chega em território brasileiro Wu Tou Kwang, um imigrante chinês, vindo a se formar em medicina na Universidade de São Paulo – USP em 1975. O médico passou a ocupar um lugar de destaque no ensino da acupuntura em São Paulo, após a fundação do Centro de Estudos de Acupuntura e Terapias Alternativas – CEATA, em 1981. A instituição incentivava, assim, a prática multiprofissional da acupuntura, pois qualquer profissional da saúde poderia realizar seus cursos de formação, não sendo os mesmos exclusivos para médicos.

Importante notar de que os cursos oferecidos pelas instituições de ensino até então levavam o nome de “ *cursos de acupuntura*”. No

entanto, eles não ensinavam apenas a técnica de acupuntura, mas sim, outras modalidades terapêuticas, próprias da medicina tradicional chinesa, tais como moxabustão, ventosas, *Qi Gong*, *Do In* e massagem *Tui ná*. A acupuntura, por ser mais popular, acabou sendo usada como termo para designar o conjunto de todas estas técnicas.

Por ser defensor da regulamentação da prática multiprofissional da acupuntura, Wu Tou é considerado um dos maiores articuladores políticos no cenário da regulamentação da acupuntura até os dias de hoje. Ao mesmo tempo, ele é também símbolo de resistência, por ser o médico com o maior número de advertências interpostas sobre o exercício da acupuntura em sua prática profissional pelas autarquias médicas, na história do Brasil.

Até então, ser um “*médico acupunturista do Brasil*” era praticamente um ato de subversão contra o código de ética de sua profissão e entidades de classe. As “*boas práticas médicas*” ainda não previam o exercício da acupuntura e isso significava a mesma coisa que dizer que ela não existia. A principal barreira para o não reconhecimento da medicina chinesa pelos médicos foi o desconhecimento de seus mecanismos de funcionamento, aos moldes do método científico clássico.

Na cidade do Rio de Janeiro, a entidade que marcou com seu pioneirismo e protagonizou o início da propagação dos conhecimentos médicos chineses foi a fundação *Sohaku-In Foundation*, cujo seu nascimento deu-se em 1974. A fundação foi idealizada pelo médico Sohaku Raimundo César Bastos, diplomata brasileiro que obteve formação específica em uma faculdade de medicina chinesa no Japão e de medicina biomédica no Sri Lanka. A entidade manteve até a atualidade a importância fundamental com relação aos compromissos e relações com entidades e federações internacionais de medicina chinesa e acupuntura, como a WFAS e WFCMS.

Sohaku, assim como outros pioneiros das primeiras instituições de medicina chinesa no Brasil, mantém seu posicionamento favorável ao ensino da acupuntura para todos os tipos de profissionais da área da saúde.

O médico protagonizou uma FD com relações interdiscursivas de abrangência internacional, com sua vinculação a entidades de medicina chinesa mundialmente reconhecidas. A formação de discurso na diplomacia com estas entidades mostra o estreitamento de laços diplomáticos entre o Brasil e os países que são afiliados ao WFAS e WFCMS.

Em 1977, há no Ministério do Trabalho, a criação do projeto BRA/70/550, em alinhamento com as diretrizes trabalhistas da UNESCO e da Organização Internacional do Trabalho (OIT). O

documento que daí resulta possuía a função de definir a ocupação “Acupunturista”, sob o código de registro nº 0.79.15, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

A inserção do ensino da medicina chinesa não se deu apenas pelos imigrantes e estudiosos da área da saúde. Mestres da alquimia taoísta que vieram ao Brasil fundar centros de cultura oriental também conseguiram grande destaque na época. Em 77, o mestre Liu Pai Lin, fundou o Centro de Cultura e Ciência Oriental na cidade de São Paulo, onde ofertava cursos da tradição médica chinesa e consultas em seus tratamentos. Já Wu Chao Hsiang montou o Instituto de Cultura Oriental na cidade do Rio de Janeiro e seu enfoque era nas artes marciais, massagem chinesa e acupuntura.

Há, também, a criação do primeiro ante-projeto de lei pela Comissão da Saúde no Congresso Nacional. Friedrich Spaeth participava desta comissão e foi o autor da proposição. O dispositivo legal procurava legitimar a dita “*profissão de acupunturista*” através do seguinte teor: “*Dispõe sobre a Profissão de Acupunturista de nível superior*”. Este ante-projeto assume a forma de proposição de projeto de lei no ano 1980. Spaeth preocupou-se em realizar um pedido ao antigo Departamento Nacional de Mão-de-obra do MTE pelo registro da categoria “*Médico Acupunturista*”, devido à maior procura de médicos por seus cursos, a partir de 1978.

A articulação dos acupunturistas brasileiros para a FD em torno da definição de uma profissão que até então não existia no Brasil evidencia uma relação bastante problemática e conflituosa sobre a categorização profissional no país. Em território brasileiro, não poderia haver a coexistência de dois tipos distintos de “médicos”, pelo simples fato dos dispositivos legais já estarem consolidados ao elencar uma medicina oficial para o país. Como particularidade, temos que a lei nº 3268, aquela que “*institui os conselhos federais e regionais de medicina*”, é promulgada em 1957.

Por esta razão, o termo “acupunturista” passou a se referir a profissionais que atendiam seus pacientes utilizando a medicina chinesa e também a “acupuntura”, como sinônimo da própria racionalidade biomédica.

Nascimento (2006) mostra que neste mesmo ano de 57, em 13 de abril, a Folha de S. Paulo veicula uma matéria sobre a existência do “*movimento pelo reconhecimento da acupuntura*”. Liderado por Spaeth, o movimento reivindicava a regulação do exercício da acupuntura, configurando-se como um dos primeiros movimentos de luta política para a regulamentação da acupuntura. Além disso, com relação à prática da medicina chinesa, Spaeth atribuía “*aos leigos e místicos as ações de charlatanismo, e os considerava inimigos da ABA*”.

Aqui, Spaeth, no intuito de apagar a memória discursiva que a acupuntura carregou até este momento, atribui a responsabilidade aos “*maus praticantes*”, pela formação de seu caráter marginal, e não às pessoas que categorizaram a acupuntura como uma prática inválida. Leigos e místicos poderiam ser considerados os imigrantes que trouxeram a acupuntura por aqui ou qualquer outra pessoa que possa ter aprendido com eles sem que, no entanto, tivessem passado por uma formação de educação formal, na ótica de Spaeth.

Entretanto, podemos considerar que categorizá-los como os responsáveis pela marginalização da acupuntura corresponde a uma rejeição institucional parecida como a que vemos em 1972, com relação a Edvaldo Leite por parte do CFM. Uma diferença importante, entretanto, é que a ABA rejeita os leigos para promover sua própria imagem com vistas ao reconhecimento pela população da acupuntura enquanto prática legítima, além de tudo, a associação promovia a produção de uma acupuntura institucionalizada, através de seus cursos.

No ano de 1980, Spaeth surpreendentemente sofre uma tentativa insidiosa de destituição do cargo de presidência da ABA, vinda de seu próprios alunos médicos, pelo fato de não ser médico e praticar acupuntura.

A partir desta conjuntura de eventos, vê-se a formação de duas memórias de rivalidade que contribuem para as FD's de afirmação e constituição do movimento que defende a acupuntura profissional: Uma contra os profissionais que invalidam a acupuntura (defender a prática ainda não reconhecida pela medicina); E a outra contra os leigos e místicos que, ao praticarem acupuntura, promovem a imagem de charlatanismo (combater a prática não institucionalizada).

A OMS e OPAS (FERREIRA, 2012) , no final da década de 1970, passam a identificar as medicinas tradicionais, seus recursos e praticantes como parte da organização local dos serviços de atenção primária em saúde, assim como considerar o potencial destas práticas para a melhoria do quadro da saúde e bem-estar das populações e comunidades. Com isso, a OMS cria o “*WHO Traditional Medicine Programme*”, objetivando o fomento, por parte de seus Estados-membros, da elaboração de políticas públicas que contemplassem a inserção das medicinas tradicionais em seus sistemas nacionais de atenção à saúde, além de também estimular o desenvolvimento de estudos científicos para o conhecimento da segurança, eficácia e qualidade na aplicação destes sistemas médicos.

Um tipo diferente de universo discursivo passa a compor o quadro, a partir de conferências e pronunciamentos que deliberam ações que sejam concretizadas pelos seus Estados-membros. A visão da OMS busca conciliar decisões que favoreçam a todos. Neste momento ela é

tida como instituição de referência para validação das FD's institucionais de certas entidades, sendo favorável à acupuntura multiprofissional.

Com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a Declaração de Alma-Ata (1978) representa um marco na história da humanidade, por trazer, de forma inédita, uma estratégia que deveria ser cumprida pelos países em desenvolvimento de buscar meios para promover a saúde de suas populações através da Atenção Primária em Saúde – APS. A declaração inverte a lógica hospitalar de tratamento de enfermidades pela Atenção Terciária, preconizando, assim, uma reestruturação dos serviços de saúde para ir de encontro às populações.

4.1.2 Legitimação e institucionalização

A década de 80, tida por Nascimento (2006) como início da fase do da institucionalização e legitimação da acupuntura, mostra a articulação inicial das FD's institucionais da saúde pública com a medicina chinesa, que até então estava à margem das discussões sobre produções de serviços e assistência em saúde. Boa parte da iniciativa previa a implantação da acupuntura nestes serviços e se deu por profissionais que já trabalhavam neles. Estes profissionais, pela busca aos cursos de acupuntura, proporcionaram a formulação de meios para a inserção da mesma no ambiente hospitalar.

Na Universidade Federal de Pernambuco, cria-se em 1981 o primeiro departamento especializado em acupuntura em um hospital das clínicas do país. No mesmo ano, no Rio de Janeiro, há a experiência de um projeto-piloto no Hospital Municipal Paulino Werneck.

No mesmo ano ocorre a abertura do I Congresso Brasileiro de Acupuntura em Recife. O evento é marcado pela manifestação de repúdio dos médicos acupunturistas formados na ABA com relação aos acupunturistas não-médicos.

A efetiva separação e desvinculação da classe corporativa da medicina com os acupunturistas não-médicos é simbolicamente marcada durante o II Congresso Brasileiro de Acupuntura, em 1984. Na ocasião, resolvem fundar a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura – SMBA, com a finalidade de congregar todos os médicos acupunturistas brasileiros. “Todos”, menos Wu Tou Kwang e Eu Wong Lee, que no ato solene de oficialização da SMBA, foram impedidos de participar.

Dois tipos de discursos novos surgem a partir disto. A ABA afirma que a formação de medicina em si não assegurava a proficiência na prática da acupuntura, em contraste com a SMBA, que começa a reconhecer os riscos da prática da acupuntura por profissionais que não

tinham formação em medicina. Em seu ponto de vista, a SMBA alega que, através de possíveis problemas com a esterilização das agulhas e manipulação inadequada por profissionais não-médicos, estes que seriam leigos sobre um entendimento mais profundo sobre a fisiologia humana, poderia haver contaminação com doenças infecto-contagiosas e lesões a órgãos de pacientes.

Segundo Massière (2011), tal polêmica que envolve a adoção deste tipo de argumentação pela SMBA foi responsável por frear diversas iniciativas de implementação da acupuntura em serviços públicos. Assim, os órgãos competentes da saúde viram-se em conflito para atender as demandas da população e ao mesmo tempo cumprir as determinações da OMS. Uma movimentação interdiscursiva da corporação médica entre atores do SUS, desestabiliza a articulação das corporações dos não-médicos em se institucionalizar como profissionais acupunturistas.

No mesmo ano, o Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro (IARJ) é fundado por seis ex-alunos médicos de Spaeth, com o intuito de promover o “ensino da filosofia, métodos e técnicas utilizadas pela medicina tradicional chinesa”, tornando-se assim a primeira instância de ensino médico em acupuntura no Brasil.

Aqui a FD da corporação médica cria um novo CD. Pela primeira vez há uma nova instância de instituições médicas de ensino de acupuntura, o que por si só, promove a produção de conhecimentos e, assim, não deixa de servir também à validação das práticas de acupuntura.

Com o fim da ditadura militar, em 1985, o período de redemocratização do estado passa a ser representado pela expansão e abertura da sociedade para o norteamento e formulação de novas políticas públicas para o que viria a ser o novo estado brasileiro. Acontece, então, de forma inédita, a articulação de organizações civis, movimentos políticos e ONG's pela reivindicação aos serviços públicos na área da saúde para o aumento da oferta de “medicinas alternativas” à população (LUZ; 1997; MASSIÈRE, 2011).

Estas FD's das organizações civis, neste movimento em específico, por enquanto não apresentam nenhum tipo de posicionamento frente a uma prática plural ou privativa das profissões. Os discursos para novas práticas de saúde aparecem como uma motivação para a redemocratização estatal.

Surge, em 1985, a primeira resolução entre as autarquias federais, que procurou regulamentar o exercício da técnica de acupuntura pelos seus profissionais credenciados. Trata-se da Resolução nº 60, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

(COFFITO), onde se resolvia que “*Fisioterapeutas poderão praticar acupuntura*”.

