

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**CURSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE –**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO**

Carol Cardoso Rodrigues

Em que lugar político e institucional se encontram as práticas integrativas e complementares?

Brasília  
1. Semestre  
Julho de 2014

Carol Cardoso Rodrigues

Em que lugar político e institucional se encontram as práticas integrativas e complementares?

Trabalho de Conclusão do Curso de Formação em Saúde Coletiva e Educação na saúde – Especialização em Serviço, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

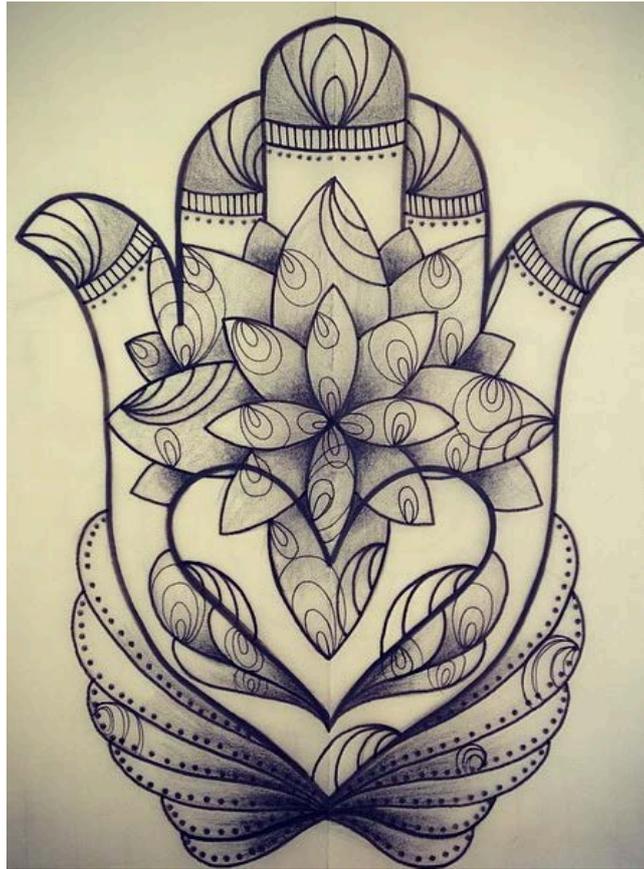
**Orientador:** *Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti*

Brasília  
Julho de 2014

## Resumo

A oferta de cuidado baseado em outras racionalidades que não a biomédica figura como aspecto fundamental para materialização da integralidade. Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) institucionalizou as práticas integrativas e complementares (PICs) no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC). As PICs contribuem para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por atuarem nos campos da promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, proporcionam o autoconhecimento e autocuidado, tornando-se, assim, componentes importantes da construção de um cuidado integral no SUS. Esta pesquisa tem abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório, tomando como procedimentos metodológicos a análise documental e de narrativas, tendo como objetivo discutir possíveis fatores que interferem com a efetiva ampliação da oferta de práticas nos serviços públicos de saúde. Para atingir este objetivo, é discutido o processo de formulação da política, onde fica nítida a coincidência entre as práticas reconhecidas no âmbito da política e as entidades/instituições que fizeram parte do seu processo de formulação. Por outro lado, percebe-se que as PICs estão consolidadas enquanto uma oferta do SUS, entretanto, o acesso ainda é restrito e desigual entre regiões de saúde, de modo que a oferta dessas práticas ainda encontra amplo espaço para ampliação. As PICs ainda estão longe de uma universalização, encontrando dificuldade para se capilarizar e ser uma oferta realmente consistente para os usuários do SUS. Para mudar esse cenário identificam-se a necessidade de dar maior divulgação e sensibilização aos gestores, profissionais da rede e usuários; avançar na agenda da formação para os profissionais de saúde; inscrever as PICs como oferta consistente dentro do modelo de atenção à saúde no SUS; e, sobretudo, a existência de recurso de custeio e apoio mais amplo por parte do MS, de modo a estimular os municípios à implantação/ampliação das PICs. Por fim, levanta-se como questão a necessidade de legitimar outras práticas integrativas inscrevendo-as na PNPIC.

## Dedicatória



Fonte: Acervo pessoal da autora (desenho artístico da sua prima, NelyO.ne)

Dedico aos meus avôs, Aete e Milton, homens que tiveram a vida como escola, que possuíam um imenso saber popular.

Meus símbolos de força, amor, coragem e luta.

## Sumário

<b>1</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>5</b>
1.1	Me apresentando....	5
1.2	Iniciando a nossa conversa.....	6
<b>2</b>	<b>Caminhos metodológicos que percorri.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Desenvolvimento.....</b>	<b>13</b>
3.1	Como as PICs entram na pauta do SUS? .....	13
3.2	O lugar das PICs no SUS .....	17
3.3	Hipóteses sobre o desenvolvimento da política e seu financiamento .....	23
<b>4</b>	<b>Considerações Finais.....</b>	<b>32</b>
	<b>Referências.....</b>	<b>34</b>

## 1 Introdução

### 1.1 Me apresentando

*Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes.*

*Paulo Freire*

Antes de começarmos gostaria de me apresentar e falar um pouco da minha trajetória que não é muito longa, mas é bem geográfica! Sou baiana, filha de engenheiros, mas minha mãe não se sentia feliz com sua profissão e resolveu fazer faculdade de psicologia quando eu ainda era criança. Assim, a vida dentro de casa mudou um pouco, pois ela passou a ser mais “alternativa”. Enquanto meus amigos iam a médicos tradicionais, eu ia ao médico homeopata. Ela também fazia meditação, de forma que, desde cedo, tive contato com práticas que não faziam parte da medicina convencional.

Fiz a graduação em Fisioterapia em João Pessoa, onde tive contato com a Atenção Básica (AB) logo no início do curso através de Projetos de Extensão que foram determinantes na minha graduação. Por acreditar em outras formas de cuidado, relações horizontais com os usuários, criação de vínculo e acolhimento, optei continuar minha formação em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Assim, fui trilhando um caminho na AB, aprendendo no cotidiano do trabalho sobre sua articulação com a rede, com a difícil missão de ser ordenadora desta rede. E diferente dos meus colegas, eu desejava trabalhar na gestão.

Surgiu também o desejo em fazer uma formação em acupuntura, que me fez refletir sobre a inserção desta na AB, a contribuição dessa prática e de outras que possuem um conceito ampliado de saúde e que tem relações mais próximas entre cuidador-usuário.

Antes de terminar a residência apareceu a oportunidade da especialização em serviço no Departamento de Atenção Básica (DAB) no Ministério da Saúde (MS). E assim, vi meu desejo se concretizar mais cedo que eu imaginava no Curso de Formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde do núcleo EducaSaúde do Rio Grande do Sul. Sempre tive curiosidade pelo processo de trabalho da gestão federal, sua relação com os outros entes, além de outros aspectos concernentes.

E então começamos a especialização em agosto de 2013 e me deparei com mais um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Curiosamente, li uma reportagem na Revista RADIS (a qual faço referência em alguns momentos neste trabalho), que apontava alguns pontos

importantes do acesso às práticas tidas como alternativas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, surgiu o interesse em discutir esse tema, considerando, inclusive, que parte de minha imersão se faria na coordenação responsável pela política.

## 1.2 Iniciando a nossa conversa....

*Se a vida se tornou um problema, se não estamos mais dispostos ou impedidos de acessar a experiência, a vida mesma ficou danificada. Desta forma, se a vida não mais nos afeta, como nos formarmos como sujeitos éticos?*

*Jarbas Nunes e Marcelo Pelizzoli*

O SUS se baseia em diretrizes organizativas e princípios doutrinários que lhe conferem ampla legitimidade e caráter inovador em relação a outros sistemas nacionais de saúde (BRASIL, 2000). Um desses princípios é a integralidade, conceito que, para Mattos (2004), expressa pelo menos três conjunto de sentidos, dentre os quais, um voltado para a integralidade enquanto atributo das práticas de saúde. Nesse contexto, a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades e a habilidade de reconhecer a adequação da oferta ao contexto específico, no encontro do sujeito com a equipe de saúde, além de tensionar a redução dos sujeitos à doença que lhes provoca sofrimento.

A oferta de cuidado baseado em outras racionalidades que não a biomédica figura como aspecto fundamental para materialização desse princípio. Abordagens holísticas, compreendendo o homem como um todo e levando em consideração seu contexto de vida, em detrimento do modelo biomédico mecanicista, o qual privilegia as partes da máquina humana e seus processos bioquímicos (OTANI; BARROS, 2011). Além do direito à escolha terapêutica por parte dos usuários, o acesso a outras racionalidades permite uma visão mais singularizada em relação aos usuários do serviço de saúde.

No entanto, em que pese a importância desse princípio para o SUS, ao menos do ponto de vista da regulamentação formal do sistema em âmbito nacional<sup>1</sup>, o acesso a serviços com oferta de práticas baseadas em outras racionalidades esteve durante muito tempo restrito aos serviços privados de saúde. No SUS, apenas em 2006 o MS institucionalizou as práticas integrativas e

---

<sup>1</sup> Do ponto de vista prático, a oferta de PICs nos serviços públicos antecede a criação do SUS. No entanto, apenas com a publicação da PNPIC as PICs passam a figurar no arcabouço de regulamentação do sistema de saúde.

complementares (PICs) por meio da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC) (BRASIL, 2008).

