

FAZERES DA SAÚDE COLETIVA EM MOVIMENTO

E-book – 2ª edição



**Renata Riffel Bitencourt
Jaqueline Miotto Guarnieri
Aline Blaya Martins
Guilherme Lamperti Thomazi
Luciane Maria Pilotto
Alcindo Antônio Ferla
(orgs.)**

Fazeres da saúde coletiva em movimento

**E-book
2ª edição**



**São Leopoldo
2022**

© Dos autores – 2022

Editoração: Oikos

Capa: Juliana Nascimento

Fotografias: Isabelle Rieger

Ilustrações: Yasmin Muniz

Revisão: Lu Araújo

Diagramação e arte-final: Jair de O. Carlos

Conselho Editorial (Editora Oikos):

Avelino da Rosa Oliveira (UFPEL)

Danilo Streck (Universidade de Caxias do Sul)

Elcio Cecchetti (UNOCHAPECÓ e GPEAD/FURB)

Eunice S. Nodari (UFSC)

Haroldo Reimer (UEG)

Ivoni R. Reimer (PUC Goiás)

João Biehl (Princeton University)

Luiz Inácio Gaiger (Bolsista de Produtividade CNPq)

Marluza M. Harres (Unisinós)

Martin N. Dreher (IHSL)

Oneide Bobsin (Faculdades EST)

Raúl Fernet-Betancourt (Aachen/Alemanha)

Rosileny A. dos Santos Schwantes (Centro Universitário São Camilo)

Vitor Izecksohn (UFRJ)

Editora Oikos Ltda.

Rua Paraná, 240 – B. Scharlau

93120-020 São Leopoldo/RS

Tel.: (51) 3568.2848

contato@oikoseditora.com.br

www.oikoseditora.com.br

F287 Fazeres da saúde coletiva em movimento. 2. ed.; E-book. / Organizadores:
Renata Riffel Bitencourt et al. – São Leopoldo: Oikos, 2022.

216 p.; il. color.; 14,8 x 21 cm.

ISBN 978-65-5974-095-6

1. Saúde coletiva. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção básica – População do campo. 4. Musicoterapia – Políticas públicas. I. Bitencourt, Renata Riffel. II. Guarnieri, Jaqueline Miotto. III. Martins, Aline Blaya. IV. Thomazi, Guilherme Lamperti. V. Pilotto, Luciane Maria. VI. Ferla, Alcindo Antônio.

CDU 614

Catálogo na Publicação: Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil – CRB 10/1184

Práticas integrativas e complementares na Odontologia: um caminho para a construção da integralidade do cuidado

Victória Rodrigues Faustino

Jaqueline Miotto Guarneri

Renata Riffel Bitencourt

Luciane Maria Pilotto

Aline Blaya Martins

Introdução

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PN PIC), desde 2006, ano de sua publicação e consolidação, tem incluído de forma lenta e gradual diversas práticas alternativas ao modelo biomédico ocidental nos serviços de saúde pública, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política baseia-se no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do cuidado, buscando garantir o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços antes restritos à assistência privada (BRASIL, 2006).

Cabe mencionar que as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) abrangem sistemas e recursos que valorizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio em que vive. O processo saúde-doença é visto de forma ampliada e visa a promoção global do cuidado e, principalmente, do estímulo ao autocuidado (BRASIL, 2006). Dessa forma, a implementação das PIC em um serviço de saúde pública reforça o princípio da integralidade, citado na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 de 1990, que é fundamental para a

implementação e fortalecimento do SUS como um todo (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Segundo Paim e Silva (2010, p. 112), “a ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou Comprehensive Medicine. Assim, a Medicina Integral seria capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação”. Essa noção trazida dos Estados Unidos no início do século XX passou a influenciar e fomentar o debate e a elaboração de textos sobre o tema nas escolas de saúde brasileiras, aparecendo em discursos governamentais (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) e textos que posteriormente alimentariam as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Portanto, o conceito de integralidade assumiu diversos significados à medida que foi explorado na teoria e na prática pelos sujeitos que, sobre ele, se debruçaram, esmiuçando suas representatividades e aplicações (PAIM; SILVA, 2010).