Importante notar que estas resoluções das autarquias profissionais possuem função fundamental para a legitimação dos discursos proferidos pelos atores envolvidos, com o estabelecimento de interações interdiscursivas com todos CD’s aos quais pertencem ao UD de saúde pública e até mesmos outros UD’s, de áreas diferentes. Servem também à formação de intradiscursos que representam “segurança” aos seus profissionais.

Também neste ano, ocorre o I Encontro Brasileiro de Acupuntura Médica, o primeiro evento que se volta especificamente ao público médico. O espaço de discussões e decisões científicas se encontra claramente dividido e segregado em grupos com ideologias e FD’s opostas.

De um lado, a FD da frente “acupuntura médica”, composta unicamente por médicos dedicados ao estudo da acupuntura, através dos mecanismos fisiológicos e do reclame ao direito de sua prática exclusiva pela medicina. De outro, a FD da frente “acupuntura multidisciplinar”, composta por fisioterapeutas, enfermeiros, biomédicos, terapeutas holísticos, técnicos, mestres de filosofia oriental e também outros médicos acupunturistas que não concordam com a visão da classe médica.

As duas frentes possuíam apenas um ponto de vista em comum, que consistia no combate dos chamados “charlatões de final de semana”, leigos que realizavam cursos rápidos de final de semana e prontamente já realizavam suas consultas, atuando no mercado de trabalho informal, sob seus próprios critérios.

Os eventos científicos, que antes congregavam todos os profissionais em um só espaço de discussões, agora acontecem paralelamente, em eventos diferentes, organizados por estas duas frentes.

Para as duas FD’s, esta situação promove uma intensificação da rivalidade para a constituição da verdade sobre a prática da acupuntura. Além disso, promovem uma separação das suas formações intradiscursivas. Esta memória de formação de “frentes” diferentes e polarizadas para a busca da regulamentação da acupuntura permanece, mais do que nunca, ativa na conjuntura atual.

A COFFITO, primeira a criar um dispositivo legal para legitimizar a prática da acupuntura, o aprova, em acordo com a definição da acupuntura como ocupação. Como vimos, esta é uma definição que por si só dá vazão a diversas interpretações do que seria a prática da acupuntura pelos fisioterapeutas, consistindo em uma legislação que pode gerar deliberações ambíguas e rasas demais.

Ora, apenas a modalidade da acupuntura poderá ser praticada ou moxabustão, ventosas, massagens e *Qi Gong* também podem ser exercidos? Afinal, a busca pela regulamentação é apenas pela prática de punção de agulhas?

Neste mesmo período, com a publicação do Parecer / CFM nº 23, estabelece-se o Projeto Piloto de Implantação da Acupuntura no sistema de saúde da época, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Esta legislação regulamentadora visava estabelecer critérios sobre a formação profissional mínima (que previa apenas a participação de médicos e técnicos em acupuntura de nível médio) para a autorização da prática da acupuntura no sistema de saúde e a disposição de métodos de controle sobre a aplicação da acupuntura no âmbito ambulatorial.

No entanto, Hésio Cordeiro, então presidente do INAMPS, e Waldir Pires, ex-presidente da previdência social, decidiram suspender o parecer da CFM, até que se pudesse estabelecer os parâmetros de aplicação e controle da acupuntura, bem como o currículo mínimo para seu ensino (NASCIMENTO, 2006).

A atitude em adotar esta medida mostra, até certo ponto, a preocupação com os parâmetros de segurança, eficácia e qualidade, da mesma forma que a OMS. Compartilhar este mesmo posicionamento, de certo modo, ajudou para a formulação posterior de alguma norma que fosse abrangente e possibilitasse a inserção dos outros profissionais não-médicos.

O Conselho Federal de Biomedicina – CFBM, torna-se a segunda autarquia federal a reconhecer a acupuntura como técnica terapêutica pertencente ao seu rol de especialidades, através da resolução nº 2: “*Dispõe sobre o exercício da acupuntura pelo biomédico*” em 1986.

Ocorre neste período, também, a 8ª Conferencia Nacional de Saúde. Com relevância ao contexto, é produzido o relatório final que inclui a deliberação de que as “práticas alternativas” (como eram chamadas as medicinas vitalistas na época) fossem introduzidas no âmbito dos serviços de saúde. Este talvez seja um dos mais importantes marcos para o início da institucionalização da medicina chinesa no Brasil, já que o MS começa a enxergar de modo diferente as medicinas ditas alternativas ao modelo de saúde hegemônico. A medicina chinesa passa também a ser vista como uma via distinta para se tratar da saúde.

Desta forma, iniciam-se articulações interdiscursivas entre a FD do MS, em busca de outros campos e universos discursivos com as MT/MAC, visando o estabelecimento de políticas em saúde para a inserção destas no CD do SUS.

Também no mesmo ano de 86, a medicina, através do parecer processo consulta nº 1.588-28/85, nega a acupuntura como técnica que possa ser exercida pelos médicos brasileiros. O parecer é aprovado com o teor “*Acupuntura não é especialidade médica*”.

Isto representa uma tentativa de quebra de vínculo entre a FD da cooperação médica com os demais campos e formações discursivas relativas à acupuntura.

Um fato que ocorre no ano seguinte, no estado do rio de janeiro, e que é interessante notar, é a realização da apelação de mandato de segurança nº 113.658 - RJ (7681470), pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2ª região – CREFITO-2 para “*assegurar ao fisioterapeuta o direito certo e líquido de exercer a acupuntura, complementarmente a sua atividade profissional*”. Ou seja, este é mais um caso bastante interessante do uso do dispositivo legal para a garantia de direitos de prática de técnicas terapêuticas nas profissões da área da saúde. Também vale ressaltar que a acupuntura, neste caso, era considerada uma técnica complementar a uma profissão da saúde já devidamente institucionalizada.

O emblemático ano de 1988 é frisado como um ano crucial na história do nosso país no que concerne à conquista dos direitos democráticos dos cidadãos brasileiros, com a elaboração da nova Constituição Federal. No entanto, este mesmo ano é marcado por bastante contradição para a institucionalização e regulamentação da acupuntura.

Com a criação da Resolução CIPLAN nº 5, deliberava-se sobre a autorização da implantação da “*prática da acupuntura*” nos serviços médico-assistenciais a ser desenvolvida por profissionais habilitados com diploma de médico e registro no CFM. Consideremos que esta resolução é pensada nos moldes da lógica médico-assistencialista do INMAPS, o que a torna bastante destoante com o novo tipo de rumo que se pretendia alcançar com a instituição do Sistema Único de Saúde, na Constituição de 88.

Este período da promulgação da Constituição evidencia um momento importante de mudança do ponto de vista da medicina sobre a acupuntura. Tanto que, no ano seguinte, o CFM (2016) aprova o processo-consulta nº 0159-88, o qual reconhece a acupuntura como “*técnica própria e especializada*”, nos seguintes termos:

“ [...] A acupuntura é um método terapêutico, originário do Oriente, que utiliza técnicas próprias de aplicações de instrumentos punctiformes em pontos ou regiões do corpo, hoje, indiscutivelmente, muito difundido em nosso meio.

Por se tratar de uma técnica própria e especializada, além da necessidade de se promover o seu

aprendizado correto e o seu aprimoramento, torna-se imprescindível o estudo dos seus fundamentos científicos.

Assim sendo, por se tratar de técnica a ser ensinada e ser aprimorada no seu adestramento e, por haver necessidade de se ter conhecimento científico que embacem o método, somos levados a entender que estamos diante de um problema educativo de formação profissional.

Procuramos, então, avaliar o seu nível de responsabilidade na aplicação e no emprego da habilitação pretendida, que corresponda não só às aspirações, como também, a segurança da sociedade, como clientela ativa e passiva da acupuntura. [...]” (CFM, 2016.p.1).

O Conselho entende também que seja necessário, nível “*universitário*” para que o profissional seja habilitado a praticá-la; Assim, seria necessária a fixação de normas e critérios mínimos de currículo pelo Conselho Federal de Educação e Ministério da Saúde. Institui, também, que é necessária a prescrição médica para um tratamento com acupuntura.

Neste momento, a FD da corporação médica volta a estabelecer trocas interdiscursivas entre os demais CD’s relativos a acupuntura, com exceção da FD da frente da acupuntura multidisciplinar.

No entanto, de acordo com Nascimento (2006), o CFM se manifesta de forma contrária à Resolução da CIPLAN, por considerar que a instituição tentou “*usurpar*” o direito de fiscalização da acupuntura no serviço público. Ao considerar a acupuntura exclusividade médica, também, o CFM achou “*absurda*” a forma de organização e o “*tempo excessivo*” de consulta (que levava o dobro de tempo de consultas médicas normais) e a obrigatoriedade de cumprir a exigência da realização de cursos de aperfeiçoamento.

Houve resistência por parte das autarquias médicas no estado de São Paulo, na tentativa por parte do Centro de Vigilância Sanitária-CVS de estabelecer a regulação de alvarás de funcionamento para clínicas e consultórios. Durante a formação dos grupos de trabalho para tal fiscalização, o CRM-SP negou-se a mandar representantes para o desenvolvimento do projeto, o qual acabou sendo engavetado e a operacionalização frustrada. Paradoxalmente, isto foi a alegria para as entidades dos não-médicos, pois poderiam exercer suas atividades livremente. Tratava-se, porém, de uma alegria efêmera, pois esta liberdade, de forma alguma, era capaz de legitimar suas práticas

Com estes dois acontecimentos, a FD corporação médica mostra clara resistência às deliberações e tentativas de diferentes FD’s do CD do SUS em institucionalizar a acupuntura. Os médicos negam-se

a cooperar com a elaboração de moldes normativos que julgam inadequados, do ponto de vista deles.

Com o novo teor e ponto de vista do processo-consulta CFM nº 0159-88, a Associação Paulista de Medicina – APM em 92, propõe-se a estudar os mecanismos de funcionamento da medicina chinesa à ótica da neurofisiologia, fazendo a correspondência de localização anatômica de nervos e seus mecanismos fisiológicos para alcançar o entendimento das teorias dos meridianos e pontos de acupuntura. É o início para a formação de um discurso sobre a acupuntura como objeto de estudo da biomedicina.

O evidenciamento do “*problema educativo*”, como que “descoberto” pela medicina, é fruto da falta de consenso para o estabelecimento de diretrizes educativas em comum para todos os profissionais. Entretanto, ele parece evidenciar muito mais uma incompatibilidade do próprio método científico com a base epistemológica dos fundamentos tradicionais da medicina chinesa. Tanto esta compatibilidade linguística quanto a metodológica, não permite trocas interdiscursivas de caráter científico entre os diferentes CD das racionalidades médicas biomédicas e chinesa.

O enunciado de “*aprendizado correto e aprimoramento*” da acupuntura, aos moldes do método científico, é perpetuado pelo CFM ao longo de toda a trajetória e compõe os discursos que deliberam posteriormente sobre sua reinvidicação como ato exclusivo médico. A todo tempo as justificativas são no sentido de serem tomadas medidas de segurança, dentro de sua própria ótica (necessidade de diagnóstico nosológico médico e prescrição de tratamento com acupuntura), frente a ameaça da prática da acupuntura pelos leigos e charlatões. O CFM, de certa forma, toma de empréstimo as prerrogativas da própria OMS, visando contudo, constituir um ato privativo.

Na cidade de São Paulo há a abertura do 1º Sindicato de Medicina Chinesa do Brasil, feito com o propósito de representar e unir os profissionais da acupuntura e moxabustão, do-in e quiropraxia do estado de São Paulo.

Em 1991, segue o processo de sindicalização da acupuntura, com a criação da Federação Nacional dos Profissionais Acupunturistas, registrado sob nº 24.000.000345/91. O intuito deste mostra-se como o primeiro movimento para reunir os profissionais da medicina chinesa, a nível nacional.

A primeira iniciativa para a institucionalização da medicina chinesa no âmbito de serviços em saúde pública, partiu da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). O secretário de saúde publica no Diário Oficial da União (DOU) a proposta de discussão sobre a institucionalização do “Programa de Medicinas Alternativas” no

município, com vistas à formulação do plano anual de trabalho para 1992.

Surgem também neste momento, projetos de lei com o intuito de estender o exercício da acupuntura para todos os profissionais da saúde, desde que obtenham 3 anos de formação mínima, com carga horária de 1.600 horas-aula. O então senador Fernando Henrique Cardoso foi autor do PL nº 337/91 e o deputado federal Carlos Thame, do PL nº 935/91.

Há um ponto de mudança considerável sobre a visão da medicina e articulação discursiva em relação às medicinas ditas alternativas. Em 1992, o CFM aprova o parecer 04/92, no qual “*Reconhece a existência da acupuntura e fitoterapia como métodos terapêuticos*”, mas os quais necessitariam de rigorosa supervisão estatal, através da divisão de Vigilância Sanitária. Ele determina também a necessidade de regulamentação na formação de recursos humanos para estes métodos. Diante deste entendimento, o CFM se manifesta de forma contrária ao PL nº 337/91, com a publicação do parecer 22/92.