As PICs contribuem para o fortalecimento do SUS por atuarem nos campos da promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo (BRASIL, 2008). Estimulam a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

É importante destacar que as práticas trazem consigo uma abordagem de saúde diferente da abordagem hegemônica como pode ser identificado no trecho abaixo,

Assim, vem se desenvolvendo em torno das Medicinas Alternativas e Complementares uma percepção social de efetividade e fatualidade: primeiro, associando a concepção de saúde integrada ao bem estar físico, mental, social e espiritual; segundo, estimulando que cada sujeito assuma a responsabilidade de sua própria saúde-doença, aumentando ações de autonomia; terceiro, propiciando que os profissionais identifiquem-se como pares no processo de re-orientação das atitudes, crenças e hábitos dos pacientes; quarto, valorizando além das noções biomédicas, também, os fatores emocionais, espirituais, sociais, entre outros; e, quinto, possibilitando um modelo para a prática que privilegia técnicas naturais, medicamentos ou procedimentos harmonizantes e estimulantes do potencial de re-equilíbrio do próprio doente (TESSER; BARROS, 2008, p. 917).

Dessa forma, é preciso ter claro as limitações dessa política por questões culturais, desconhecimento, descrença e hegemonia da biomedicina. Há limitação dentro da própria política ao institucionalizar apenas práticas com comprovação científica e mais aceitas pelas sociedades médicas. Assim, continuamos com um modelo hegemônico e estamos incorporando algumas práticas contra-hegemônicas, mas com que interesse?

A abordagem reducionista e cartesiana da lógica hospitalocêntrica com foco nos procedimentos, na intervenção e no medicamento gera grandes custos para a saúde, além de não dar respostas aos problemas de saúde. Destaca-se que a população está insatisfeita pelo fato de grande parte dos médicos preocuparem-se em tratar as doenças sem demonstrar interesse pelo paciente (ISCHKANIAN, 2011).

O uso de outros recursos terapêuticos tem se tornado cada vez mais comum, graças à crise do modelo biomédico, uma vez que contribuem para evitar que a doença se instale e que suas conseqüências sejam graves, mas também não perdem de perspectiva a pessoa vivendo com o problema de saúde. Recursos como as Medicinas Tradicionais (MT), denominadas de terapia

ou medicina alternativa e complementar (MAC) pela sociedade ocidental e que a PNPIC denomina por PICs (ISCHKANIAN, 2011).

Tesser e Barros (2008) fazem a seguinte distinção em relação a forma como as práticas são utilizadas. Ao serem usadas juntamente com práticas da biomedicina, são chamadas de complementares. Quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, são consideradas alternativas. Já quando se baseiam em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade e são utilizadas conjuntamente com práticas biomédicas, são chamadas integrativas.

Já Spadacio (2013) compreende as MACs como um conjunto de práticas em saúde que não fazem parte da tradição de um país. Especificamente, a medicina complementar é aquela utilizada junto com a biomedicina, enquanto, a medicina alternativa é utilizada no lugar da biomedicina. A MT constitui-se como a soma de conhecimento técnico e procedimentos baseado em teorias, crenças e experiências tradicionais de diferentes culturas, sejam elas explicáveis ou não pela ciência, utilizados para a prevenção, diagnose e tratamento de doenças físicas e mentais. Essa autora não utiliza o conceito de práticas integrativas.

Essas terminologias colocadas pelos autores acima proporcionam uma compreensão mais delimitada em relação a essas práticas, entretanto, não contemplam a forma como se compreendem aspectos mais subjetivos das palavras. Nesse sentido, para começarmos a trabalhar esse tema, gostaria de falar sobre os sentidos que essas palavras carregam.

A palavra *prática* é ampla, tira o foco sob a medicina propriamente dita, que no Brasil é um campo de extrema disputa. Como foi colocado anteriormente, em outros países, os termos utilizados são MT e MAC. Assim, a palavra *prática* já anuncia, de certo modo, que esse ato pode ser realizado por profissionais não-médicos, por profissionais que não estão relacionados diretamente com a área da saúde (ou seja, cujas formações não são reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde como profissões de saúde) ou mesmo por pessoas que não possuem formação profissional (i.e., formal): *praticantes*.

A palavra integrativa evoca a integração dessa prática com o modelo hegemônico, de modo que torna-se marcante o fato de que é responsabilidade desta integrar com o hegemônico e não o contrário. Por fim, a palavra complementar expressa que essas práticas servem de complemento, elas não são *elementares*, *essenciais*. Não devem ser nem a primeira nem a única prática a ser utilizada e, assim, também não são *suficientes*. Desse modo, reafirma-se mais uma vez, o modelo hegemônico. Fica a sensação de que essas práticas só devem ser realizadas em conjunto com a biomedicina, ou seja, não podem/devem ser realizadas isoladamente.

É importante destacar que não estou fazendo uma crítica ao termo utilizado na política para descrever essas práticas. O intuito é problematizar as palavras, mostrando que elas trazem consigo sentidos, que expressam em si muitos significados.

Deve-se também refletir o porquê não se utiliza na política o termo MT, já que entende-se por tradicional, aquilo que tem tradição, ou seja que se passa entre as gerações de determinada cultura. Na PNPIC encontra-se a tradição da cultura chinesa, mas a tradição dos brasileiros, a cultura negra e indígena ainda não conseguiram se traduzir numa linguagem para entrar na política. Luz (2007) *apud* Lima (2012) reconhece o pluralismo sincrético no campo das PICs, mas reforça que são as práticas das racionalidades médicas que tiveram grande crescimento, em termos de consumo e que tem maior chance, por sua “tradutibilidade terapêutica”, em termos de medicina ocidental, de se legitimarem frente à ciência e às instituições de saúde.

Numa entrevista a revista RADIS, a pesquisadora da Fiocruz Pernambuco e estudiosa do tema, Islândia Maria de Carvalho Sousa, afirma que caracterizar o que são essas práticas é um desafio. Para ela, seriam todas as práticas de saúde que objetivam estimular os mecanismos naturais de cuidado e cura e que estão fora do modelo biomédico. Ela também ressalta a ideia de que a doença envolve corpo/mente/espírito como uma unidade (BATALHA, 2013).

Desse modo, em que pesem as variações e problematizações em torno da terminologia para designar esse campo de práticas, assumiremos no âmbito desse trabalho o conceito de PICs adotado pela política nacional, mesmo com nossas ressalvas em relação à adoção desse conceito.

Após oito anos de publicação da PNPIC, os avanços e o acesso da população a serviços com as práticas reconhecidas pela política ainda são incipientes e dependentes da vontade política dos gestores, principalmente dos municipais, uma vez que não existe recurso específico em âmbito nacional para estimular a ampliação dos serviços de PICs. Há financiamento apenas via bloco de financiamento da média e alta complexidade hospitalar, restringindo os repasses federais a ambulatórios e hospitais num modelo de remuneração por produtividade. Além disso, a situação agrava-se quando constatamos que são financiados apenas os procedimentos em acupuntura e consultas em homeopatia e acupuntura.

A pequena abrangência de serviços de PICs na rede de serviços do SUS e o entendimento de que é necessário caminhar no sentido de fortalecer a integralidade no âmbito do SUS são os principais aspectos motivadores de tomar as PICs como tema deste TCC. Desse modo, buscamos trazer para o debate um tema que, hoje, não é prioridade em nenhum dos três âmbitos de gestão do SUS, colocando em cheque a idéia de que as PICs estão implementadas e universalizadas unicamente pela institucionalização de uma política nacional.

Para estudar como vem sendo construído o processo de implementação da PNPIC buscar-se-á compreender o processo histórico que redundou na aprovação da política no ano de 2006, por meio da publicação da portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, além do desenrolar das ações (sobretudo do governo federal) a partir desse momento. Com isso, pretende-se identificar possíveis causas que concorrem para contribuir ou dificultar a consolidação da PNPIC. Desse modo, tem-se como foco principal deste estudo o momento atual da política, seus atores, mecanismos institucionais e políticos.

Pelas características inerentes a um TCC, não me proponho a responder a todas as perguntas que serão aqui levantadas e que, em certa medida, remetem também ao processo de construção da política. No entanto, serão construídas hipóteses sobre elementos considerados relevantes, buscando dialogar com aspectos que ajudem a elucidá-las e, sobretudo, contribuir com a identificação de aspectos políticos, institucionais e históricos que requeiram maior investigação.

Assim, o trabalho divide-se em três seções/partes para melhor compreensão. A primeira seção irá abordar como as PICs entram na pauta do SUS, buscando contribuir para reflexões a respeito da implementação da PNPIC e as repercussões desta.

A segunda seção trata do lugar social das práticas, onde buscarei problematizar, a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e do bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade Hospitalar, como as práticas tem se expressado no SUS.

Para concluir, trarei algumas hipóteses sobre o desenvolvimento da política e seu financiamento, explorando como se deu a escolha de determinadas práticas para compor a PNPIC, além da inexistência de recurso vinculado a essa política desde sua criação até os dias atuais.