Entretanto, é necessário atentar para o expansionismo semântico que pode levar ao esvaziamento do significado, ainda que seja difícil definir a integralidade e tudo o que ela representa no âmbito da saúde e fora dela. Segundo Mattos (2006), existe um esforço no sentido de não permitir que essa palavra venha a significar toda e qualquer coisa, pois desta maneira não significaria nada.

O significado de integralidade, no contexto do presente estudo, abrange o cuidado à pessoa em sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Sendo assim, a integralidade assume um papel condutor no debate sobre a importância da implantação e ampliação da oferta das PIC.

Na Odontologia, as PIC vêm se consolidando a partir da Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 82/2008, que, num primeiro momento, autoriza para o cirurgião-dentista (CD) o exercício das seguintes terapias alternativas: acupuntura, fitoterapia, terapia floral, hipnose, homeopatia e laserterapia (BRASIL, 2008). Posteriormente as Resoluções nº 165 e 166/2015 autorizaram também as práticas da odontologia antroposófica e ozonioterapia, respectivamente (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b). Todavia, o uso das PIC ou seu referenciamento ainda são práticas incipientes, o que pode ser justifi-

cado pela insegurança, ou preconceito e, muitas vezes, pelo despreparo dos profissionais, que não se deparam com estes conteúdos durante sua formação.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo reunir informações existentes na literatura acerca das PIC, das perspectivas dos profissionais da Odontologia e da relação que se estabelece com a integralidade do cuidado. Para isto, este ensaio teórico-conceitual inicialmente retoma os sujeitos e conceitos do processo saúde-doença ao longo da história e o percurso das PIC para sua implementação no cuidado à saúde. Tal resgate se faz importante por abordar um tema sobre o qual ainda vemos poucas produções científicas e por esta ser a justa causa da insegurança dos profissionais diante das práticas integrativas. Espera-se ampliar o debate, fortalecer e fomentar estudos sobre PIC, principalmente junto a prática da Odontologia, instigando a reflexão sobre a oferta de um serviço de cuidado pautado na integralidade.

Saúde e doença: sujeitos e conceitos na história

Foram diversos sujeitos e conceitos relacionados ao processo de adoecer, curar e ao adjetivo “saudável” ao longo da história. Esses conceitos diferem nas sociedades ocidental, oriental e africana, as quais possuem diferentes formas de passar esse conhecimento e história para as atuais gerações. Na medicina hindu e chinesa, a doença é resultante do desequilíbrio do organismo humano, causas naturalizadas, relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e demais animais. Para os gregos, fatores externos ocasionavam as doenças, então, para alcançar a harmonia perfeita do corpo humano deveriam ser consideradas as estações do ano, as características do vento e da água (BARATA, 1985).

Podemos observar, predominantemente na antiguidade, a medicina inserida no contexto religioso-mitológico no qual a razão de adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva. As relações com o mundo natural baseavam-se em uma cosmologia que incluíam deuses e deusas, dada a grande quantidade de religiões politeístas, espíritos bons e maus. Os indivíduos pensavam sobre a do-

ença em termos desses agentes, cabendo aos responsáveis pela prática médica da época, sacerdotes, feiticeiros e xamãs, aplacar essas forças sobrenaturais. Era comum a prática de rituais que assumiam a finalidade de manter ou restabelecer o equilíbrio entre seres humanos, meio ambiente e divindades. Na atualidade ainda temos grupos de pessoas que optam por continuar seguindo por este pensamento e atribuindo a causalidade de saúde/doença a divindades, rituais e outros sujeitos, rejeitando o modelo biomédico e a própria ciência (BARROS, 2002).