Os PL's iniciais que visam o benefício de todos os profissionais, constituiu-se como um instrumento regulamentador bastante vago, partindo de um UD diferente, que é o político brasileiro, fortalecendo assim a argumentação da FD corporação médica. Esta, apesar de não ter feito propostas para regulamentação, já enxerga possíveis caminhos para fazê-la.

Há, ainda, um avanço considerável na consolidação do Programa de Medicinas Tradicionais e Alternativas pela SMS –RJ. Na cidade do Rio de Janeiro, houve a criação da Coordenação de Programas de Atendimento Específico pela Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde e, ainda, a definição das medicinas tradicionais que fariam parte dos atendimentos dentro do programa, sendo elas a medicina tradicional chinesa, a fitoterapia e a homeopatia.

No próximo ano, a SMS-RJ anunciaria oficialmente o convênio entre as entidades representativas de medicina chinesa do Rio de Janeiro, as quais iriam participar em apoio ao programa. No total oito entidades participaram inicialmente, sendo elas: ABACO; ASBAMTHO; AFICORJ; CEPAMAT; IARJ; AMOR; Centro Brasileiro de Tai Chi Chuan. Com estes convênios de apoio ao programa, aparentemente, a secretaria de saúde procura estabelecer vínculos com ambas as “frentes” de regulamentação da acupuntura.

Dois anos depois, em 1995, inicia-se uma campanha nacional para viabilizar a regulamentação da acupuntura, esta que foi idealizada durante o congresso da Confederação Nacional de Acupuntura e Terapias Orientais– CONAT, que aconteceu nas imediações da Câmara Municipal da Cidade de São Paulo. O objetivo da realização do

congresso foi arrecadar fundos para a viabilização desta campanha. O CONAT visava congregiar acupunturistas em geral e todos os tipos de terapeutas naturistas, marcando assim o caráter de um movimento multiprofissional.

A Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do MS resolve, por meio da Portaria nº 2543/GM, instituir o Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, no intuito de estabelecer critérios para a utilização destas práticas terapêuticas no âmbito ambulatorial.

O CFM, no entanto, apresenta o Parecer PC/CFM/nº28/95, com vistas favoráveis ao reconhecimento da acupuntura como especialidade médica, que posteriormente se consolidaria através da aprovação da Resolução CFM nº 1.455/1995, na qual o CFM resolve reconhecer a acupuntura como especialidade médica, assim como os médicos veterinários, de acordo com a Res 625/1995 – CFMV. No mesmo dia da aprovação desta resolução, o CONAT inicia a campanha para a regulamentação da acupuntura.

O fato destas mobilizações terem acontecido em paralelo, evidencia a tamanho da rivalidade que estas duas FD's construíram ao longo do tempo.

A Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal realiza o primeiro levantamento de número de profissionais acupunturistas atuantes no mercado de trabalho e chega a estimativa de 20.000 não médicos e 2.500 médicos (NASCIMENTO, 2006).

A disparidade que este levantamento revela é algo a se levar em conta sobre o discurso de defesa para uma acupuntura multiprofissional, visto que um ato privativo médico prejudicaria 20.000 profissionais em favor de 2.500, restringindo conseqüentemente o acesso da população à este tipo de tratamento, tanto no âmbito público quanto no privado.

Com a realização da 10ª CNS, impulsionada pelo lema “*Aonde dá SUS, dá certo*”, mostra-se como uma conferência que delibera a expansão e capilarização do SUS a todos os pontos do território brasileiro. O objetivo era assegurar o acesso da população às ações de prevenção, promoção, reabilitação e assistência em saúde. No relatório final, é deliberado que as ditas práticas populares e terapias alternativas sejam incorporadas na política de atenção integral da população, em todo o país.

É publicada a Resolução COFEN. 197/1997, a qual dispõe sobre a prática da “*Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras*), *são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, onde são exercidas ou executadas por práticos treinados sistematicamente e repassados de geração em geração não estando vinculados a qualquer categoria profissional*”,

além de estabelecer o mínimo de 360 hrs para ser especialista em cada uma delas.

A normativa do COFEN amplia o escopo para práticas além da acupuntura e vincula, de forma oficial, os discursos que já estabelecia com estas práticas. Isto não havia ocorrido em nenhuma outra categoria profissional. Ao mesmo tempo em que se constitui como uma resolução ampla, não aprofunda aspectos técnicos maiores sobre nenhuma das práticas, além de estabelecer uma carga horária muito baixa para formação deste profissionais.

Em 1998, surge, no âmbito do ensino superior brasileiro, algo que se pode considerar inédito. Na Universidade do Sul de Santa Catarina é então inaugurado o primeiro curso de bacharelado em Naturologia, com a proposta de formar profissionais na área da saúde, habilitados em práticas de medicinas tradicionais, dentre elas, a medicina chinesa, incluída em sua grade curricular de ensino (UNISUL, 2016).

De forma pioneira, as FD de racionalidades médicas distintas passam a pertencer ao CD do ensino superior em saúde do Brasil. Assim, a sua intertextualidade passa de externa para interna, com relação às demais cursos da área da saúde. As MT/MAC passam a possuir um potencial de estabelecer um diálogo mais horizontal com as demais profissões.

Em 2000, há a aprovação do estatuto social do Conselho Brasileiro de Regulamentação da Acupuntura (CONBRAC) pelo então ministro da saúde, José Serra. No mandato de Fernando Henrique Cardoso como presidente da república, Serra afirma que fica decidido como Política do Estado Brasileiro que não haveria a criação de novos Conselhos Federais, porque não seria mais possível criar uma nova autarquia para cada nova profissão que surgisse. Emface a isso, Serra recomendou que os acupunturistas criassem os chamados conselhos de autorregulamentação, ou seja, entidades que tivessem autonomia de legislar sobre suas atividades.

A criação de um conselho de autorregulamentação entre todos os acupunturistas seria, nesta conjuntura, uma tarefa árdua para a conciliação de duas frentes de regulamentação rivais. Para este efeito, consideramos que os intradiscursos que as constituem são de naturezas completamente distintas, para além da própria memória conflituosa formada através dos diversos conflitos político-ideológicos estabelecidos ao longo do tempo.

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) se torna a quarta autarquia federal a reconhecer a acupuntura como “*especialidade profissional*”, através da Resolução nº 353/CFF. O COFFITO, no intuito de deixar clara sua intenção com relação ao reconhecimento da

acupuntura como especialidade, resolve através da resolução nº 219 atualizar os termos da Res.60 de 1985, para reconhecer o exercício da atividade de acupuntura sem caráter de exclusividade corporativa.

Nesta virada do milênio, ocorrem dois eventos de considerável relevância e que têm como produto documentos que deliberam ações mais diretas no âmbito da saúde brasileira, no contexto de um cenário regulamentador da racionalidade médica chinesa.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final, reinvidica recomendações como “*Incorporar na Atenção Básica: Rede PSF e PACS - práticas não-convencionais de terapêutica*” no documento do relatório final, com vistas às seguintes justificativas:

“[...] O Brasil ainda não tem um modelo de Atenção à Saúde adequado, que atenda aos problemas de saúde no País com equidade. Os modelos vigentes mantêm caráter assistencialista, sendo incapazes de responder às necessidades da população. São modelos obsoletos, curativistas, assistencialistas, operados por profissionais despreparados para atuarem com o respeito devido aos direitos do paciente e suas necessidades, e com a qualidade necessária. São centrados na figura do médico, mais voltados para a doença, gerando expectativa de que a única forma de resolver os problemas de saúde seja tratar a doença medicamente.

São modelos privatistas, que praticam arrocho salarial e a precarização das relações de trabalho. Ademais, não são estimuladas alternativas assistenciais menos caras e complexas, de reconhecida eficácia, como os tratamentos e internações domiciliares ou práticas terapêuticas não hegemônicas, como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia. O Sistema continua fragmentado e a intersectorialidade é precária. [...]” (CNS, 2000, p.36).

As declarações acima evidenciam que o SUS, em sua incipiência, apresentava muito dos resquícios e características de funcionamento e operacionalização de suas atividades no antigo modelo médico-assistencialista, molde do extinto INAMPS. Por conseguinte, tanto as PACS quanto o Programa Saúde da Família, enquanto recomendações para um sistema de saúde, são propostas que apresentam ideias diferentes para a conformação das estruturas de funcionamento dos serviços de saúde e que se propõem a modificar o modo de se abordar o cuidado em saúde. No entanto, para que estas ideias sejam aplicáveis no contexto sanitário brasileiro, a viabilidade da integração destas com o modelo de saúde vigente são pré-requisitos vitais:

“[...] Em relação ao PACS e PSF, entendem os participantes da 11ª CNS que esses programas correm o risco de se tornarem sobreposições de exercício do serviço de atenção básica. São programas que trouxeram para o

SUS demandas epidemiológicas, sanitárias e ambientais sem encontrara contrapartida da integralidade e da resolutividade. A maioria deles ainda não está integrada a um sistema de referência para ações de maior complexidade.

O PACS e o PSF, em si, não são suficientes para garantir a própria atenção básica e podem se tornar um engodo, no sentido de manter um modelo de saúde pobre para os pobres, tornando-se bandeira de governos que simplificam o modelo assistencial, apresentando-os como panacéia que solucionará todos os problemas de saúde. [...] (CNS, 2000, p. 33).

Portanto, para o início da implantação destas propostas apresentadas na conferência, são elencadas quatro propostas principais para a criação de meios para a viabilização e operacionalização do PSF e PACS, assim descritos no relatório final (CNS, 2000) como: A criação de Câmaras Técnicas para subsidiar o papel fiscalizador dos Conselhos de Saúde sobre os programas PSF e PACS; Integração do Programa de Saúde do Trabalhador com o PSF/PACS; Acabar com a institucionalização de recursos vinculados a programas (PACS, PSF, TC) bem como com a programação por oferta, pois entende-se que a alocação de recursos deve seguir um planejamento global de ações baseadas em necessidades definidas a partir do nível local; Regulamentar e/ou definir formas de contratação adequadas e de acordo com a legislação vigente, que garantam os direitos trabalhistas aos trabalhadores do PACS e PSF.

Em ocorrência paralela à conferência, a 34ª edição do Congresso Mundial de Saúde e Terapias Complementares ocorre nas dependências do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), na cidade do Rio de Janeiro. O evento contou principalmente com a participação de dentistas, veterinários, fisioterapeutas e médicos que optaram por realizar uma ação em conjunto, com a elaboração e assinatura da “*Declaração do Rio de Janeiro*”. A declaração pressupunha o apoio à regulamentação do exercício da acupuntura no Brasil, de acordo com as normas e diretrizes preconizadas pela OMS, esta que determina que este método terapêutico não deva ser restringido a nenhum profissional da saúde.

A declaração se torna histórica, tanto pelo caráter internacional do evento, mas por articular interdiscursivamente FD's de atores médicos e não-médicos, fortalecendo assim o discurso que justifique uma acupuntura para todos.

4.1.3 Judicialização da acupuntura

No ano seguinte, 2001, se inicia um período de bastante atrito da “corporação médica” com outros profissionais da saúde, frente ao

embate sobre o direito de se praticar acupuntura ou não. Este período, apelidado por muitos de “*Guerra das Liminares*”, foi representado por uma série de disputas judiciais entre as entidades de classe das profissões da saúde pelo direito da prática da acupuntura. Estas disputas estendem-se até meados de 2012 e demonstram o processo de judicialização sofrido por este método terapêutico.

A partir desta conjuntura, a FD da cooperação médica intensifica a formação de discursos para uma legitimação ideológica da frente de regulamentação da acupuntura médica através da articulação política de intertextualidades externas para o CD jurídico. Este CD, por sua vez, pertencente a um UD completamente distinto do universo da saúde pública no Brasil.

Um dos mais conhecidos casos neste ano, foi o noticiamento de um suposto crime pelo Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CREMESC) contra um psicólogo argentino (afim de preservação de sigilo, irei denominá-lo M.F.O.) que mantinha uma clínica e uma escola de medicina tradicional chinesa e terapias naturais dentro das dependências de um hospital no município de Santo Amaro da Imperatriz/SC. A acusação da entidade médica, através deste inquérito policial, é a de que o profissional estaria praticando um “*crime contra a saúde pública, com o exercício ilegal da medicina e promovendo curandeirismo*”, através da acupuntura. A entidade médica também teria espalhado *banners* pela região, dizendo que a acupuntura era atividade privativa dos médicos.

Boa parte dos enunciados que compõem a memória discursiva das argumentações do CREMESC é proveniente do início da institucionalização da medicina, em 1831. Data deste período o fato das Academias Imperiais de Medicina considerarem práticas não-médicas como curandeirismo e que assim deveriam ser combatidas como ameaças à saúde pública e à população, através da polícia sanitária.

A decisão do juiz foi a de arquivar o inquérito. Logo após, o acupunturista M.F.O. move ação contra a CREMESC e a Sociedade Médica de Acupuntura – SMBA / SC, em resposta ao ocorrido. A ação recebeu parecer favorável do juiz que, em seu entendimento, considerou que a acupuntura não é de uso exclusivo médico. O magistrado também atendeu ao pedido do profissional de que não fossem mais divulgados anúncios pelas entidades médicas, com o teor de que a acupuntura é ato privativo da medicina.