## 2 Caminhos metodológicos que percorri

*É necessária uma segunda ruptura epistemológica, agora com a própria ciência, para que esta reencontre o senso comum e as outras tradições num movimento de mútuo enriquecimento.*

Charles Tesser

Essa é a minha primeira experiência em “analisar” uma política de saúde, então em alguns momentos minha ansiedade pode transparecer, como também minha imaturidade como gestora. Realizar a análise de uma política complexa, sem necessariamente tomar como referencial um arcabouço teórico bem definido, seja no campo da ciência política ou mesmo do que se tem trabalhado na Saúde Coletiva, aumenta a responsabilidade desse desafio. Pelo tempo disponível e o investimento possível para realização de um TCC, optou-se por investir na construção de um campo epistemológico aberto, que permitisse o diálogo com diferentes autores/campos teóricos, seja na construção do objeto, na abordagem metodológica ou nos dispositivos para análise dos processos políticos.

Esta pesquisa se localiza no campo denominado como de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório. Para Minayo (2008), as abordagens qualitativas se conformam melhor para investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais e de relações, o que é o caso do objeto deste TCC, qual seja, a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Os procedimentos metodológicos utilizados foram a análise documental e de narrativas. Por ser necessária uma contextualização histórica bem como a observação da evolução da PNPIC, os relatórios, textos e outros materiais produzidos pela coordenação nacional da política foram as principais fontes do estudo. Estes materiais foram objeto de análise de conteúdo (BARDIN, 2008), buscando uma categorização dos aspectos mais frequentes e considerados relevantes para a análise proposta. Procurou-se também uma análise crítica da narrativa dos atores inscritos no campo da política, a partir da compreensão de que os atores/autores, seja da academia, seja da gestão ou dos serviços, são atores implicados e trazem consigo seus próprios vieses de análise, o que também é o caso desta que aqui escreve. Outro elemento mobilizado para a análise proposta foi a narrativa em torno de minha vivência durante a especialização, uma vez que este TCC é fruto de um processo de formação que teve como campo de práticas o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

(DAB/SAS/MS), lócus institucional onde se situa a gestão nacional da PNPIC. Para Cunha (1997), a narrativa não é a verdade literal dos fatos, mas a representação que o sujeito faz destes. Ao relatar os fatos vividos, a pessoa pode reconstruir a trajetória, dando-lhes novos significados e transformando a própria realidade.

Como instrumento de sistematização para produção da narrativa sobre a vivência utilizou-se o diário de campo. Desse modo, o período da minha imersão (10 semanas) na Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT), responsável pela coordenação nacional da PNPIC no âmbito do DAB/SAS/MS, construiu-se como observação participante, já que combinava minha atuação como aprendiz do campo da gestão com a observação, o registro e a reflexão sobre o desenrolar dos acontecimentos. O diário de campo foi o instrumento que me permitiu registrar informações e observações sobre conversas informais, comportamentos e gestos (MINAYO, 2008).

É importante salientar que tive contato com pesquisadores em PICs na Oficina de Pesquisadores realizada em Brasília em dezembro de 2013 e contato com gestores, pesquisadores e profissionais em PICs na IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família em março deste ano. Nesses espaços foi possível participar de discussões sobre as PICs, das dificuldades que esses atores encontram na efetivação da política, como também conhecer algumas realidades locais.

### 3 Desenvolvimento

#### 3.1 Como as PICs entram na pauta do SUS?

*Seja nas dores do corpo, seja nas dores da alma, a promessa da medicina moderna está sempre em torno de analgesia da vida, um alento com o fim de manter nossa normalidade.*

*Jarbas Nunes e Marcelo Pelizzoli*

Para falar de como as PICs entraram na pauta do SUS, primeiramente é necessário colocar alguns aspectos da crise da saúde para uma melhor compreensão do contexto daquele momento. Assim, apresentamos o panorama mundial e, em seguida, o brasileiro.

A medicina moderna nasceu em um período de mudanças sociais significativas. Vivia-se o processo de industrialização, migração da população das áreas rurais para as cidades e a ascensão do capitalismo (SPADACIO, 2013). Um traço marcante desse processo histórico é o mecanicismo, onde o corpo é reivindicado como máquina, com peças articuladas e funcionais, em que os órgãos obedeceriam leis, além de serem passíveis de controle (NUNES; PELIZZOLI, 2012).

Segundo Nunes e Pelizzoli (2012), a medicina moderna guarda em si possibilidades de colonização da vida, sob a forma de uma vigilância sobre o corpo e sobre o que as pessoas fazem dele, como observamos no trecho abaixo,

As estratégias sob as quais o Estado moderno, junto à medicina, investiu sobre o corpo, através de um discurso normatizador sobre os modos de vida, produziram formas sutis de biopolíticas disciplinares, fazendo com que houvesse um processo de estatização do biológico, na medida em que nada é mais concreto na vida dos sujeitos que o corpo e é por meio dele que se efetiva formas eficazes de poder sobre a sociedade. A possibilidade de controle sobre os processos vitais que a medicina prometia fez dela peça fundamental no discurso sobre o “dever ser” da sociedade, já que, além de ciência, a medicina também é uma moral, na qual ela além de pretensamente “curar”, também ordena, prescreve, aconselha, certifica, promete e ameaça (p.4).

As estratégias de medicalização da vida são uma forma de investir a vida para nos proteger dela mesma, obrigando-nos a apelar para tecnologias e práticas que prometem um

mundo de saúde, vitalidade e consumo, promovendo desconfiança em relação aos fenômenos naturais da vida (NUNES; PELIZZOLI, 2012).

A produção de seres humanos “perfeitos” faz a medicina infiltrar-se na vida cotidiana, ressignificando-a. Assim, a saúde deixa de ser uma afirmação da vida, tornando-se sinônimo de correção biológica, moral e política. Então, ganhamos uma vida asséptica, imune ao sofrimento, à dor e aos efeitos transfiguradores da experiência humana e perdemos a potência pedagógica da doença e do cuidado, que exigiriam uma atitude reflexiva e a ampliação de nossa consciência (NUNES; PELIZZOLI, 2012).

O modelo biomédico pode ser caracterizado por um modelo reducionista, de modo que a doença é vista como uma falha do corpo humano. A eficácia do tratamento reside em remover ou controlar a falha em si ou o que estaria ocasionando-a. Também o corpo e a mente devem ser tratados como entes separados (SPADACIO, 2013). Neste modelo, há um aumento da realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, que muitas vezes se mostram não apenas desnecessários, como podem trazer danos à saúde (TESSER; BARROS, 2008).

Atualmente, a medicina moderna ocidental vive a era da Medicina Baseada em Evidências, onde ganha ênfase a busca por processos, nos quais o médico adquire conhecimento de pesquisas científicas mais relevantes e atualizadas (SPADACIO, 2013).

Pelizzoli (2011) destaca que há uma Indústria da Doença, já que as doenças são geradores econômicos disputados, desde equipamentos hospitalares onerosos, diversos tipos de drogas, empresas técnicas especializadas, serviços laboratoriais, procedimentos altamente especializados, entre outros. O autor ressalta que essa estrutura precisa se perpetuar, aumentar, pois opera sob a lógica do crescimento econômico, o que justifica uma alta produção tecnociência reprodutora voltada ao mercado da doença enquanto se faz pouca ciência voltada para as demandas da sociedade.

O surgimento de uma doença está atrelado à forma como se vive a vida, no jogo entre o que se faz da vida e o que esta lhe devolve. Se a doença possui dimensões orgânicas, sociais, psíquicas, culturais, políticas, espirituais e éticas, o diagnóstico precisa levar em consideração esta amplitude, como também as estratégias de cuidado (NUNES; PELIZZOLI, 2012).

Considerando as dimensões citadas acima, em 1960, intensifica-se o movimento de busca das práticas alternativas motivado por vários fatores, como mudança do perfil de morbimortalidade, aumento da expectativa de vida e das doenças crônico-degenerativas, crítica à relação assimétrica de poder entre médicos e pacientes, em que o profissional não fornece informações suficientes sobre o tratamento e cura do paciente, informação sobre o perigo dos efeitos colaterais dos medicamentos e das intervenções cirúrgicas (OTANI; BARROS, 2011).

Nesse contexto, na década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a incentivar a utilização das MT/MAC, através de comunicados, resoluções como também nas conferências internacionais (ESTRELA, 2006; BRASIL, 2008). No final dessa década, criou o Programa de Medicina Tradicional para ajudar na formulação de políticas públicas destas práticas (BRASIL, 2008).

Destaca-se, que em 2002, a OMS publicou suas estratégias para as medicinas tradicionais entre os anos de 2002-2005, no qual afirma que em muitos países desenvolvidos, o uso popular da MAC é alimentado pela preocupação sobre os efeitos adversos dos fármacos e por um maior acesso do público a informações sobre saúde, além dos questionamentos quanto às abordagens da medicina alopática (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

Ao mesmo tempo, a maior expectativa de vida resulta num aumento dos riscos de desenvolvimento de doenças crônicas e debilitantes, como coronariana, câncer, diabetes e transtornos mentais. Para muitos pacientes, a MAC parece oferecer meios mais leves para o tratamento de tais doenças que a medicina alopática (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

Embora não haja evidência de que a população dos países em desenvolvimento dependem fortemente da MT para satisfazer suas necessidades de saúde, ela é muito popular nesses países, por estar firmemente enraizada na crença desta população (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

A estratégia da OMS compreende quatro objetivos de apoio aos países: criação de políticas e programas nacionais sobre a MT/MAC, integrando essas práticas ao sistema de saúde nacional; fomentar segurança, eficácia e qualidade, difundindo os conhecimentos básicos e fornecendo orientações sobre normas e padrões para a garantia da qualidade; aumentar a disponibilidade e acessibilidade da MT/MAC, enfatizando o acesso das populações pobres; promover garantia da qualidade pelos produtores e o uso terapêutico racional da MT/MAC pelos consumidores (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

A MT é, por vezes, a única fonte acessível de cuidados de saúde, especialmente para as populações mais pobres, por isso nestes países, o foco deve estar em tratamento das doenças que representam maior impacto para as populações mais pobres (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

No Brasil, percebe-se um movimento um pouco diferente, de modo que os primeiros movimentos pela institucionalização da Homeopatia e Acupuntura no SUS foram fomentados pela categoria médica. Estrela (2013) explica que elas foram reconhecidas como especialidades médicas respectivamente em 1980 e 1995. Antes disso, esses serviços eram oferecidos em

seriços privados ou em ambulatórios filantrópicos de intuições religiosas como também das forças armadas.

Houve uma tentativa para a elaboração de uma política nacional para a homeopatia, em 1985, entre a Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto Hahnemanniano do Brasil e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). No entanto, não houve sucesso no projeto (ESTRELA, 2013).

Motivados com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que manifestava no relatório final uma recomendação para a introdução das práticas alternativas de saúde na rede pública e pela discussão da regulamentação da Acupuntura e Homeopatia no serviço público, institui-se uma comissão interministerial que culminou com as resoluções CIPLAN nº 3 e 4/88 (ESTRELA, 2006).

Em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde recomendou a incorporação de práticas alternativas, tais como a homeopatia e fitoterapia, destacando que é necessário incentivo da assistência farmacêutica para estas práticas. A partir de 1999, a consulta de homeopatia e acupuntura foram incluídas na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) (ESTRELA, 2013).

Em 2003, diante de um novo panorama político devido ao primeiro mandato do governo Lula (Partido dos Trabalhadores), a associação médica homeopática brasileira novamente procurou o MS e conseguiu que se formasse um grupo de trabalho para a elaboração de uma política. O grupo foi composto pelas associações da homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/acupuntura, fitoterapia e antroposofia e técnicos de diferentes departamentos do MS. Os trabalhos foram realizados por sub-grupos de cada especialidade (ESTRELA, 2006; 2013).

Durante a criação dos grupos de trabalho houve inclusão de outras categorias profissionais, exceto na MTC/Acupuntura, já que a categoria médica entendia que essa prática deveria ser de exclusivo exercício dos médicos. Este foi um dos pontos em que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) posteriormente exigiu mudanças, exigências que foram atendidas para garantir a inclusão desta prática na política (DE SIMONI, 2013).

O processo que redundou na aprovação da política foi demorado e, além de todas as discussões no Grupo de Trabalho, passou por alguns debates com o CNS. Estrela (2013) coloca que havia pressão no MS devido ao documento da OMS, cujas orientações pressupunham o desenvolvimento de ações concretas no período de 2002-2005. Assim, a política foi aprovada após algumas mudanças tais como alteração do nome da política, mudança nas diretrizes da MTC/Acupuntura e indicação da medicina Antroposófica como objeto de observatório,

juntamente com o Termalismo Social/Crenoterapia. O observatório tem como objetivo, aprofundar os conhecimentos sobre práticas e seu impacto na saúde (BRASIL, 2006).

De Simoni (2013) ressalta que o texto da política foi aprovado pela Comissão Tripartite com a ressalva de não haver alocação de recurso indutor (exceto aos procedimentos da Acupuntura).

Após a publicação da portaria, o Conselho Federal de Medicina pediu a revogação da mesma, alegando que a mesma estimulava o exercício ilegal da Medicina ao estabelecer que a prática da MTC/Acupuntura poderia ser realizada por outras categorias profissionais (DE SIMONI, 2013).

Nasce, assim, uma política já fragilizada. E que apesar do processo de construção da PNPIC ser tido como base um processo amplo e significativo com a participação de diversos atores, as práticas que foram reconhecidas no âmbito da política se confundem com as entidades/instituições que fizeram parte deste processo.

Para Fleury e Ouverney (2008), um aspecto fundamental é compreender as relações de poder que se estabelecem nas políticas de saúde, que afetam o processo decisório e definem os planos, estratégias e, inclusive, os processos de alocação de recurso.

### 3.2 O lugar das PICs no SUS

*Que o SUS tenha uma política que evite uma equação profundamente deslegitimadora, qual seja: a de permitir a pluralidade terapêutica para os ricos (fora do SUS), enquanto que aos pobres sobrar o rigor (e os limites) da ciência cartesiana.*

*Gustavo Tenório da Cunha*

A partir das colocações anteriores, cabe agora apresentar o panorama brasileiro das PICs no SUS, mostrando, por um lado, o crescimento (ainda que tímido) da oferta de serviços, e, por outro, a existência de uma demanda significativa por esse tipo de serviço, que muitas vezes transcende a capacidade dos serviços em atendê-la.

Thiago e Tesser (2011) afirmam que existe um acesso socialmente desigual as PICs, onde houve um crescimento contínuo na procura e oferta de PICs e nas consultas médicas em homeopatia e acupuntura no sistema privado, enquanto no SUS o crescimento não aconteceu com a mesma intensidade. Algumas práticas de cunho popular têm acesso gratuito ou de baixo

custo à população, mas outras são encontradas apenas no sistema privado, restringindo a possibilidade de acesso dos sujeitos (ANTUNES, 2014).

Na sua tese de doutorado, Spadacio (2013) investiga se a escolha e o uso de MT/MAC por pacientes em situação de adoecimento crônico pode estar relacionado com diferenças de grupos sociais. Ela apresenta que pacientes que utilizam somente MT (caracterizada pelos chás), é um grupo de pessoas das classes menos favorecidas (baixos salários e baixo grau de escolaridade). Possuem menos recursos econômicos para custear os tratamentos em saúde, majoritariamente atendidos no SUS. A utilização de chás por esse grupo se dá pelo baixo custo deste tipo de tratamento e fácil acesso à matéria prima.

Para o grupo de pacientes que utilizam somente MAC (caracterizada pela acupuntura e homeopatia), a grande maioria paga para ter serviços privados e muitos possuem planos de saúde. Esses pacientes reiteram que a questão econômica é um fator que influencia a escolha e a utilização das terapias não convencionais. Para ter acesso as MAC eles pagam por tratamentos particulares ou os acessam a partir de planos de saúde (SPADACIO, 2013).

É importante também colocar que mesmo nos municípios que há implantação de serviços de PICs existem outras barreiras/dificuldades, pois como não há uma forma de acesso padronizada, a organização do fluxo dos serviços de saúde do município pode dificultar o acesso às PICs, por exemplo, ao colocar como necessário o encaminhamento médico.

Batalha (2013) apresenta que são os arranjos locais que determinam como as PICs entram na rede, sendo diversificada a forma de organização e oferta e que se espera uma política com livre acesso, independente da patologia. Ainda quanto a forma de organização e oferta das PICs, Lima (2012) aponta no seu estudo a existência de um modelo que ainda reproduz a lógica hegemônica da centralidade na consulta ou atendimento individual. Para esta última autora, a forma como está organizado as PICs nos municípios pode determinar a utilização limitada destas por estar centrada nos sintomas biológicos.

Esta realidade por ser parcialmente analisada a partir dos instrumentos de monitoramento das PICs nos Sistemas de Informação em Saúde. Ele acontece de maneira contínua pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), SIA/SUS e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de maneira complementar pelo PMAQ e Censo das Unidades Básicas de Saúde.

Atualmente, no CNES, os Serviços de Práticas Integrativas correspondem ao serviço 134. Na tabela I, pode-se observar a evolução da realização das PICs no SUS, entre os anos de 2008 e 2013 (exceto o ano de 2011, pois faltavam informações), tomando-se como referência o mês de março. Percebe-se um crescimento expressivo das PICs, mas o crescimento não é o mesmo entre as diferentes PICs. As práticas corporais/atividade física englobam a caminhada, alongamento,

ginástica, yoga, meditação entre outros. E entende-se por outras técnicas em MTC, *Lian Gong*, *Tai Chi Chuan*, *Lein Chi* e *Tui-ná*.

Tabela I: Classificação do tipo de serviços de PICs realizados no mês de março de 2008-2013

<b>Práticas</b>	<b>Mar. 2008</b>	<b>Mar. 2009</b>	<b>Mar. 2010</b>	<b>Mar. 2012</b>	<b>Mar. 2013</b>
Acupuntura	103	227	322	494	560
Fitoterapia	14	16	16	62	156
Homeopatia	43	67	75	96	100
Medicina Antroposófica	6	6	6	10	11
Outras técnicas em MTC	84	162	230	379	438
Práticas corporais/Atividade Física	264	687	1.110	2.113	2.337
Termalismo/Crenoterapia	3	3	3	21	7
<b>TOTAL</b>	<b>517</b>	<b>1.168</b>	<b>1.762</b>	<b>3.175</b>	<b>3.609</b>

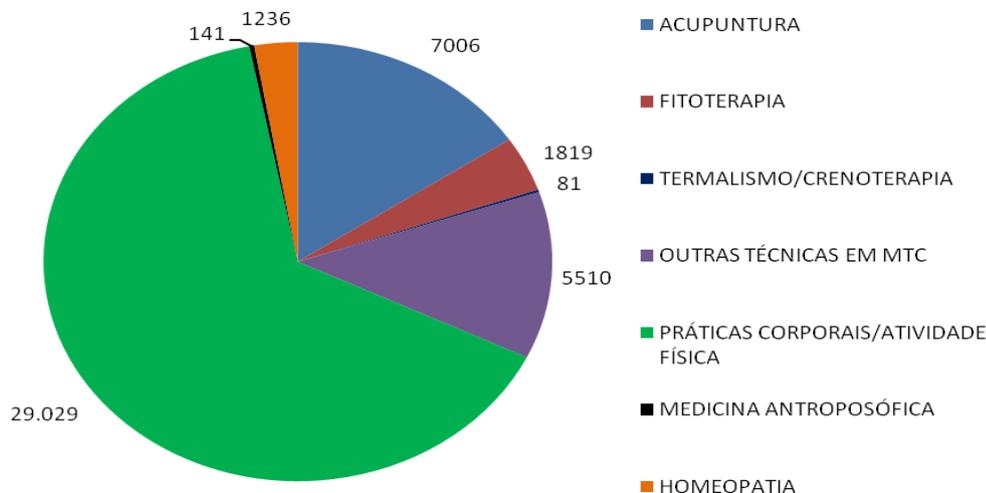
Fonte: Núcleo das Práticas Integrativas e Complementares (Coordenação Geral de Áreas Técnicas/DAB), 2013.