Mesmo com o CFM tendo reconhecido a acupuntura como especialidade, podemos dizer que o entendimento do juiz frente ao caso está alinhado com os discursos da FD da frente da acupuntura multidisciplinar.

Concomitantemente, o CFM, em conjunto com o Colégio Brasileiro de Acupuntura (CBA), resolve expedir mandatos de segurança na Justiça Federal contra os demais Conselhos Federais que já haviam reconhecido a acupuntura como especialidade terapêutica de suas devidas profissões. Estas liminares buscavam a suspensão destas resoluções de reconhecimento da acupuntura como especialidade. As autarquias atingidas por estas liminares foram o COFFITO, o CFBM, o COREN-SP e o CFF.

A liminar que primeiro obteve êxito foi a movida contra o CFF e que consegue a suspensão temporária de sua resolução nº 353, até o julgamento final do feito principal.

Como determinado pelas disposições federativas, que determinam que não haja a criação de mais nenhuma autarquia federal para cada profissão nova que surgir, em Minas Gerais funda-se o primeiro Conselho Regional de Autorregulamentação da Acupuntura no país, o CRAEMG. O órgão originalmente seria um pólo regional do CONBRAC, com a função de fazer a própria regulação do exercício do que chamavam “*profissão de acupunturista*” neste estado. Como proposto por seus fundadores, isto implicaria orientar, supervisionar e sistematizar o ensino da acupuntura no estado, assim como estabelecer seus critérios de segurança para fiscalizar sua prática.

O CRAEMG foi moldado a partir do CONBRAC pelos seus idealizadores, estes que defendiam uma acupuntura multiprofissional. Porém, apesar de levantar a bandeira da pluraridade para todos os profissionais da saúde, não iriam conseguir, por exemplo, adesão e reconhecimento da frente de regulamentação da corporação médica como um movimento legítimo. Estes, que se mostraram claramente contrários à prática da acupuntura por todos, por entenderem que será necessário criar critérios de segurança e eficácia do método, aos moldes da medicina biomédica.

Com a publicação da Resolução COFFITO 221/2001, a autarquia autoriza a prática da acupuntura para os Terapeutas Ocupacionais, frisando essencialmente “*Que qualquer profissional de Saúde com formação acadêmica superior está apto, após qualificar-se em curso específico, ao domínio técnico-científico da Acupuntura*”.

Em 2002, com a publicação da Portaria CVS01, da Vigilância Sanitária do estado de São Paulo, estabelece-se a decisão de reconhecimento dos serviços de acupuntura em estabelecimentos apenas aos profissionais que possuam nível superior de ensino, com a especialização devida. Apesar de não existirem normas específicas na ANVISA para consultórios de acupuntura, eles são tratados como “*consultórios agrupados sem ambientes de apoio, desde que funcionem*”

de forma individual. Nesse caso, os ambientes de apoio se resumem à(s) sala(s) de espera e recepção e sanitário(s) para público”.

Inicia-se uma desarticulação do CD da saúde pública, com a legitimação do campo de trabalho ao nível técnico de acupuntura. Porém, a Agência define como fundamento da qualificação para o exercício destes serviços em saúde, para além da especialização, a exigência de nível superior de ensino.

O impacto desta portaria prejudicaria o trabalho de todos os técnicos em acupuntura e cursos formadores para este tipo de habilitação. Com o ocorrido, o Sindicato de Acupuntura e Terapias Orientais do Estado de São Paulo (SATOSP) reage com a requisição de mandatos de segurança em alguns municípios paulistas, para a defesa da prática da acupuntura pelos técnicos.

No entanto, no Rio de Janeiro, é lançada pela Secretaria Estadual de Saúde a Resolução SES nº 1.837/2002, da qual dispunha sobre o serviço de acupuntura nas unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro, decisões criadas anteriormente pela Lei Nº 3.181, de 27 de janeiro de 1999. Contrariando as ações pela Vigilância Sanitária em adotar políticas mais restritivas, a SES-RJ amplia seu escopo de serviços de acupuntura para o âmbito hospitalar.

Através da Resolução CFP 05/2002, o Conselho Federal de Psicologia resolveu reconhecer a prática da acupuntura para os psicólogos desde que seja feito *“o uso da Acupuntura como recurso complementar no trabalho do Psicólogo, observados os padrões éticos da profissão e garantidos a segurança e o bem-estar da pessoa atendida, desde que possa comprovar formação em curso específico de Acupuntura e capacitação adequada”.*

Na questão dos mandatos de segurança acionados pelo CFM e CBA contra as demais autarquias federais da área da saúde, os juízes indeferiram as liminares contra o COFFITO, COREN-SP e o CFBM. As razões da recusa, segundo o entendimento dos magistrados, foram: No caso do conselho de biomedicina, a autarquia já reconhecia a acupuntura como especialidade desde 1986, sendo que a medicina passou a reconhecer apenas em 1995. Foi questionado o porquê pela demora de 9 anos para o CFM entrar com este pedido.

No caso do conselho de fisioterapia, a juíza observa que o pedido não tem legitimidade pois, se tratando de uma profissão não-regulamentada, compete à União legislar sobre o exercício e critérios das profissões e não a uma autarquia.

No caso do Conselho Regional de Enfermagem, o juiz previu uma grave lesão de ordem econômica, caso a liminar fosse aprovada, dado que milhares de enfermeiros ficariam impedidos de trabalhar, caso houvesse aprovação da ação.

Através da observação das três argumentações judiciais diferentes que compõem as sentenças, fica bastante clara a falta de consenso em julgar casos de natureza praticamente idêntica. Ela também evidencia que a formação intradiscursiva da FD jurídica a respeito de normas e diretrizes de MT/MAC ainda é muito dispersa e/ou incipiente.

Procurando atender aos compromissos internacionais assumidos com a Organização das Nações Unidas (ONU), por intermédio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Governo Federal, através do Ministério do Trabalho e Emprego, emite a Portaria Nº 397, que aprova a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO/2002) para aplicação em todo território nacional. Relevante à regulamentação, há a definição de três CBO's para cargos referentes a acupuntura: o Cód. 3221-05 – Acupunturista; Cód. 2236-05 – Fisioterapeuta acupunturista; 2515-10- Psicólogo acupunturista.

A aprovação da Lei Municipal nº 2613.472 (SMS-SP) cria pela primeira vez uma Comissão Municipal de Acupuntura para a cidade de São Paulo, um órgão colegiado em associação com o Conselho Municipal de Saúde com a finalidade de: Estudar e sugerir medidas concretas, visando disciplinar as atividades dos acupunturistas no Município de São Paulo; Opinar sobre assuntos de interesse dos acupunturistas, que tenham relação direta com as leis, decretos ou regulamentos municipais; Opinar e colaborar com o Poder Público, manifestando-se sobre assuntos relativos à prática da acupuntura de interesse da Secretaria Municipal da Saúde, que lhe forem submetidos pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo titular da Pasta.

A composição da comissão seria de um membro do Conselho Municipal de Saúde e de outros seis membros indicados pelas entidades representativas de acupuntura na cidade. A Secretaria Municipal de São Paulo, visando o controle social, deixa em aberto a participação destas entidades na comissão, sem delimitação de convênios específicos.

No Rio de Janeiro, ocorre a fundação do segundo órgão autorregulamentador para a acupuntura, o Conselho Regional de Autorregulamentação do Estado do Rio de Janeiro – CRAERJ. A criação deu-se na ocasião da realização do IX Congresso Nacional de Acupuntura e Moxabustão, dando continuidade à ideia de formar os braços do CONBRAC sobre os demais estados federativos.

Ainda nesta conjuntura, a Organização Mundial de Saúde (2016) estabelece um ponto importante para a definição do plano de ação estratégico global para o delineamento de políticas públicas com as medicinas tradicionais, com a publicação da “*WHO Traditional Medicine Strategy - 2002–2005*”. O documento apresenta uma revisão global sobre a ocorrência e uso dos diferentes tipos de medicinas tradicionais, compara características entre diferentes políticas nacionais e identifica

como elas funcionam em conjunto com os respectivos sistemas de saúde vigentes.

Considera que o papel e o uso das medicinas tradicionais, em sua aplicação, devem respeitar a diversidade regional de cada país. Leva em conta os desafios para os próximos anos, para o estabelecimento de marcos regulatórios, garantia de eficácia, segurança, qualidade e uso racional de recursos terapêuticos destas medicinas, além de entender que não deve haver restrição à prática da acupuntura a nenhum tipo de profissional ou indivíduo.

Já a Autarquia Federal da Educação Física, através da Res. CONFEF – Nº 069/2003, resolve *“reconhecer a possibilidade de utilização da Técnica de Acupuntura, como recurso científico complementar, no desenvolvimento da intervenção do Profissional de Educação Física, devendo, portanto, respeitar a vida, a dignidade, a integridade e os direitos da pessoa humana, em particular, daqueles que são seus beneficiários.”*

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, convocada por Decreto Presidencial, em 5 de maio de 2003, há a deliberação, em seu relatório final, para a efetiva implementação das medicinas tradicionais no SUS. A terminologia escolhida para designar estes sistemas terapêuticos, na ocasião, foi a de *“Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC)”*.

A FD do Ministério da Saúde estabelece contato com os interesses e determinações preconizados pela estratégia global da OMS, fortalecendo assim as relações internacionais do SUS e formando uma relação de intediscursividade externa.

No ano seguinte, há novamente julgamento de novas liminares lançadas pelas entidades médicas contra às autarquias de outros profissionais da saúde e outras entidades de defesa da acupuntura multidisciplinar, todas elas pelo mesmo motivo de demanda da suspensão da prática por aqueles que não forem “médicos”. Todas as quatro liminares lançadas neste período foram consideradas improcedentes e foram devidamente anuladas.

Diante das múltiplas demandas políticas das variadas classes profissionais, disputas, dilemas e recorrentes judicializações e na ausência de uma política pública que tratasse especificamente das medicinas tradicionais, no contexto do nosso sistema de saúde, o MS delibera um Grupo de Trabalho (GT) para a elaboração de uma política nacional para a inserção das medicinas tradicionais naquele âmbito. A composição do GT ramifica-se em quatro subgrupos para cada medicina contemplada na política, pensadas inicialmente: medicina tradicional chinesa, fitoterapia, medicina antroposófica e homeopatia.

Nasce, então, a composição de uma formação discursiva de corpo científico em MT/MAC devidamente institucionalizada e legitimada pelo MS. Assim, se pode ver o GT e a própria política como atores centrais para a articulação de todas as FD's de todos os CD's diferentes, relativos à acupuntura no Brasil.

Para o cumprimento da decisão judicial proferida na Medida Cautelar Inominada de nº 2002.001.153940-1, impetrada pela Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), a governadora Rosinha Garotinho decide que os efeitos da Resolução SES nº 1.837/2002 (que dispunha sobre os serviços de acupuntura em hospitais) ficam suspensos. E, por consequência, as disposições de tal norma não podem ser aplicadas pela administração pública estadual do Rio de Janeiro. Fica vedado, desta forma, que profissionais sem habilitação legal para a prática da medicina exerçam a prática da Acupuntura na administração pública estadual. Ou seja, os acupunturistas não-médicos do Rio de Janeiro ficariam impedidos de trabalhar.

A medida tomada pela governadora aparece totalmente desarticulada com os princípios de prática multidisciplinar e caminha na contra-mão do que a SMS-RJ já havia proposto à capital do estado, constituindo-se como uma decisão arbitrária e que atendia exclusivamente às considerações da SMBA.

Definido como nicho estratégico de pesquisa, em 2004 o campo das MNPC's é incluído na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa no SUS (ANPPS). O objetivo é a realização de um estudo de levantamento com caráter nacional, para a busca de inserção destas práticas no SUS. Esta iniciativa fortaleceria, consideravelmente, a consolidação da futura política de MC/MAC Brasileira.

No ano de 2005, através do Decreto Presidencial de Luís Inácio Lula da Silva, cria-se um novo Grupo de Trabalho no MS para o desenvolvimento de uma política nacional específica para as plantas medicinais e fitoterápicos. Também no âmbito dos Ministérios, o MEC promove o reconhecimento do segundo curso de bacharelado em naturologia do Brasil, desta vez instalado na Universidade Anhembi-Morumbi (UAM), da cidade de São Paulo.

Através de acionamento judicial, o CREFITO-2ª região, frente à suspensão da Resolução SES nº 1.837/2002 pela governadora do estado do Rio de Janeiro, consegue revogar esta liminar.

Com a realização da 162ª reunião plenária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), há aprovação no plenário, por unanimidade, a favor da inserção de sete novas profissões da área da saúde a serem contempladas pela nova política nacional de saúde das medicinas tradicionais no SUS. Esta decisão só se tornou possível através da Revogação da Resolução CIPLAN nº 5/88 MPAS/SG e pelo fomento de

debates no Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores na Área da Saúde (FENTAS) e do Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde.

A consolidação do formato da política nacional para medicinas tradicionais no Brasil encontra êxito com a publicação da portaria nº 971 de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). A PNPIC recomenda a adoção, pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, da implementação e implantação de serviços e ações referentes às medicinas tradicionais em seus territórios. O documento ainda aponta diretrizes das práticas para a ESF e responsabilidades institucionais dos gestores. A terminologia “*Práticas Integrativas e Complementares – PICs*” foi adotada pelo MS para designar as “*Medicinas Tradicionais e Complementares/Alternativas*” (MT/MCA), utilizada pela OMS.

Com a necessidade de registrar os procedimentos realizados com as PIC’s, foi criada a Portaria nº 853 de 2006, para a inclusão dos códigos de procedimentos no SCNES, sob os seguintes números de cadastros: 068-Práticas Integrativas e Complementares; 001-Acupuntura; 002 Fitoterapia; 003 - Outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa; 004 -Práticas Corporais/Atividade Física; 005-Homeopatia; 006-Termalismo/Crenoterapia; 007-Medicina Antroposófica.

A CRAERJ em 2006, frente aos conflitos emergentes em seu estado diante da regulamentação da acupuntura, decidiu convocar uma reunião com as principais escolas de medicina chinesa e entidades representativas para a discussão de questões de interesse comum. A iniciativa visava o fortalecimento do processo de institucionalização e legitimidade da acupuntura no país. Como produto deste evento, a “*Carta Compromisso*”, sobre os princípios a serem adotados por todos os envolvidos para o aprimoramento da formação teórica e prática dos alunos em seus cursos de formação em acupuntura. Das dezenove entidades convidadas pelo CRAERJ, treze marcaram presença na reunião. Importante ressaltar que a entidade não convidou nenhuma organização pertencente à classe médica, do qual tivesse papel representativo da acupuntura.

O CNS resolve, por meio da Res. 371, em 14 de junho de 2007, criar a Comissão Interministerial de PIC’s no SUS (CIPICSUS, 2016), com o objetivo de sistematizar o assessoramento e a qualificação do CNS, com vistas à garantir bom desempenho na criação e proposição de estratégias que tangem às PIC’s, tornando-as disponíveis e acessíveis como opções preventivas e terapêuticas para a população. Este grupo possui, como representantes, entidades de diversas naturezas, desde

aquelas religiosas, a representações indígenas e de profissionais da saúde, médicos e não-médicos.

A iniciativa governamental no estabelecimento de uma comissão mista de FD's completamente distintas visa a pactuação, alinhamento e consenso entre estes diversos atores, atuando no sentido de contribuir para alinhar objetivos em comum entre os mesmos.

Um evento internacional, promovido pelo MS, marca o ano de 2008, com o I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. O evento contou com a presença ilustre de *XiaouoriZhang*, coordenadora do Programa Internacional de Medicinas Tradicionais da OMS. O seminário foi um dos eventos com maior abrangência de atores nacionais e internacionais no âmbito da saúde pública, em contexto com as PIC's, contando com a presença e representação da OMS, OPAS, DAB, Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria do Departamento de Atenção Básica e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS.

O CFO delibera o reconhecimento através da Res. 082/2008 do exercício pelo cirurgião-dentista das seguintes práticas integrativas e complementares à saúde bucal: Acupuntura, Fitoterapia, Terapia Floral, Hipnose, Homeopatia e Laserterapia. A autarquia, com a mesma característica da normativa do COFEN, abrange um escopo maior de práticas das quais já havia contato posterior.

A Portaria 84 SCNES (2016) de 2009, estabelece uma função fundamental no sentido de incluir novos CBO's para o registro de procedimentos de acupuntura, deliberando os seguintes códigos para os cadastros: 134 -Serviço de práticas integrativas: 001 – acupuntura ; Grupo 1 - 2231-01 médico acupunturista; Grupo 2 - 2235-05 enfermeiro; Grupo 3 - 2212-05 biomedico; Grupo 4 - 2236-50 fisioterapeuta acupunturista; Grupo 5 -2515-10 psicólogo clínico - psicólogo acupunturista; Grupo 6 - 2234-05 farmacêutico.

Neste mesmo sentido amplo, a emissão da Portaria NR 07/DGP em 2009, do Ministério da Defesa, aprova as normas regulamentadoras para o estabelecimento da prática da acupuntura no Serviço de Assistência Médica aos Militares do Exército e seus Dependentes. Fica resolvido que a prática da acupuntura nas Organizações de Saúde do Exército seja multiprofissional, desde que o acupunturista apresente diploma de conclusão de curso devidamente reconhecido por sua respectiva autarquia.

Uma ação foi movida pelo Sindicato de Médicos do Rio Grande do Sul –SIMERS que, através do Ministério Público Federal, processou a União Federativa Brasileira, exigindo a anulação da Portaria nº 971/2006. As alegações eram as de que este dispositivo permitia a institucionalização de terapêuticas sem “comprovação científica”

(Fitoterapia e Termalismo Social) e autorizava a prática da acupuntura por não-médicos. O Juiz que cuidou da questão considerou a Ação Civil Pública improcedente.

Em 2011, no âmbito legislativo, COFFITO aprova duas novas resoluções, com termos atualizados para a regulamentação da prática da acupuntura: Res. nº 393/2011, para a fisioterapia e Res. nº 405/2011, para a terapia ocupacional. Enquanto isso, na Assembléia Legislativa do Paraná, é convocada uma Audiência Pública para um debate sobre as PIC's, com as principais entidades representativas na cidade de Curitiba.

O Conselho Nacional de Saúde, em sua 224ª reunião ordinária, promove a aprovação da Recomendação nº 012, que em seu teor delibera que: Os órgãos e entidades ligados ao MS, promovam uma readequação de seus serviços, programas, projetos e atividades em conformidade às diretrizes definidas pelos dispositivos normativos que dizem respeito à prática multiprofissional da medicina chinesa, no que concerne à acupuntura; Recomenda que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pelos planos de saúde no Brasil, incluam as demais categorias profissionais da saúde contempladas na Portaria nº 971/2006, para a prática da acupuntura nestes serviços.

Há também neste período, a criação da Federação Brasileira de Sociedades de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa, com o intuito de unir as entidades representativas através de uma instância de alcance nacional. A organização foi fundada por Wu Tou Kwang (Presidente da SATOSP e SINDACTA, de São Paulo), Sohaku Bastos (Presidente da Sohaku-IN e ABACO, do Rio de Janeiro) e Luci Aquemi Hayashi (Presidente da SATOPAR, no Paraná).

O ano de 2012 é marcado por um dos atos judiciais de maior impacto entre as Autarquias Federais da área da saúde, o qual causou veementes manifestações públicas de repúdio pela decisão. O TRF1 dá provimento a onze ações, distribuídas entre cinco profissões não-médicas (quatro para CFF, três para o CFP, duas para o COFEN, duas para o COFFITO e uma para o CFFA) de autoria do CFM, em conjunto com o CMA, com o objetivo de anular as resoluções de reconhecimento da acupuntura como especialidade daquelas profissões não-médicas. As entidades de classe atingidas publicam, em múltiplos meios de comunicação, diversas notas oficiais para o esclarecimento e mobilização da população e de profissionais contra a decisão judicial

Com a união das entidades não-médicas atingidas pelas ações frente ao apoio do CRAERJ, o coletivo mobiliza-se para a publicação do “*Manifesto de Abril de 2012*”. O Manifesto conclama todas as entidades representativas de acupuntura no Brasil a formarem uma frente única para defesa do direito à prática multiprofissional da acupuntura por todos os profissionais da área da saúde. A iniciativa também dá início ao

movimento de criação das faculdades nacionais de ensino superior em acupuntura, além de também demonstrar apoio à regulamentação da medicina biomédica, através do Projeto de Lei do Ato Médico, profissão que não estava regulamentada até aquele momento. Este Manifesto tornou-se o primeiro documento a citar o Estado brasileiro como responsável pela manutenção dos compromissos internacionais e dos direitos humanos, no sentido de que fosse dado o devido prosseguimento da regulamentação da acupuntura.

Um pronunciamento oficial em mídia, que abrangeu as emissoras da TV Justiça, TV Brasil, TV Cultura e TV do TRF1, acaba por provocar a intensificação da discórdia entre médicos e não-médicos. A matéria destacava um novo posicionamento em relação à disputa pelo direito de explorar a atividade de acupuntura. Tendo atendido ao pedido do CFM, o TRF1 aprovou a decisão judicial que negava às Autarquias Federais de não-médicos o direito de emitir Resoluções aprovando a prática da Acupuntura para os associados. A equipe de reportagem de TV do TRF1 teria apresentado os argumentos da decisão e a reação dos não-médicos frente a decisão, que estariam impedidos de oferecer o serviço. A assessoria de comunicação social da TV do TRF1, inicialmente declara, através de nota oficial, que a acupuntura seria uma especialidade exclusiva da medicina. Porém, em uma segunda nota oficial, desta vez com a assinatura da Presidente do Tribunal, afirma que a acupuntura seria uma prática multiprofissional.

Após uma denúncia formalizada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) através do Ofício COFINS nº 397/2012, foram acionados policiais da Delegacia do Consumidor (DECON) para efetuar o pedido de prisão do médico chinês (codinome Y.T.), por estar supostamente praticando o “*exercício ilegal da medicina*”. O acupunturista, juntamente com seu material de trabalho, foi conduzido à 16ª Delegacia de Polícia do Rio de Janeiro. Sua agenda de atendimentos e suas agulhas foram, desta forma, apreendidos. Não tendo encontrado qualquer irregularidade na atividade do médico estrangeiro e com o auxílio da consultoria prestada pelo SINDACTA, Y.T. é liberado.

A justificativa dada pelo CREMERJ, em utilizar tal recurso contra Y.T. , estava apoiada na decisão proferida pelo TRF1, na qual o Tribunal anula as demais resoluções de reconhecimento da acupuntura, o que, por fim, significaria que a prática seria especialidade exercida apenas pela classe médica.

Ocorre a repetição do enunciado de “*crime por exercício ilegal da medicina*”, envolvendo também um profissional estrangeiro, conforme ocorreu com o evento envolvendo , em 2001. Seja pela ação da polícia ou pelo sistema judiciário, a imagem destes profissionais

ficaria seriamente comprometida frente à população e pacientes em geral que frequentassem seus serviços de saúde.

Enquanto isto, na 1ª Câmara de Direito Público de Pernambuco, a aprovação do Acórdão sobre Agravo Regimento nº 0272525-5/01, que apoia a argumentação dada pelo CMA, decidindo suspender a nomeação de cargos de acupunturista em concursos públicos a profissionais não-médicos. A razão desta decisão estaria na justificativa de resguardar a população de possíveis riscos de imperícia e de graves danos à saúde, durante a prática da acupuntura pelos não-médicos que, no documento, são citados como “*profissionais leigos*”.

Em virtude do descredenciamento de fisioterapeutas acupunturistas pelos planos de saúde que prestavam atendimentos aos funcionários da Caixa Econômica Federal, é convocada a reunião da Associação Gaúcha dos Fisioterapeutas (AGAFISA) com a ANS. A resposta da agência, em face ao ocorrido, alega que a mesma não possuía dispositivos legais que obrigassem as operadoras dos planos a contratar determinados tipos de profissionais. Neste sentido, a obrigação da ANS seria apenas a de garantir a oferta deste procedimento pelos planos. Contudo e em paralelo a isso, a ANS afirma que seu posicionamento é favorável ao exercício multiprofissional da acupuntura.

A Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas Acupunturistas (SOBRAFISA), diante destas ocorrências, decide emitir um pronunciamento oficial em seu site institucional, direcionado especificamente ao esclarecimento da população leiga sobre o exercício da acupuntura em território brasileiro. O documento, assinado por seu Conselho Gestor Nacional, destaca que o exercício da acupuntura no Brasil, assim como nos demais países que seguem os princípios e diretrizes da OMS, possui caráter multiprofissional.

O período de 2012 ainda contou com a realização do 1º Seminário Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares. O seminário reuniu representantes do MS, secretários municipais e estaduais de saúde e das entidades de defesa da acupuntura multiprofissional que, juntos, iniciaram o debate para o planejamento de aplicação dos investimentos em saúde para o desenvolvimento da área de PICs nos municípios do sul do país.

A Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado Federal aprova, em 2013, o Projeto de Lei do Senado nº 268. O PL refere-se a uma das proposições do conhecido “*Ato Médico*”, que visava regulamentar a profissão médica, sendo aprovado em seu teor original, o qual preconiza que o “*diagnóstico e tratamento de doenças sejam competências exclusivas do médico*”.

Após a aprovação deste PL, ele assume a forma do PL nº 12.842, do qual após apreciação da então presidenta Dilma Rousseff, sofre diversos vetos em trechos que poderiam comprometer a garantia da autonomia e cerceamento de direitos das profissões da área da saúde em sua prática.

Tomando como exemplo, os termos “*diagnóstico*” e “*tratamento*” foram vetados em diversos trechos por serem amplos demais, já que cada profissão da área da saúde possui seus métodos de diagnóstico e tratamento próprios, respeitando a competência de cada profissional em seu campo de atuação. Ao entendimento da lei, poderia-se interpretar de que todas as ações de diagnóstico e tratamento só poderiam ser feitos por médicos.

O então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, convoca uma reunião com líderes da base do governo do Senado Federal, para a manutenção dos vetos da presidenta Dilma Rousseff aos trechos do projeto original do Ato Médico, o PL nº 12.842. Os referidos trechos, se aprovados, justamente, poderiam colocar em risco a garantia dos direitos de autonomia dos demais profissionais da saúde, dentre eles, aqueles que exercem a acupuntura.