Cruz e Sampaio (2012) concluem num estudo realizado numa equipe de saúde da família em São Carlos que a fitoterapia é a prática mais comum, que ainda é baixo o conhecimento e acesso à acupuntura e homeopatia, possivelmente pela necessidade de um profissional e os custos que as envolvem. E ressaltam que a Crenoterapia/Termalismo e a Medicina Antroposófica não fazem parte da realidade da população do estudo.

Os dados do CNES de 2013 apontam a existência de mais de 3.650 estabelecimentos de saúde com oferta de PICs, distribuídos em 10% dos municípios do Brasil, contemplando 93% das capitais. Na rede de serviços, estão distribuídos: 70% na AB, 25% na média complexidade e 5% na alta complexidade.

No gráfico 1, apresenta-se a relação das PICs realizadas em 2013 no SUS, onde é possível observar a grande expressão das práticas corporais/atividade física que, por serem práticas coletivas, se assemelham bastante com a AB, encontrando mais profissionais adeptos. A maioria dessas práticas não precisa de materiais, o que também facilita a sua realização; exige que o sujeito seja um participante ativo; além de estar em destaque na biomedicina e muito divulgada nos meios de comunicação o modelo de vida saudável.

Gráfico 1: Número de serviços de PICs realizadas em 2013, por classificação do serviço



Fonte: Núcleo das Práticas Integrativas e Complementares (Coordenação Geral de Áreas Técnicas/DAB), 2013.

A tabela I e o gráfico 1 mostram que existe oferta e demanda das PICs, entretanto a literatura indica que a oferta é pequena em relação a demanda.

Num estudo em Campinas, SP, também evidenciou-se insuficiência na oferta das PICs, pois existe uma alta demanda, exigindo ampliação (NAGAI; QUEIROZ, 2011). O acesso às PIC, ainda não é universal, uma vez que o Serviço tem baixa oferta de práticas, número reduzido de profissionais e pouca capilaridade (no município de estudo, as PICs se concentram num serviço especializado), dada sua característica de ser um Serviço com práticas centralizadas (LIMA, 2012).

Franco e Merhy (2010) ao trabalharem com o tema da demanda dos serviços de saúde discutem a produção imaginária da demanda pelo usuário. Esses autores colocam que o usuário ao entrar em contato com o serviço de saúde se conecta com o serviço através de fluxos comunicantes, assim transitam desejos, necessidades, expectativas, demanda e também oferta. Eles afirmam que o usuário não irá procurar no serviço aquilo que não pode ser obtido, como também que é preciso desconstruir o imaginário de que a satisfação de necessidade está relacionada à realização de procedimentos.

Ao ler esses autores entendo melhor porque o público das PICs é reduzido, já que ainda há um desconhecimento referente a essas práticas por parte da população, a oferta desses serviços ainda é limitada e apesar da literatura apresentar que existe uma alta demanda, esta não gera a ampliação destes serviços. Como pode-se observar na tabela II, houve uma queda no valor aprovado para pagamento pra consulta médica em acupuntura e um pequeno crescimento em relação à consulta médica em homeopatia.

Tabela II: Valor aprovado para pagamento para consultas médicas em Acupuntura e Homeopatia de 2011 a 2013

<b>Profissional-CBO</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Total</b>
Médico acupunturista	3.588.350,00	3.188.180,00	3.182.650,00	9.959.180,00
Médico homeopata	2.437.550,00	2.864.750,00	2.547.632,00	7.849.932,00
<b>Total</b>	<b>6.025.900,00</b>	<b>6.052.930,00</b>	<b>5.730.282,00</b>	<b>17.809.112,00</b>

Fonte: Núcleo das Práticas Integrativas e Complementares (Coordenação Geral de Áreas Técnicas/DAB), 2013.

A implantação das PICs na rede pública de Campinas demonstrou uma insatisfação do município, devido ao repasse financeiro por parte do MS ser por procedimento médico. Observou-se que a clínica homeopática não rendia um repasse financeiro adequado para o município, pois essa prática exigia um tempo maior de contato médico-paciente e consequentemente o número de atendimentos médicos era reduzido (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Na tabela III, observa-se crescimento no valor para pagamento por procedimentos. Destaca-se o valor por sessão pelos procedimentos de PICs: sessão de Acupuntura com inserção de agulhas (R\$ 4,13), sessão de Acupuntura com aplicação de Ventosa/Moxa (R\$ 3,67) e sessão de eletroestimulação (R\$ 0,77).

Tabela III: Valor aprovado para pagamento por procedimento para as PICs de 2011 a 2013

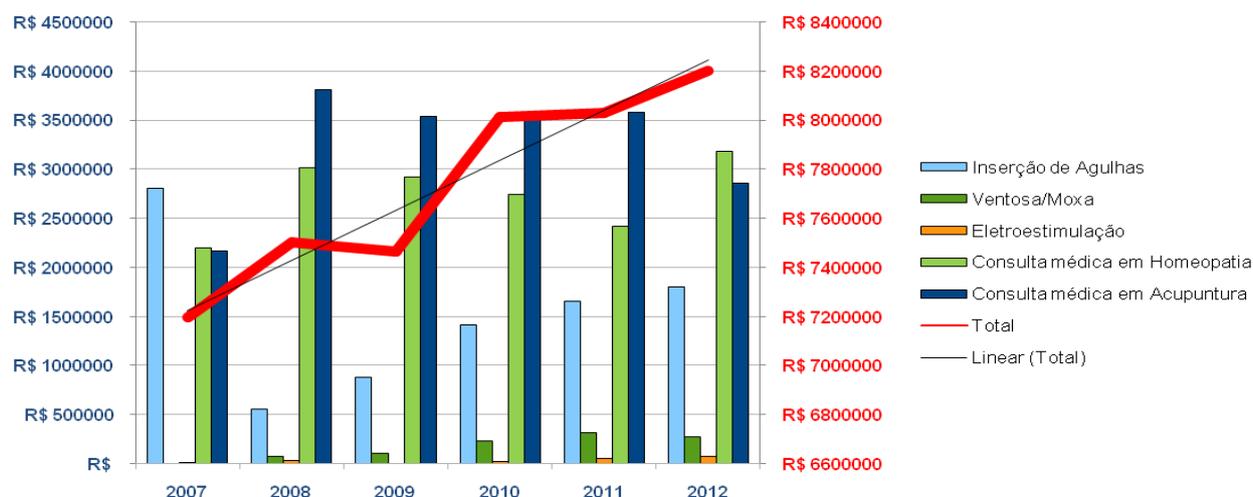
<b>Procedimentos PICs</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Total</b>
Sessão de Acupuntura com inserção de agulhas	1.657.538,33	1.804.260,71	1.886.984,61	5.348.783,65
Sessão de Acupuntura com Aplicação de Ventosa/Moxa	317.889,60	274.681,15	374.774,63	967.345,38
Sessão de Eletroestimulação	58.203,53	73.914,61	64.343,51	196.461,65
<b>Total</b>	<b>2.033.631,46</b>	<b>2.152.856,47</b>	<b>2.326.102,75</b>	<b>6.512.590,68</b>

Fonte: Núcleo das Práticas Integrativas e Complementares (Coordenação Geral de Áreas Técnicas/DAB), 2013.

Os dados relativos à produção em PICs, disponíveis no SIA/SUS apontam um grande crescimento entre 2008 e 2012. Ressalta-se que esse crescimento é relativo ao repasse financeiro, pagamento de procedimentos da média e alta complexidade. Desse modo, o valor repassado para pagamento de procedimentos em PICs, do Fundo Nacional de Saúde para os municípios, foi de R\$ 8.201.746,47 em 2012, enquanto em 2008 esse valor era de R\$ 7.504.412,50. Nestes dados não se visualiza o que é realizado na AB, lembrando que majoritariamente as PICs acontecem na AB.

O gráfico 2 apresenta o consolidado do repasse financeiro para ações em PICs de 2007 a 2012. Nota-se que os valores dispostos na abscissa da direita (em vermelho) referem-se exclusivamente ao total do valor repassado ano a ano.

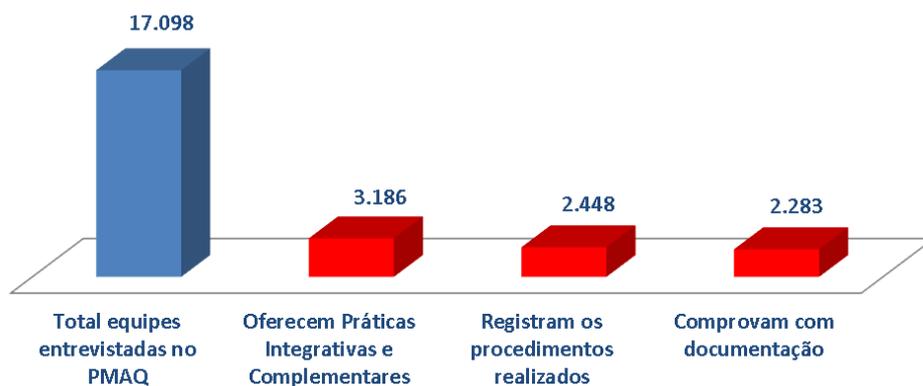
Gráfico 2: Repasse financeiro para ações em PICs de 2007 a 2012



Fonte: Núcleo das Práticas Integrativas e Complementares (Coordenação Geral de Áreas Técnicas/DAB), 2013.

No âmbito da AB, os resultados do primeiro ciclo do PMAQ, das 17.098 equipes entrevistadas, 3.186 afirmaram oferecer o serviço PICs para os usuários do território, representando 18.63% do total de equipes entrevistadas. Destas 2.283 comprovaram com documentação, e 2.448 fazem o registro do procedimento/atividade de PICs realizado como pode ser visualizado no gráfico 3.

Gráfico 3: Resultado do 1º ciclo do PMAQ referente as PICs



Fonte: Núcleo das Práticas Integrativas e Complementares (Coordenação Geral de Áreas Técnicas/DAB), 2013.

Os dados e análises apresentadas permitem visualizar um crescimento da oferta e da demanda por serviços de PICs, mas estas práticas ainda possuem um lugar marginal no SUS, de modo que o acesso ainda é restrito. Segundo Batalha (2013), o criador da Terapia Comunitária, Adalberto Barreto, alega que o cenário brasileiro já está amadurecido para as PICs, mas que falta uma política de expansão, mesmo depois que as leis foram sancionadas.

### 3.3 Hipóteses sobre o desenvolvimento da política e seu financiamento

*Muitas práticas complementares focam a atenção no acolhimento do sofrimento, na dor da alma, permitindo que as pessoas possam digerir uma ansiedade que se não for metabolizada traz grandes riscos para a saúde. É melhor promover a saúde hoje, pelo reforço dos vínculos sociais e pela integração de saberes, do que combater a patologia amanhã nos hospitais.*

Adalberto Barreto

Em 2004, durante a construção da PNPIC foi realizado um diagnóstico situacional sobre as PICs no SUS. O diagnóstico visava conhecer as práticas realizadas nos municípios brasileiros e foi realizado por meio do envio de questionário para os 5.560 municípios. Destes, 1.342 municípios responderam e em 232 detectou-se a existência de alguma das práticas complementares (62,9%), fitoterapia (50%), homeopatia (35,8%), acupuntura (34,9%) e medicina antroposófica (1,7%) (BRASIL, 2011).

Segundo De Simoni, Benevides e Barros (2008, p.72), este resultado validou a orientação inicial de construção da política baseada nestas modalidades. O caso do termalismo configurou-se como uma exceção, pois veio a ser integrado ao corpo da proposta preliminar apenas na etapa de aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

Entretanto, o questionário supracitado continha questões envolvendo apenas as práticas relacionadas aos subgrupos formados em 2003 para elaboração da política. Assim, parece que objetivo do questionário não foi conhecer as práticas realizadas no país como afirma o documento da política, mas sim justificar a política com as quatro práticas citadas, hipótese essa que é reforçada pela afirmação dos autores acima. No entanto, mesmo partindo do pressuposto estabelecido pelos autores, não se justifica a entrada da medicina antroposófica, já que esta se apresenta somente em 1.7% dos municípios e estados. E ainda, o quanto representativo foi esse estudo, se apenas 24% das secretárias responderam o questionário, o que não mostra realmente a realidade brasileira de experiências em PICs. Mesmo sabendo-se da dificuldade de realizar uma pesquisa ampla num país como o Brasil, cabe interrogar o objetivo real de tal questionário, pois, ao que parece, sua utilização foi muito mais no sentido de legitimar o grupo de trabalho, seus representantes e as respectivas práticas que defendem do que propriamente buscar compreender o cenário das práticas não hegemônicas no âmbito do SUS.

Por que estas e não outras práticas fazem parte da política? Quais as justificativas formais e materiais para as escolhas que foram realizadas no seu processo de construção?

Também chama a atenção a forma como o Termalismo Social/Crenoterapia foi incluído na política, uma vez que não havia dados do uso dessa prática no SUS que justificasse essa inclusão. Que lógica de formação de interesses pode ter contribuído nesse sentido? O que pode ser afirmado, a partir dos registros históricos existentes, é que não havia interesse anterior por essa prática tanto é que a mesma não estava no questionário. Provavelmente a inclusão do Termalismo Social/Crenoterapia na PNPIC se deu única e exclusivamente para atender ao jogo de poderes existente naquele momento nas instâncias de decisão do SUS, especificamente o Conselho Nacional de Saúde, de onde derivou tal demanda.

Segundo De Simoni (2013) a inclusão do Termalismo Social/Crenoterapia foi devido a apresentação de um relatório do Grupo das Águas do CNS.

Embora a construção da PNPIC seja tida como um processo participativo, essa construção coletiva se deu de modo bem diverso nos vários segmentos das PICs (ESTRELA, 2013, p. 195). Entretanto, não fica claro em que medida esse processo de construção realmente foi participativo. Os atores que participaram da elaboração eram técnicos do Ministério ou faziam parte de associações de classe? Porque não participaram instituições/pessoas da sociedade civil? Como se deu a escolha/participação dessas entidades/instituições? O processo foi realmente coletivo? Por que enquanto alguns grupos optaram por fóruns (mais amplos), outros optaram apenas por reuniões técnicas (mais restritas)?

Santos *et al.* (2011) afirmam que a contribuição dos atores na construção de uma política não é estática, desse modo, a participação dos atores pode ser analisada a partir do seu interesse e poder. A análise de uma política requer compreender o processo dinâmico no qual as decisões tomadas por alguns atores podem refletir viabilidade, evolução ou fracasso da política. Em que medida as decisões dos atores que fizeram parte do processo de construção desta política contribuíram para o fortalecimento ou fragilização das PICs no âmbito do SUS?

Após dois anos da publicação da política, a coordenação da PNPIC realizou outro diagnóstico entre os meses de março e abril de 2008, através do método de pesquisa por telefone com questionário semi-estruturado. Dessa vez, buscava-se analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta das PICs nos municípios (BRASIL, 2011).

Nesta segunda pesquisa, obteve-se 4.051 respostas (dos 5.565 municípios), significando 73% do universo pesquisado. Em relação ao nível de atenção, as PICs se fizeram presentes nas equipes de AB (72%), na média complexidade (14%) e na alta complexidade (4%). Um

importante achado foi que, do total, 10% das PICs eram realizadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Nesse diagnóstico houve uma maior preocupação com a representatividade dos dados, para que se tivesse o verdadeiro panorama das PICs, entretanto, nota-se na apresentação dos dados que os mesmos não são expostos de forma direta. Em nenhum momento é expresso o percentual de municípios onde se realizam essas práticas, sendo dito apenas a porcentagem das PICs em cada nível de atenção.

O estudo aponta como as práticas se apresentam nos municípios: Fitoterapia em 9%, Homeopatia em 7%, MTC em 4,5%, Acupuntura em 5%, Termalismo/Crenoterapia em 1,5%, Medicina Antroposófica em 1% (BRASIL, 2011). Mas, não temos o universo, não é possível somá-las, já que em muitos casos deve ter a presença de práticas diferentes no mesmo município. Ou seja, é razoável supor que se o gestor de um município está sensibilizado para desenvolver PICs na rede de atenção, esse município provavelmente deve ofertar mais de uma PIC.

Segundo Brasil (2011), a fitoterapia é a prática mais frequente, pois em 2006 foi publicado o Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho, no qual aprovava a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, havendo assim, mais um esforço intersetorial de articulação e fomento, o que provocou um aumento significativo dessa prática em relação ao diagnóstico de 2004. Assim, havia fornecimento de medicamentos fitoterápicos em 56% dos municípios.

No entanto, gostaria de destacar que a fitoterapia, por ser amplamente difundida como prática popular no Brasil, também faz parte do cotidiano de muitos profissionais e estes a indicam sem necessariamente passar por uma formação específica (capacitação ou especialização), de forma que há um maior número de profissionais que a realizam. Outro ponto relevante é que ela é de baixo custo e os usuários têm maior acesso (podendo ser cultivado no quintal do domicílio), facilitando sua expansão.

O uso da fitoterapia é proveniente de tradições familiares e culturais não dependendo necessariamente da indicação ou conhecimento dos profissionais de saúde, de forma que há uma maior valorização dessa prática (CRUZ; SAMPAIO, 2012).