Os psicólogos pertencem a uma das categorias profissionais atingidas pela decisão do TRF1, e que tiveram sua Resolução nº 5/2002 anulada em 2012, a partir do quê estariam legalmente impedidos de praticar a acupuntura. Através do CFP, estes profissionais encaminham recurso especial ao Supremo Tribunal Federal, pedindo reformulação da decisão proferida pelo órgão, que não previa ao psicólogo a prática da acupuntura como intervenção terapêutica em sua lei CFP nº 4.119/62, que regulamenta a prática de profissão de psicólogo. Portanto, psicólogos não poderiam praticar a acupuntura.

Em Belo Horizonte, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, através da Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC) e do Conselho Nacional de Saúde, promove o 1º Fórum Estadual de PICs e também 1º Seminário Regional Sudeste de PICs. Os eventos reúnem profissionais, gestores e representantes estaduais das secretarias de saúde, com o objetivo de intensificar o fortalecimento no sentido da implementação das PICs na Atenção Básica, além da discussão de sua Política Estadual de PICs (PEPIC).

Em 2013, é atualizada a CPICSUS (2013), através da Resolução nº 478. A resolução visava a atualização dos membros do Conselho, no sentido de que fossem condizentes com as competências estabelecidas para a composição daquele colegiado. Surpreendentemente, nenhuma organização médica participa esta deliberação. O documento também estabelece que o mandato se estenderia até 2015.

Foi memorável a votação no Senado Federal, em 20 de agosto de 2013, onde ocorreu a apreciação dos vetos feitos pela presidenta Dilma aos trechos do PL do Ato Médico. Vence a decisão para que assentenças pertencentes ao projeto de lei original permaneçam vetadas, em respeito à garantia de autonomia das práticas laborais de categorias de profissionais de saúde não-médicos.

Na véspera das eleições presidenciais de 2014, o CFM, em conjunto com as demais associações e sociedades de medicina, elabora o “Manifesto em defesa da saúde dos brasileiros”, para envio posterior aos candidatos à presidência da República.

O documento reuniu exigências que, do ponto de vista da classe médica, são fundamentais para manter a obediência às diretrizes e aos princípios constitucionais que regulam a assistência nas redes pública, suplementar e privada. Entre elas, recomenda enfaticamente que o “Ato Médico” seja aprovado e mantenha seu teor original. Ou seja, aquele que estabelece a execução de diagnóstico e tratamento em saúde como atribuição privativa dos médicos. Este documento transmite e reafirma, por fim e contrariamente a diversas determinações vigentes, inclusive aquelas da Política Nacional de Saúde, pretensões, atitudes e valores da classe médica com relação às demais profissões e profissionais da área da saúde.

Em 18 de maio de 2015 em Florianópolis/SC, é fundado o Grupo de Trabalho (GT) de Naturologia no SUS (2016), originalmente idealizado e coordenado pelos naturólogos Alan Kornin e Luisa Nuernberg Losso, na época, mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

O principal propósito do grupo foi reunir pesquisadores, naturólogos, acadêmicos de naturologia e profissionais de áreas afins para a criação de estratégias e ações que visem a ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC’s) no Sistema Único de Saúde, bem como a inserção dos profissionais naturólogos em seus serviços de saúde.

Coincidindo a fundação do grupo com o ano da 15ª Conferência Nacional de Saúde, o grupo elaborou algumas ações para a participação dos eventos preparatórios que antecederiam a conferência. Durante a 9ª Conferência Municipal de Saúde do município de Florianópolis/SC foi apresentada e aprovada Moção de Apoio para inserção do naturólogo no NASF. Neste mesmo evento, o grupo conseguiu também elencar uma proposta ao eixo temático de Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade, a proposta possui o teor de fortalecimento da atenção básica através da atuação multidisciplinar e da ampliação do quadro de profissionais com a inclusão do CBO de Naturólogo.

A principal ação realizada pelo GT na 15ª CNS foi: A aprovação da proposta de moção de apoio para: Inclusão dos profissionais da família CBO 2263 (Arteterapeutas, Equoterapeutas, Musicoterapeutas, e Naturólogos) no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na Atenção Básica; Solicitação da contratação de outros profissionais de nível superior acupunturistas; Apoio para a ampliação do acesso às PIC's em adequação à portaria nº 853/2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compatibilização dos métodos de análise de discurso e elaboração de mapas conceituais, mostrou-se nesta pesquisa como bastante satisfatória e demonstrou um potencial considerável para a construção de materiais teórico-pedagógicos e/ou modelos explicativos para séries históricas, trajetórias políticas e legislativas.

Sobre a trajetória da regulamentação da acupuntura, vemos a construção de dois Campos Discursivos, o CD da acupuntura médica e o CD da acupuntura multiprofissional, sendo eles possuidores de entendimentos distintos sobre a forma de institucionalização e legitimação do campo de constituição da verdade sobre as práticas terapêuticas derivadas da racionalidade médica chinesa, no âmbito da saúde pública brasileira. Diferentes tipos de atores transitam em sua composição ao longo das conjunturas, mas é possível notar uma certa regularidade em sua conformação.

O Campo Discursivo da acupuntura médica entende como atividade prioritária, a necessidade do aprimoramento nos estudos científicos para a explicação dos mecanismos fisiológicos da terapêutica chinesa e prioriza a criação de dispositivos de controle e manejo clínico e diretrizes de segurança, qualidade e eficácia em sua aplicação no tratamento das enfermidades. Participam deste CD, predominantemente, atores médicos que possuem afinidade com a hiperespecialização das atividades privativas médicas.

O Campo Discursivo da acupuntura multiprofissional considera que a racionalidade médica chinesa possui anamneses, diagnósticos e prescrições terapêuticas completamente distintas da medicina biomédica e por isso entende que seu campo de atuação é diferente e não deve ser prática exclusiva e privativa de nenhum profissional em específico. A composição deste CD abarca uma diversidade de tipos de profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, biomédicos, técnicos, terapeutas orientais e holísticos), que possuem diferentes níveis de educação e também uma pluralidade de linhas de abordagem em acupuntura.

Estes dois Campos foram intermediados por instâncias governamentais, tais como conselhos de saúde, autarquias e ministérios, o que acontece com mais intensidade após o surgimento do SUS. Podemos considerar que isto constitui, assim, um terceiro campo de discursos que buscava conciliar a regulamentação não só da acupuntura, mas das demais MT/MAC, em consonância com as diretrizes e estratégias das organizações internacionais de saúde.

O choque paradigmático e epistemológico desta racionalidade com a medicina biomédica hegemônica, possibilitou o surgimento de

conflitos, paradoxos, dilemas e questionamentos sobre o quê deveria ser considerado a “medicina” e as “práticas terapêuticas tradicionais” no campo da saúde.

Este choque, por si só, intensificou as discussões entre estes dois campos, provocando embates diretos em suas trocas interdiscursivas e fazendo, assim, com que emergisse uma memória de rivalidade ao longo desta trajetória.

A falta de um currículo básico para o ensino superior e pós-graduação em acupuntura constitui-se como um agravante e intensificador dos embates entre os dois CD rivais, principalmente para a delimitação das áreas de atuação de cada categoria profissional às quais compete o exercício da acupuntura.

Vemos a utilização do termo “*acupuntura*” como sinônimo de “*medicina tradicional chinesa*” ou “*medicina chinesa*”, pela maioria das entidades e atores representativos desta racionalidade médica. A acupuntura é regulada como uma ocupação pelo MTE, mas, durante esta trajetória, há confusões de terminologia para se referir a ela como uma profissão.

Foi possível observar o surgimento de um período de judicialização das práticas profissionais da acupuntura, de 2000 até meados de 2012. A judicialização da acupuntura revelou-se como uma tática recorrente pelas autarquias médicas, adotada principalmente afim de monopolizar a prática pela classe médica. Em contrapartida, os dispositivos judiciais foram acionados pelos não-médicos, afim de assegurar e garantir seu exercício da prática.

No âmbito legislativo é utilizada predominantemente a terminologia “*acupuntura*” para a designação da prática terapêutica, porém, os projetos de lei que pretendem regulamentá-la não apresentam congruência ou ponto em comum em suas propostas sobre questões como currículo mínimo para habilitação profissional ou competências dos acupunturistas. Para elaborar as proposições, parece não haver consulta por parte dos relatores, acerca de questões mais complexas no âmbito sanitário brasileiro, principalmente da conformação de seus serviços de saúde, como também em relação a pluralidade de entidades representativas e de ensino em acupuntura.

No âmbito judiciário, “*acupuntura*” também é o termo utilizado para referir-se à terapêutica chinesa. Observou-se, nas decisões judiciais referentes a restrição à prática da acupuntura, ausência de consenso jurisprudencial, bem como um distanciamento ou desconexão com as normas e diretrizes das MT/MAC.

Considerando a necessidade de regulação do exercício da medicina, esta deve ser pensada de modo a que as competências dos demais profissionais da saúde não sejam cerceadas ou impedidas de ser

praticadas. Na mesma medida, as demais profissões não-médicas também necessitam de uma delimitação mais clara sobre seu campo de atuação, com relação à racionalidade médica chinesa e as demais MT/MAC.

Um dos principais obstáculos para a regulamentação da acupuntura está na elaboração de um consenso e ponto de vista em comum sobre a delimitação do campo de atuação do “acupunturista”, entre todas as categorias profissionais, através de suas autarquias federais, entidades de classe, associações, sindicatos e sociedades.

O SUS constitui-se como um Sistema Inclusivo das MT/MAC no sistema nacional de saúde brasileiro e, ao longo de sua trajetória, busca promover o acesso democrático e universal da acupuntura, com enfoque em sua prática multiprofissional e em sua disponibilidade na Atenção Básica. Mas também enfrenta desafios consideráveis para a implementação de práticas da medicina chinesa em seus serviços de saúde, para a inclusão de novas categorias profissionais para empregá-las e no estabelecimento de normas ambulatoriais para a regulação e aplicação das técnicas.

A criação de diretrizes ao ensino e pesquisa para alcançar os parâmetros de segurança, qualidade e eficácia na aplicação das diferentes terapêuticas desta racionalidade mostram-se necessários para o cumprimento destas metas, ao nível nacional. Mas tais diretrizes devem ser pensadas de modo a respeitar a coexistência de diversas linhas de abordagens em acupuntura.

A acupuntura, por ser uma medicina tradicional pioneira no processo de institucionalização e implementação nos serviços de saúde no Brasil, é também possuidora de uma popularidade mundial nos campos de ensino, pesquisa e prática clínica. Assim, ela pode ser levada como um exemplo, um estudo de caso para futuras elaborações de políticas públicas de saúde que venham buscar a inclusão de outras MT/MAC ao rol de serviços em saúde do SUS.

Para vencer os dilemas e conflitos ético-legais das delimitações de atuação em MT/MAC, em cada profissão da saúde, bem como promover uma harmonização das relações de rivalidade e conflito de pontos de vista ideológicos distintos, cabe destacar a competência dos órgãos responsáveis do Ministério da Saúde e do Departamento de Atenção Básica. Ao que tudo indica, estes órgãos devem ser os principais intermediadores daquele processo, sempre tendo em conta o trabalho em conjunto com pactos e instituições internacionais, como a *World Federation of Acupuncture Societies* e a *World Federation of Chinese Medicine Societies*. Por fim, este processo deve acontecer em alinhamento com as diretrizes e estratégias preconizadas pela própria Organização Mundial da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

ACIOLE, Giovanni G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec. 2006.

ALCADIPANI, Rafael; TURETA, César. **Teoria Ator-Rede e análise organizacional: contribuições e possibilidades de pesquisa no Brasil**. Organ. Soc., Salvador , v. 16, n. 51, p. 647-664, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302009000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 may 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-92302009000400003>.

ALMA-ATA. **Alma-ata declaration**. WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO. 1978. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 12, Jun 2016.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2006.

AQUINO, Marina Cleide Missiato et al. A acupuntura como atividade multiprofissional no brasil In: **XIV INIC/ X EPG**, 2010, São Paulo. Anais eletrônicos. Disponível em <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0181_0185_03.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2014.

ARENDT, Ronald João Jacques. Maneiras de pesquisar no cotidiano: contribuição da teoria do ator-rede. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 20, n. spe, p. 7-11, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 may 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000400003>.

AUSUBEL, David Paul; NOVAK, Joseph D.; HANESIAN, Helen. **Psicologia educacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

AUTEROCHE, B.; NAVAILH, P. **O diagnóstico na medicina chinesa**. São Paulo: Organização Andrei, 1992.

BARROS, Antonio; DUARTE, Jorge; NOVELLI, Ana Lucia Romero. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BARROS, Nelson Filice de; SIEGEL, Pâmela; SIMONI, Carmen De. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3066-3067, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001200030&lng=en&nrm=iso>. Access on 26 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001200030>.

BASSETTE, Fernanda. STF proíbe psicólogos de usar acupuntura. **O Estado de S.Paulo**, São Paulo, 1 mai. 2003. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,stj-proibe-psicologos-de-usar-acupuntura,1027253,0.htm>>. Acesso em: 07 abr.2014.