Ainda sobre o estudo de 2008, percebeu-se a existência de Ato ou Lei regulamentando as PIC em 30% dos municípios, indicando um significativo incremento em relação ao estudo de 2004, sugerindo que a PNPIC induziu a institucionalização das PIC no SUS no âmbito local (BRASIL, 2011). Tal elemento permite enfatizar como hipótese a fragilidade da política vinculada à ausência de financiamento, pois, para garantir recurso, os municípios buscaram mecanismos locais tais como ato ou lei.

Santos e Tesser (2012) consideram um desafio aos gestores públicos a efetiva institucionalização das PICs no SUS. Eles argumentam que os mecanismos legais não são suficientes e ainda há reduzido número de profissionais capacitados, financiamento insuficiente, poucos espaços institucionais para desenvolvimento das práticas, além dos fatores culturais e científicos.

Reconhece-se a importância do estabelecimento de uma política nacional, porém esta não dá conta da implantação das PICs, com déficit de diretrizes operacionais para implantação das práticas, dificultando a consolidação e expansão das mesmas (SANTOS; TESSER, 2012).

Concordo com esses autores, principalmente, pois devemos lembrar que essas práticas trazem consigo uma mudança no cuidado em saúde e não se pode pressupor que os profissionais e gestores estejam sensibilizados para a implantação delas nos municípios.

Na pesquisa de Ischkanian e Pelicioni (2012) comparou-se uma unidade básica de saúde que não oferecia PICs e um ambulatório de especialidades que oferecia PICs. As autoras apontam que mesmo no serviço que oferta as PICs, estas não são valorizadas, prevalecendo o modelo biomédico nos atendimentos, de forma que as práticas não têm ocupado o papel que deveriam e/ou poderiam dentro do SUS para a promoção da saúde. Também surge no estudo a falta de articulação e/ou diálogo entre os gestores dos três níveis de governo.

O professor da Universidade Federal Fluminense, Eduardo Almeida, em entrevista a Revista RADIS, afirma que o SUS tem dificuldade em efetivar as PICs por trabalhar quase exclusivamente com o modelo intervencionista da medicina lesional. Ele lembra ainda que a medicina alopática, que nasceu para curar as doenças agudas, está em crise, tanto pelo alto custo como também por não dá respostas às doenças crônicas (realidade atual do adoecimento). Ele considera que falta suporte institucional para a PNPIC (BATALHA, 2013).

Visto que, muitos autores colocam as dificuldades na implantação irei destacar três diretrizes da PNPIC que me despertam mais atenção a partir da sistematização realizada na leitura dos documentos e análise de narrativas.

a) Estabelecimento de mecanismos de financiamento;

Ao longo dos anos que sucederam a política, esta não obteve status de importância ou prioridade junto ao MS, notadamente pela falta de financiamento para a sua implementação. A falta de orçamento e financiamento por parte do Ministério para tais práticas denota o baixo grau de comprometimento do governo com a implementação das PICs no país (ESTRELA, 2013).

A mesma autora destaca outro ponto que merece ser analisado, qual seja, a ausência de política para o fornecimento de medicamentos homeopático e antroposófico no campo da assistência farmacêutica, gerando descontinuidade do atendimento. Há oferta de consultas nessas áreas, porém a prática não é complementada com o medicamento necessário (ESTRELA, 2013).

Quando comecei a ler sobre a PNPIC esse foi o aspecto político que mais me chamou a atenção, pois a PNPIC é criada sem ter como operar, ficando dependente de um quase voluntarismo dos gestores e profissionais do SUS. Já se passaram oito anos e, mesmo assim, a política continua sem recurso indutor ou de apoio, sendo que houve uma importante mudança de partido político comandando o MS<sup>2</sup>, sem falar no grande investimento que a AB recebeu nos últimos anos.

Para Tesser e Barros (2008), legitimar outras formas de práticas e saberes implica em legitimar outros atores sociais. Eles destacam que para o avanço das PICs, inclusive como uma estratégia desmedicalizante (fenômeno complexo, relacionado à incorporação de normas de conduta de origem biomédica), devem-se intensificar os confrontos entre corporações, inclusive como forma de fazer pressão política.

É preciso lembrar que existem outras representações como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), CNS e outras instâncias tais Conselhos de Saúde nos três âmbitos de gestão e que os gestores e representantes dos usuários precisam colocar as PICs na pauta, principalmente abordando a necessidade de ampliação seu financiamento.

Para Fleury e Ouverney (2008), a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. Na pesquisa realizada por Santos *et al.* (2011), constatou-se que as dificuldades para o fortalecimento institucional das PICs em Recife podem estar relacionadas ao fato do Conselho Municipal de Saúde, entidade representante dos interesses dos usuários, não considerar as PICs um tema relevante.

- b) Articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do MS;

Estrela (2013) observa que as PICS não se articulam com programas, serviços e demais ações no SUS. Essas práticas poderiam fazer interface com temas como as doenças respiratórias, na saúde do idoso, diabetes mellitus e hipertensão arterial, dentre outras. E afirma que essas

---

<sup>2</sup> Mudança do PMDB para o PT mesmo no contexto da presidência de dois presidentes do PT, importante no sentido de afirmar o SUS como política pública, buscando diversas estratégias para efetivá-lo.

práticas são negligenciadas, invisíveis para a esfera da gestão. Ela ainda enfatiza que há falta de interesse da gestão federal no debate das PICs no SUS de forma ativa, em forma de fóruns de discussão e consultas públicas.

Apesar de ter essa diretriz, para mim a PNPIC traz controvérsia no momento que legitima primeiramente outras práticas, de culturas não brasileira. Não sou contra a medicina tradicional chinesa (inclusive tenho formação em acupuntura) e defendo que a medicina tradicional indiana (mais conhecida como *ayurveda*) deveria estar na política. Porém, mais uma vez, reconhecemos o conhecimento de fora e não reconhecemos e valorizamos os saberes e culturas indígenas, negra/africana e popular (benzedeiras, rezadeiras, curandeiros e etc.).

Para De Simoni (2013), a fundamentação teórica da PNPIC é a categoria-conceito Racionalidades Médicas. Esta foi de fundamental importância para a sustentação teórica da PNPIC, já que as bases da política de saúde estão enraizadas na biomedicina e sua conseqüente fragmentação disciplinar em termos de saberes e de práticas, de intervenção funcional.

A racionalidade médica é um sistema médico que contempla seis dimensões: a doutrina médica, morfologia, fisiologia ou dinâmica vital, sistema diagnóstico, sistema terapêutico e cosmologia. Desenvolveu-se estudos teóricos e empíricos, específicos e comparativos entre a Biomedicina, Homeopatia, Medicina *Ayurvédica* e Medicina Tradicional Chinesa (DE SIMONI, 2013).

Assim, justifica-se a política através das racionalidades médicas, que a meu ver, é justificar através da ciência, do que é comprovado cientificamente (nos padrões aceitos pela ciência moderna), reafirmando/confirmando a hegemonia da biomedicina, que continua dizendo o que deve ou não ser aceito/adotado do ponto de vista do sistema de saúde. E até hoje existe essa preocupação dos pesquisadores e profissionais da área de que só integre a política o que tiver comprovação científica. Entretanto, muitas vezes as pesquisas que são realizadas não são reconhecidas e, muitas vezes, encontram dificuldade de publicação. Entendo que as pesquisas nesta área não podem ter as mesmas formas de validação da biomedicina, ou seja, do conhecimento hegemônico, já que calcadas em outro tipo de racionalidade.

Para Tesser (2009) o processo de validação e legitimação das práticas precisa diversificar para além da ciência e da biomedicina, democratizar o tema e politizá-lo. A ciência pode ser um ponto de apoio para legitimação, não o único nem tampouco necessário sempre, outros valores além dos científicos são desejáveis.

- c) Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PICs nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

Uma política sem recurso indutor reflete na carência de informações, pois não é necessário informar o que não é pago, a menos que haja outro arranjo de inserção das informações, o que ainda não é o caso das PICs. Por isso, os dados que tem regularidade são os vinculados ao Bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade Hospitalar, que são as consultas de homeopatia e acupuntura e procedimentos da acupuntura. Sendo assim, a caracterização das PICs nos Sistemas de Informação em Saúde que geram informação de modo contínuo (CNES, SIA/SUS, SIAB) são insuficientes, ficando a cargo de novas estratégias (como o PMAQ – 1º e 2º ciclos e Censo das UBS) coletar dados de forma mais aprofundada, no entanto de modo descontínuo. Atualmente, o e-SUS AB é uma possível solução intermediária para melhorar a quantidade e qualidade de informações sobre PICs na AB, mas no momento ainda encontra-se com baixa implantação e utilização pelos municípios.

Devido a essa dificuldade em saber quem são esses profissionais, a coordenação nacional da PNPIC criou um cadastro nacional como ferramenta para melhorar as informações sobre estudantes, pesquisadores, serviços, instituições de ensino e outros interessados / praticantes de PICs, somando mais um dado que ajude a estimar um quantitativo real de quem são e onde estão os profissionais e instituições que utilizam PICs no cuidado em saúde.