BING, Wang. **Princípios de medicina interna do imperador amarelo**. São Paulo: Ícone, 2001.

BIREME, **BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE**. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=300&fb=&page=1&q=Acupuncture+&index=tw&search_form_submit=Pesquisar> Acesso em: 15, abr. 2015.

BERETTA, Carlos; CYRINO, Hélio. **Biotipologia: um estudo da essência humana**. 2. ed. Campinas, SP: Editora Átomo Ltda, 2007.

BING, Wang. **Princípios de medicina interna do imperador amarelo**. São Paulo: Ícone, 2001.

BOSI, Maria Lucia Magalhães; MERCADO MARTINEZ, Francisco Javier. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petropolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 85, 25 de março de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Abr 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0084_25_03_2009.html> . Acesso em: 12 abr, 2016.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília:** Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/3/1/113Politica_Nacional_de_Praticas_Integrativas_e_Complementares_SUS.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2014.

_____. **Política Nacional da Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.

BRANDÃO, Helena. **Introdução à análise do discurso**. 3. ed. rev. Campinas: Ed. da Unicamp, 2012.

BUZATO, Marcelo El Khouri. **Letramentos em rede:** textos, máquinas, sujeitos e saberes em translação. Rev. bras. linguist. apl., Belo Horizonte , v. 12, n. 4, p. 783-810, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-63982012000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 15 may 2015.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei nº 1549 de 2003:** Disciplina o exercício profissional de Acupuntura e determina outras providências. Câmara dos deputados, projetos de lei e outras proposições. 2003. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=125811> . Acesso em: 15, abr 2015.

_____. **Projeto de lei nº 2626 de 2003:** Dispõe sobre a regulamentação e fiscalização do exercício profissional da Acupuntura. Câmara dos deputados, projetos de lei e outras proposições. 2003. Disponível em: <

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=146012>>. Acesso em: 16, abr 2015.

CAMPIGLIA, Helena. **Psique e Medicina Tradicional Chinesa**. São Paulo: Roca, 2004.

CAMPOS, Gastão W. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CAPES. **BANCO DE TESES DA CAPES**. Disponível em: <<http://bancodeteses.capes.gov.br/>> Acesso em: 15, abr. 2015.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa**: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2015.

CARNEIRO, Norton Moritz. **Acupuntura baseada em evidências**. Florianópolis: Ed. do Autor, 2000.

CHONGHUO, Tian. **Tratado de medicina chinesa**. São Paulo: Roca, 1993.

CIRILO, Antônio Carlos Martins. **Acupuntura**: ciência, legalidade e prática médica. Goiania: Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, 2006.

CNESNET. **DataSUS**: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>; Acesso em: 20 set. 2014.

CPICSUS. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Interministerial de Práticas Integrativas e Complementares**. Ministério da saúde: Brasília: 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cipicsus/index.html . Acesso em: 12, Jun 2016.

CNS. **8ª Conferencia Nacional de Saúde - relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 03 jun, 2015.

CRPSP. **Conselho Regional de Psicologia do estado de São Paulo**. 2013. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=485>. Acesso em: 15 abr, 2015.

CUTOLO, L. Modelo biomédico, reforma sanitária e educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n.4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>>. Acesso em: 16 jun, 2015.

DAB. **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998>. Acesso em: 15, abr 2015.

_____. **Portaria nº 84 de 2009**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria84_25_03_09.pdf. Acesso em: 12, Jun 2016.

DA SILVA, Adriana E. M. **Naturopatia**: prática médica, saberes e complexidade. In: JORNADAS DE INVESTIGACION EN ANTROPOLOGIA SOCIAL, 2008, Buenos Aires. Anais... Buenos Aires, 2008.

DANG, Yi; TANG, Yuxiu; GENG, Enguang. BEIJING UNIVERSITY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE. **Acupuncture and moxibustion**. Beijing: Academy Press, 1999.

DECS, **DESCRITORES EM CIENCIAS DA SAÚDE**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>> Acesso em: 15, abr. 2015.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUMITRESCU, Ioan Florin. **Acupuntura científica moderna**. São Paulo: Andrei, 1996.

FERREIRA, Claudia dos Santos; LUZ, Madel Therezinha. Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300010&lng=en&nrm=iso>>. access on 22 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300010>.

FERREIRA, Luciane Ouriques. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 265-277, May 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500023&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2016.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>. access on 16 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FISHKIN- **Tyranny and legitimacy**. A critique of political theories.1979.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 743-752, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Presidente Dilma veta principais pontos do ato médico**. 2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/07/1309467-presidente-dilma-veta-principais-pontos-do-ato-medico.shtml>. Acesso em: 15 abr, 2015.

FRANZOI, N. **Entre a formação e o trabalho**: trajetórias e identidades profissionais. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.

_____. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde:** ocupação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2009. Disponível em : <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ocu.html>> Acesso em: 12, Jun 2015.

FREIDSON. **Professional powers:** a study os the institucionalization of formal knowledge. 1988.

FRÓIO, Liliana R. **A Expansão da Medicina Tradicional Chinesa:** uma análise da vertente cultural das relações internacionais. 2006. Dissertação (Mestrado)- Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

FUNDAMENTOS essenciais da acupuntura chinesa. São Paulo: Ícone, 1995.

GIDDENS, Anthony. Sociologia. **Capítulo 10:** Saúde, doença e deficiência. pp.278-308. Porto Alegre: Penso, 2012.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 1.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____.; MENDONÇA, Maria H. M. Atenção Primária em Saúde. In.GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIRARDI, S.N. **A regulação institucional da força do trabalho em saúde nos estados unidos e canadá:** políticas de transição.PAHO/WHO. 1999.

_____. **Sinais de Mercado e regulação institucional do trabalho em saúde no Brasil nos anos 90.** Ministério da Saúde. CDRGH. Brasília.1995.

_____.; SEIXAS, P.H. **Dilemas da regulamentação profissional na área de saúde:** questões para um governo democrático e inclusionista. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, v.2, n.5, 2002.

GOMES, Angela Maria de Castro. **Historia e historiadores : a politica cultural do Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundacao Getulio Vargas, 1996.

GUIMARAES, Regina Guedes Moreira; REGO, Sérgio. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, supl. p. 7-17, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 28 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500002>.

GT NATUROLOGIA NO SUS. **GRUPO DE TRABALHO: NATUROLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. Disponível em: < <https://gtnaturologianosus.wordpress.com/>>. Acesso em: 06, Jun. 2016.

HERBERLÊ, M. O. **Um estudo da concepção dos profissionais de Saúde sobre as práticas integrativas e Complementares em saúde**. 2013. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/ppgcsociais/docs/dissertacoes/MariluzaOliveira.pdf>> . Acesso em: 15. set. 2014.

HESS, D. Medicina integrada e questões de universalismo. In: GOES, L. G. et al. (Orgs.). **O Brasil não é para principiantes: carnavais, malandros e heróis, 20 anos depois**. Rio de Janeiro: Ed. FGY; 2000.

HICKS, Angela; HICKS, John; MOLE, Peter. **Acupuntura Constitucional dos Cinco Elementos**. Tradução: Maria Inês Garbino Rodrigues. São Paulo: Roca, 2007.

HONG, Jin Pai. **Acupuntura: de terapia alternativa a especialidade médica**. São Paulo: CEIMEC, 2005.

HORSLEY, Mary. **O Eneagrama do Espírito: para ficar de bem com a sua personalidade e entender melhor as pessoas**. Tradução: Marta Rosas. São Paulo: Pensamento, 2006.

HUGHES, Everett Cherrington. **On work, race and the sociological imagination**. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.

IHMC. **Institute for human & machine cognition of Florida**. 2015. Disponível em: <http://cmap.ihmc.us/> . Acesso em: 06 mai, 2015.

INGOLD, Tim. **Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais.** Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 18, n. 37, p. 25-44, June 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832012000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 15 may 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832012000100002>.

ISO. **ISO TC 249.** International Organization for Standardization. 2009. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/iso_technical_committee?commid=598435>. Acesso em: 12, Jun 2016.

JACQUES, Lilian M. **Características Epistemológicas e Bases Científicas da Medicina Tradicional Chinesa.** 2003. 147 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Medicina Tradicional Chinesa - idéias e Conceitos** In: **8º SEMINÁRIO NACIONAL DA CIENCIA E DA TECNOLOGIA.** 2001, Rio de Janeiro. Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia - Caderno de Resumos... , 2001.

KAUFMAN, Dina. **Teoria básica da medicina tradicional chinesa.** 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2012.

LEGRAND. **A utopia do Brasil.** Belo Horizonte: Soler, 2004.

LEMOS, André. **Espaço, mídia locativa e teoria ator-rede.** Galáxia (São Paulo), São Paulo, v. 13, n. 25, p. 52-68, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-25532013000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 15 may 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1982-25532013000200006>.

LUZ, Madel T. **Abordagens teóricas: novas práticas em saúde coletiva. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920-03.pdf>>. Acesso em: 04 abr, 2014.

_____. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX.** PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005.

_____. **Medicina tradicional chinesa e os serviços públicos de saúde**. Rio de Janeiro; UERJ/IMS; 1998. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-229503>> . Acesso em 15 abr, 2015

_____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In. Canesqui, Ana Maria. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo, Hucitec, 2000. p.181-200. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-312879>>. Acesso em 15 abr, 2015.

_____. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**. São Paulo, Editora Hucitec, 2003.

MACIOCIA, Giovanni. **Diagnóstico na medicina chinesa: um guia geral**. São Paulo: Roca, 2006.

_____. **Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fisioterapeutas**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2007.

MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Monica; TEIXEIRA, Marcia; PEREIRA, Sandra Rosa. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MACPHERSON, Hugh; KAPTCHUK, Ted J. **Acupuncture in practice: case history insights from the West**. New York: Churchill Livingstone, 1997.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, M. DE A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções**. p. 104, 2013.

MASSIÈRE. Leila P. **A significação da acupuntura no Brasil: percalços de uma ecologia de saberes no ensino de saúde e seus reflexos na profissionalização**. Recife: O autor, 2011.

MATTA, G.; MOROSINI, M. **Dicionário da educação profissional em saúde: Atenção primária em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

Disponível em: <
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>
 Acesso 10 jun, 2015.

MELO, Suzane Cristina Costa et al . Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 6, p. 840-846, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000600005&lng=en&nrm=iso>. access on 16 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600005>.

MENSATO FILHO, Lino. **Acupuntura eletrônica**. São Paulo: Ave Maria, 1977.

MERHY, Ernesto .**Saúde: a cartografia do trabalho vivo**.. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MESH TERMS. **Medical Subject Headings**.2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=acupuncture>>. Acesso em: 15 abr,2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MING, Wong. **Ling-Shu: base da acupuntura tradicional chinesa** . São Paulo: Organização Andrei, 1995.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso>. access on 16 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>.

MORAES, Maria R. C. **A reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira**. Dissertação de Mestrado. CRE/ PUC. São Paulo.2007. Disponível em:

<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp039568.pdf> . Acesso em 15 abr, 2015.

MORANT, George Soulié de. **L'acuponcture chinoise: la tradition chinoise classifiée** : texte. Paris: Maloine, 1972

MTE. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br> . Acesso em: nov 2015.

NÃO AO ATO MÉDICO. 2015. Disponível em: <http://www.naoaoatomedico.org.br/index/index.cfm> .Acesso em: 15 abr, 2015.

MAINGUENEAU, Dominique. **Análise de textos de comunicação**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Elementos de lingüística para o texto literário**. São Paulo: M. Fontes, 1996.

_____. **Gênese dos discursos**. São Paulo: Parábola Ed., 2008.

_____. **Novas tendencias em análise do discurso**. 3. ed. Campinas: Pontes Editores, 1997.

NASCIMENTO, Marilene C. et al . A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, p. 3595-3604, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en&nrm=iso>. access on 26 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.

_____. **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

_____. **De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.5, n.1, Jun 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000100005>>.

NCCAM. **National center of complementary and alternative medicine**. What is complementary and alternative medicine? Disponível

em: < <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>>. Acesso em: 15 set.2014.

NEVES, José Pinheiro, Resumo da Teoria do Actor-Rede numa tese de mestrado em Engenharia de Produção. In: RIBEIRO, Ana Claudia. **Academia e Pirataria: O livro na universidade**. Tese de Mestrado em Engenharia de Produção, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www.crie.coppe.ufrj.br/home/capacitacao/teses_mestrado/ana-claudia.doc [16 de Fevereiro de 2006]. Acesso 15 mai, 2015.

NOVAK, Joseph. **General topology and its relations to modern analysis and algebra**. Berlin: Springer, 1984.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura**. Genebra, 2002a. Disponível em: < <http://archives.who.int/tbs/trm/s4932s.pdf>>. Acesso em: 05 abr, 2014.

_____. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002.

_____. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005**. Genebra, 2002b. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf>. Acesso em 04 abr, 2014.

ORLANDI, Eni Pucinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 3. ed. Campinas: Pontes, 2001.

PANDOLFI, Dulce. **Repensando o Estado Novo**. Organizadora:. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 1999.

PECHEUX, Michel. **O Discurso: estrutura ou acontecimento**. 2.ed. Campinas: Pontes, 1997.

PEREIRA, José Carlos de M. **A explicação sociológica na medicina social**. Capítulo 2: A determinação social das idéias científicas. pp.57-88. São Paulo: Editora UNESP, 2005

PÉREZ, Antonio C.N. **Acupuntura Bioenergética e Moxabustão**. Valladolid: C.E.M.E.T.C, 2010.

PETERS, Gabriel. Explicação, Compreensão e Determinismo na Sociologia de Pierre Bourdieu. Estudos de Sociologia, **Rev PPGSociologia da UFPE**, V1, n17, 201 Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/39/30>> . Acesso em: 18 Jun, 2016.

PIMENTEL, Alessandra. **O método da análise documental**: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cad. Pesquisa., São Paulo , n. 114, p.179-195, Nov. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2015.

PNPIC FLORIPA. Disponível em: <<http://picfloripa.blogspot.com.br/http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=praticas+integrativas+e+complementares&menu=6>> Acesso em: 15, abr.2015.

POPPER, K. R. **A lógica da pesquisa científica**.6 ed. São Paulo: Cultrix. 2000.

PUBMED. **National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine**.2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 15 abr,2015.

QUI, Mao Liang. **Acupuntura chinesa e moxibustão**. São Paulo: Roca, 2001.

REQUENA, Yves. **Acupuntura e psicologia**. São Paulo: Andrei, 1990.

ROCHA, Décio; DEUSDARA, Bruno. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, p. 305-322, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2015.

RODRIGUES, Angelo G. et al. **Relatório de gestão 2006/2010 Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

ROSS, Jeremy. **Zang Fu**: sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa. 2. ed. São Paulo: Roca, 1994.

_____. **Combinações dos pontos de acupuntura**: a chave para o êxito clínico. São Paulo: Roca, 2003.

RODRIGUES, Daniel M.; HELLMANN, Fernando; SANCHES, Nathalia M. P. A Naturologia e a Interface com as Racionalidades Médicas. **Cad. acad. Tubarão**, v. 3, n. 1, p. 24-36, 2011. Disponível em: < <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC>>. Acesso em: 15 abr, 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n. 1, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000179&pid=S1413-9936201200020000600031&lng=pt . Acesso em 15 Mai, 2015.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

MARTINS, M. DE A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções. p. 104, 2013.

SANTOS, F. A. S.; GOUVEIA, G. C.; MARTELLI, P. J. L.; VASCONCELOS, E. M. R. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. **Rev Bras Fisioter**, v. 13, n. 4, p. 330–334, 2009.

SCHWARTZMAN, Simon. **Estado Novo, um auto-retrato**: (arquivo Gustavo Capanema). Brasília, DF: Ed. Universidade de Brasília, c1982.

TESSER, C. D.; DE BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: Pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. 5, p. 914–920, 2008.

SELL, Carlos Eduardo. **Sociologia Clássica**: Marx, Durkheim e Weber. Capítulo IV: Max Weber. pp. 105-144. Petropolis: Vozes, 2012.

SENADO FEDERAL. **Projeto de lei 7703 de 2006**: Dispõe sobre o exercício da medicina. 2015. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=339409>>. Acesso em: 15 abr, 2015.

_____. **Projeto de Lei nº 478 de 2011:** Regulamenta o exercício da acupuntura. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal. 2011. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=94442&tp=1> >. Acesso em: 06 abr. 2014.

_____. **Projeto de Lei nº 480 de 2003:** Regulamenta o exercício profissional de acupuntura, autoriza a criação do Conselho Federal de Acupuntura, e dá outras providências. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal. 2003. Disponível em: < <http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/986.pdf> >. Acesso em: 06 abr. 2014.

SIA. **DataSUS:** Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). 2015. Disponível em: < <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php> > . Acesso em: 15 abr, 2015.

SIMONI, Carmem de. **VI Seminário Internacional de Atenção Básica:** Universalização com Qualidade. Rio de Janeiro – RJ, 29 de julho a 01 de agosto de 2012.

_____. BENEVIDES, I. BARROS, Nelson. **As Práticas Integrativas e Complementares no SUS:** realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. Rev. Bras. Saúde da Família, Ano IX. 2008.

SOUZA, Eduardo F. ; LUZ, Madel Therezinha. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Apr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000100010>.

_____. **NUTRINDO A VITALIDADE: QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE A RACIONALIDADE MÉDICA CHINESA E SEU DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO CULTURAL. TESE DE DOUTORADO. INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. 2008.**

SOUZA, Islândia M. 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, Nov. 2012 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001100014&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Sept. 2014.

TESSER, Charles D.; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 5, p. 914-920, Oct. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso>. access on 26 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>.

_____ ; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 195-206, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. access on 26 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.

_____. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000800009&lng=en&nrm=iso>. access on 16 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>.

TAYLOR, Kim. **Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963**. Hong Kong: Routledge Courzon, 2005.

USP. Universidade de São Paulo: **Mapas conceituais organizam conhecimento e favorecem aprendizagem**. 2015. Disponível em: <http://www5.usp.br/40901/mapas-conceituais-organizam-conhecimento-e-favorecem-aprendizagem/> . Acesso em: 06 mai, 2015.

VIANNA, L. W. et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

WEN, Tom Sintan. **Acupuntura clássica chinesa**. São Paulo: Cultrix, c1987

WFAS. **World Federation of Acupuncture – Moxibustion Societies**. 2015. Disponível em: <<http://www.wfas.org.cn/en/>>. Acesso em: 15 abr, 2015.

WFCMS. **World Federation of Chinese Medicine Societies**.2015.
Disponível em:
<<http://en.wfcms.org/wfcms/Englishpage/Englishindex.jsp>> .Acesso
em: 15 abr, 2015.

YAMAMURA, Ysao. **Acupuntura tradicional: a arte de inserir**. 2. ed.
São Paulo: Roca, 2001.

YOUTUBE.**Canal Associação Brasileira de Acupuntura: ABA**. 2015.
Disponível em:
<<https://www.youtube.com/channel/UCxZSz0pPqbYtLKWU4xF6NVg>>
.Acesso em: 15 abr, 2015.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – COLETA DE DADOS

ABA. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACUPUNTURA. Disponível em <http://www.abapuntura.com.br/> Acesso em: 08, Jan 2016.

ABACO. ACADEMIA BRASILEIRA DE ARTEE CIÊNCIA ORIENTAL. Disponível em: http://www.abacocba.org.br/pages/quem_somos.asp>. Acesso em: 08, Jan 2016.

ABENA. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS ACUPUNTURISTAS. Disponível em: <http://www.abenanacional.com.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

ABIOMAC. ASSOCIAÇÃO BIOMÉDICA DE ACUPUNTURA. Disponível em: <http://www.abiomac.org.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

AMBA. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA DE ACUPUNTURA. Disponível em: <http://www.amba.org.br/v2/default.asp>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

CBA. COLÉGIO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA E MEDICINA CHINESA. Disponível em: <http://www.abacocba.com.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

CEATA. CENTRO DE ESTUDOS DE ACUPUNTURA E TERAPIAS ALTERNATIVAS. Disponível em: <http://ceata.com.br/portal/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

CFBM. CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. Disponível em: <http://www.cfbiomedicina.org.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Disponível em: <http://www.cff.org.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

CFFA. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

CFMV. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA.

Disponível em: <<http://portal.cfmv.gov.br/portal/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CFO. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Disponível

em: <<http://cfo.org.br/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Disponível em:

<<http://site.cfp.org.br/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CIEPH. CENTRO INTEGRADO DE ESTUDOS E PESQUISAS DO HOMEM. Disponível em: <<http://cieph.edu.br/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CMA. COLÉGIO MÉDICO DE ACUPUNTURA. Disponível em:

<<http://www.cmacupuntura.org.br/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CMBA. COLÉGIO MÉDICO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA.

Disponível em: <<http://www.cmba.org.br/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Disponível

em: <<http://www.cofen.gov.br/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E

TERAPIA OCUPACIONAL. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CONBRAC. CONSELHO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA.

Disponível em: <<http://acupuntura.org.br/portal2/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CONFED. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.

Disponível em: <<http://www.confef.org.br/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CRAEMG. CONSELHO REGIONAL DE AUTOREGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Disponível em:

<<http://www.craemg.org.br/>>.Acesso em: 08, Jan 2016.

CRAERJ. CONSELHO REGIONAL DE AUTOREGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://craerj.org.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

MEC. MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

MTE .MINISTÉRIO DO TRABALHO. Disponível em: <<http://maisemprego.mte.gov.br/portal/pages/trabalhador.xhtml>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SATOPAR. SINDICATO DOS PROFISSIONAIS EM ACUPUNTURA, MOXABUSTÃO, DO-IN E QUIROPRÁTICA DO ESTADO DO PARANÁ. Disponível em: <<http://www.satopar.com.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SATOSP. SINDICATO DOS ACUPUNTURISTAS E TERAPEUTAS ORIENTAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <<http://www.satosp.com/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SAVE. SOCIEDADE DE ACUPUNTURA VETERINÁRIA. Disponível em: <<http://www.acupunturaveterinaria.com.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SINDACTA. SINDICATO DE ACUPUNTURA E TERAPIAS AFINS DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://sindacta.org.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SMBA. SOCIEDADE MÉDICA BRASILEIRA DE ACUPUNTURA. Disponível em: <http://storminformatica.com.br/sitesclientes/smba/hist_lutas_conquista_s.php>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SNTE. SINDICATO DOS TERAPEUTAS. Disponível em: <<http://sinte.com.br/faq/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SOBRAFA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMACÊUTICOS ACUPUNTURISTAS. Disponível em: <<http://www.sobrafa.org.br/v1/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SOBRAFISA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE FISIOTERAPEUTAS ACUPUNTURISTAS. Disponível em: <<http://www.sobrafisa.org.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

SOBRAPA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA E ACUPUNTURA. Disponível em: <<http://www.sobrapa.org.br/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

STF. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/principal/principal.asp>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

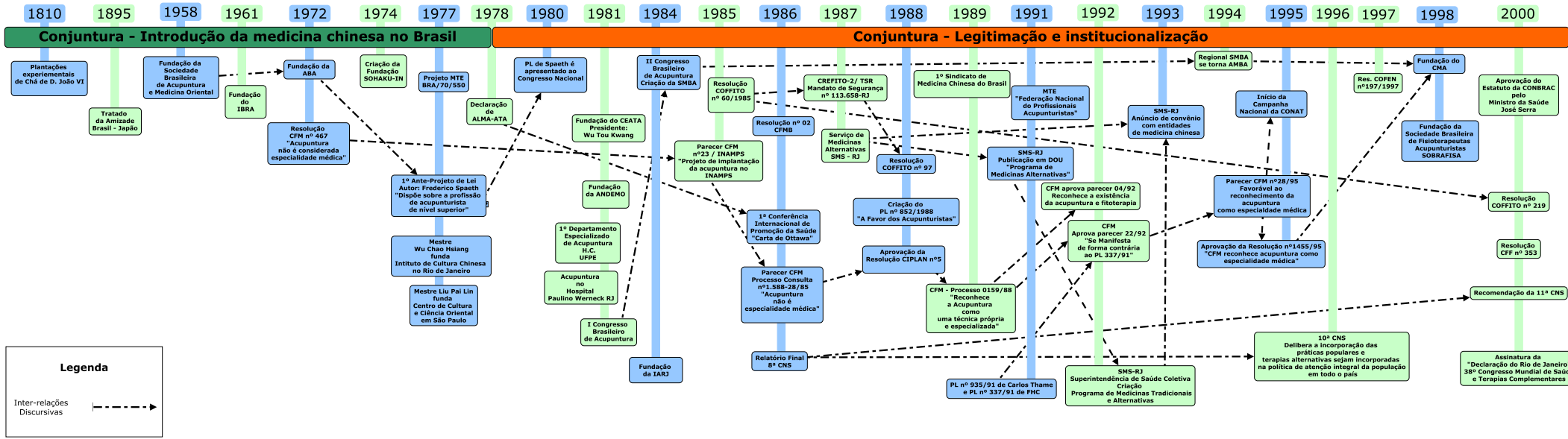
STJ. SUPREMO TRIBUNAL DA JUSTIÇA. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/portal/site/STJ>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

WFAS BRASIL. WORLD FEDERATION ACUPUNTURE SOCIETIES BRASIL. Disponível em: <<http://www.wfasbrasil.com/>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

WFAS. WORLD FEDERATION OF ACUPUNTURE-MOXIBUSTION SOCIETIES. Disponível em: <<http://www.wfas.org.cn/en/#>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

WFCMS. WORLD FEDERATION OF CHINESE MEDICINE SOCIETIES. Disponível em: <<http://en.wfcms.org/wfcms/Englishpage/Englishindex.jsp>>. Acesso em: 08, Jan 2016.

APÊNDICE A – Mapa conceitual das conjunturas: Introdução da medicina chinesa no Brasil; Legitimação e institucionalização



Legenda

Inter-relações Discursivas →

APÊNDICE B - Mapa conceitual da conjuntura: Judicialização da acupuntura