É importante ressaltar que os dados analisados refletem sobretudo a gestão atual da coordenação responsável pela PNPIC. Atualmente a estratégia adotada por esse núcleo é o apoio e fortalecimento da inclusão das PICs nas redes de Atenção à Saúde, a partir de ações para estruturação de serviços, apoio a pesquisa, educação permanente/formação e divulgação. Essas ações acontecem com outras instâncias do governo e em parceria com universidades. Assim, destacam-se algumas ações:

- Inclusão dos indicadores das PICs na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a intenção é mapear quais práticas são utilizadas pelos brasileiros e qual o perfil desses cidadãos. O que poderá dar um panorama muito mais amplo do uso das PICs pelos brasileiros, principalmente os que utilizam o serviço privado;
- Inclusão do tema PICs no PMAQ, fornecendo informações individualizadas por equipe, ampliando as possibilidades de monitoramento da PNPIC na AB;
- Inclusão de 60 milhões de reais para as PICs no Plano Plurianual (PPA) de 2012-2015 em nível de Ministério da Saúde, posteriormente retirado do PPA. O recurso não foi efetivamente garantido, sendo que o valor direcionado para as PICs anualmente foi bem menor do que a média esperada de 15 milhões/ano (2013: 6,8 milhões);

- Edital de pesquisa, no qual, buscou-se fortalecer pesquisas que forneçam subsídios para embasar o desenvolvimento da PNPIC, produzindo conhecimento válido que permita a gestores das diversas instâncias de governo, profissionais de saúde e usuários do SUS amplificar o pleito e as justificativas para a ampliação da oferta de serviços de PICs no SUS. Foram contempladas com apoio financeiro (2 milhões de reais) 27 projetos nas seguintes linhas de pesquisa: análise de custo-efetividade de ações de PICs no SUS; pesquisa clínico-epidemiológica em relação ao uso da PICs no cuidado a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis; avaliação de serviços de PICs no SUS; É importante destacar que foram recebidas 138 propostas.
- Edital para fortalecimento de serviços em PICs, disponibilizando 2 milhões de reais para propostas prevendo: a aquisição de insumos para os serviços, ações de divulgação e/ou sensibilização de trabalhadores da saúde, gestores e controle social, e processos de educação permanente em PICs, incluindo a elaboração de material didático. Tendo sido aprovadas 17 propostas de um total de 70;
- Termo de Cooperação com a Fiocruz: Curso de plantas medicinais e fitoterapia para profissionais da AB (objetivo de qualificar 1.000 profissionais); Análise das bases de dados; Desenvolvimento de ferramenta web para divulgação dos dados.
- A partir de abril de 2014, dois cursos estão sendo ofertados na comunidade de práticas para a qualificação dos profissionais e dos gestores do SUS nas PICs: Uso Racional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, voltado para agentes comunitários de saúde e Apoio à implementação de PICs no SUS, voltado para técnicos das secretarias municipais e estaduais de saúde.
- Está em estudo a instituição de recurso de custeio para fortalecer as PICS nos municípios. O direcionamento é o de apoiar iniciativas municipais em desenvolvimento, com foco na oferta de PICs na AB. A partir dos dados do PMAQ, os locais que realizam PICs poderão receber recursos para apoiar o custeio (pagamento de profissionais, aquisição de insumos etc.).

Na figura 1, visualiza-se o trabalho da equipe para garantir elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS, uma das diretrizes da PNPIC.

Figura x: *Slide* de uma apresentação da coordenação responsável pela PNPIC no MS

Fonte: Núcleo das Práticas Integrativas e Complementares (Coordenação Geral de Áreas Técnicas/DAB), 2013.

#### 4 Considerações Finais

As PICs encontram dificuldade para se capilarizar e ser uma oferta realmente consistente para os usuários do SUS, sendo necessário avaliar os fatores que concorrem para tal quadro. Entre os gargalos que se reconhece no campo da política atualmente, identificam-se a necessidade de dar maior divulgação e sensibilização aos gestores, profissionais da rede e usuários; avançar na agenda da formação para os profissionais de saúde; inscrever as PICs como oferta consistente dentro do modelo de atenção à saúde no SUS; e, sobretudo, a existência de recurso de custeio e apoio mais amplo por parte do MS, de modo a estimular os municípios à implantação/ampliação das PICs.

Considero que as PICs deveriam se articular com outras coordenações, departamentos e secretárias do MS, se transformando em tema transversal para outras políticas e programas, tais como na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, rede de atenção psicossocial, Política Nacional de Educação Popular, Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Hospitalar. E dialogar mais com as políticas para populações específicas, como as da população indígena e negra. Inclusive, com possibilidades de ampliar os serviços de PICs na media e alta complexidade.

Dentro do próprio departamento no qual a PNPIC é gerida, as PICs precisam fazer parte da pauta dos apoiadores do Departamento, fazer parte da discussão do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e da Academia da Saúde, indo além de capítulos nos Cadernos de Atenção Básica (CAB). As coordenações do DAB precisam desenvolver melhores estratégias de diálogo de modo que se fortaleça a gestão na AB, que a política de saúde não seja fragmentada através de diversas portarias e normas técnicas. Se essa política está inserida no DAB, a mesma precisa fazer interface com as outras políticas e programas desse nível de atenção, de modo que as PICs sempre estejam presente e sendo discutidas.

As PICs denotam falta de prioridade no MS. Algo curioso acontece com as PICs no âmbito do próprio DAB, vários gestores vão a sala da coordenação se consultar e fazer auriculoacupuntura com a equipe das PICs, mas pouco eles falam no cotidiano do seu trabalho, com os estados e municípios, sobre a PNPIC. Esse fato também é observado por diversos autores citados nesse trabalho, onde os profissionais de saúde e seus familiares utilizam as PICs, mas não indicam para seus usuários. Inclusive o nosso ex-presidente, Lula, fazia acupuntura para bursite, a política foi aprovada no seu governo, mas sem recurso indutor. Não por acaso, a oferta de PICs no SUS ainda é reduzido e também poderia ter um público mais amplo, em que pese a pressão

assistencial sobre os serviços que oferecem esse tipo de prática. Como resultado, temos que as práticas da PNPIC ainda estão longe de uma universalização como é possível perceber nos relatos dos gestores e pesquisadores da área.

Quem sabe com o novo ministro de Saúde, Arthur Chioro, a universalização das PICs se torne realidade, já que o mesmo é homeopata e deve conhecer bem os benefícios das PICs para os usuários e para o sistema de saúde, por exemplo pelo seu baixo custo.

É necessário melhorar a comunicação na saúde como um todo, quem está na assistência (ponta) sempre reclama que é o último a saber das resoluções/portarias, a gestão municipal é cobrada diretamente por seus usuários, a gestão estadual se vê entre a ansiedade dos municípios e a cobrança da gestão federal. E essa última tem, a meu ver, o trabalho mais distante da ponta, não vê seu trabalho se concretizando.

É preciso aproximar os “tempos políticos”, que se fale a mesma língua para que o SUS tenha a possibilidade de sobreviver num sistema capitalista que busca mostrar que o SUS é e deve ser um sistema sem qualidade e para os pobres, onde os ricos e remediados devem buscar "saúde" pela via do sistema privado.

## Referências

ANTUNES, D. S. H. **A criação da política municipal de práticas integrativas e complementares no município do Rio grande/RS: desafios, conquistas e perspectivas.** 2014. 125 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família-modalidade Residência). Universidade Federal do Rio Grande – FURG. 2014

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**, Lisboa, Portugal; Edições 70, 2008.

BATALHA, E. Outras Medicinas no SUS. In: FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Acessibilidade para todos. **Revista RADIS**. Comunicação em Saúde, n. 130, p. 24-27, jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 18 jul. 2006, p. 65-66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Gestão 2006/2010 - Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, 2011. 44p.

CUNHA, M. I. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ. [online]**, v. 23, n. 1-2, 1997.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** 182 f. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: 2004.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. O uso de práticas complementares por uma equipe de saúde da família e sua população. **Rev. APS**, v. 15, n. 4, p. 486-495, out/dez 2012.

DE SIMONI, C. L.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família** – Ano IX, Ed. Especial (maio, 2008), Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 70-76.

DE SIMONI, C. L. Processo de institucionalização das RM e das PIC: relato de uma experiência de gestão. In: NASCIMENTO, M. C; NOGUEIRA, M. I. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 206-215.

ESTRELA, W. L. Reflexões a respeito da trajetória político-institucional do atendimento médico homeopático no Brasil. **Revista Cultura Homeopática**, n. 15, p. 15-20, 2006.

ESTRELA, W. L. Políticas de saúde e processo de institucionalização das Racionalidades Médicas e das Práticas Integrativas e Complementares. In: NASCIMENTO, M. C; NOGUEIRA, M. I. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 191-205.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p.183-195.

ISCHKANIAN, P. C. **Práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde**. 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2011.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das Práticas Integrativas e Complementares no SUS visando a Promoção da Saúde. **Rev. Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 22, n. 1, p. 233-238, 2012.

LIMA, K. M. S. V. Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde. 118 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1793-1800, mar. 2011

NUNES, J. G.; PELIZZOLI, M. L. Vida, experiência e saúde: reflexões sobre um cuidado formativo. In: PELIZZOLI, M. L. (org.) **Novas visões em Saúde**: em direção às práticas integrativas. EDUFPE: 2012. p.1-16.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional** 2002–2005. Ginebra, 2002.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011.

PELIZZOLI, M. L. Saúde: entre Ciência, Doença e Mercado: reflexões epistemológico-críticas. In: BARRETO, A. F. (org.). **Integralidade e saúde**: epistemologia, política e práticas de cuidado - Recife: EDUFPE, 2011. p. 31-47.

SANTOS, F. A. S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, dec. 2011.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, nov. 2012.

SPADACIO, C. **Medicinas tradicionais, alternativas e complementares como marcadores de diferenciação social**. 2013. 225 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2013.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias Complementares. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.