O primeiro desvio do foco de interesse das forças sobrenaturais para o portador da doença de que se tem conhecimento, teve seus primórdios no Egito (papiros com fragmentos de textos médicos datam de três mil anos antes de Cristo). O papiro cirúrgico de Edwin Smith apresentou para o mundo suas características em relação às práticas de cura no Egito antigo e, dentre elas o papiro é o mais antigo tratado de medicina cirúrgica do mundo. Gradativamente, a doença passa a ser vista como um fenômeno natural, passível de ser compreendido e liberado da intromissão de forças divinas ou malévolas. Esse novo enfoque, pode ser designado como a primeira experiência da humanidade com uma medicina empírico-racional, sendo uma descoberta histórica recente, pois na história ocidental eurocentrada essa experiência só viria cerca de 500 a.C. com Hipócrates (BADARÓ, 2007).

Na Grécia, o conhecimento médico tradicional era transmitido a uma linhagem masculina no interior das próprias famílias, mas, com o tempo, discípulos sem vínculo consanguíneo puderam usufruir desse tipo de formação especializada. Assim, Hipócrates foi formado pelo pai, Heraclides, e o avô, Hipócrates I, ambos médicos asclepiades da Ilha de Cós, e posteriormente ele mesmo reuniu um bom número de aprendizes, entre eles, seus filhos Tessalo (pai de Hipócrates III) e Dracon (pai de Hipócrates IV). Porém, Empédocles (490-430 a.C.) seria o pioneiro na concepção do mundo como sendo formado pelo somatório dos quatro elementos, formulando as bases de uma teoria dos elementos, teoria que foi aprimorada por outros filósofos e atingindo o seu auge à época de Hipócrates, daí em diante persistindo, mais ou menos inalterada, até o século XVI (REBOLLO, 2006).

Quanto ao papel das mulheres com relação à medicina ao longo da história, temos atualmente o conhecimento da história de Merit-Ptah, a primeira médica do mundo, citada nos papiros que remontam ao início do período dinástico (c. 3150 – c. 2613 a.C.) no Egito Antigo. Ela chefiava os médicos da corte real, e as evidências também sugerem a existência de uma Escola de Medicina sediada no templo de Neith, em Sais (cidade no Baixo Egito), dirigida por uma mulher cujo nome é desconhecido. Na narrativa grega uma jovem mulher ateniense, chamada Agnodice, desejava ser médica e para isso viajara até Alexandria, onde as mulheres eram autorizadas a seguir a profissão. Depois de completar a instrução, regressa à sua terra natal e começa a exercer a medicina disfarçada de homem (MORAILA; GARCIA; DOMINGUEZ, 2014).

Todavia, podemos observar a forte presença feminina em torno das questões de saúde ao longo de toda história, como parteiras, curandeiras, cuidadoras, dotadas de sensibilidade e com atenção apurada a detalhes que mudaram, diversas vezes, o curso da história. Enquanto parir era uma atividade realizada por uma mulher com o auxílio de outra, era possível adquirir conhecimentos de anatomia, hábitos de higiene, que mais tarde observados e estudados por um médico, Ignaz Semmelweis, começaram a ser notados e, aos poucos, incorporados pela classe médica com o crescente fortalecimento das teses acerca da bacteriologia (substituindo a miasmática vigente). Uma mudança de paradigmas ocorre no início do século XX quando um movimento que visa a fragmentação do cuidado ganha força com a publicação do estudo “Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”, que ficou mundialmente conhecido como Relatório Flexner. A medicalização dos corpos femininos e dos processos naturais inerentes às mulheres confundem e misturam gestantes e doentes em hospitais, afastando as parteiras e mulheres da família da gestante no momento do parto e incluindo instrumentos cirúrgicos como fórceps e bisturis (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Desta forma, observa-se a humanidade organizando-se e constituindo-se enquanto ser histórico e social que se desenvolve e busca

aperfeiçoar o cuidado e o ato de cuidar. Descobertas feitas ao longo da evolução das sociedades foram sendo registradas de forma metódica e assim surgiu a “ciência”. Ao longo dos séculos, todavia, a heterogeneidade relacionada ao entendimento de saúde e provimento de cuidado foi perdendo espaço para um modelo biomédico que foi sendo imposto e naturalizado como legítimo e superior, menosprezando outros saberes e práticas de cuidado.

As Práticas Integrativas e Complementares e seu percurso histórico

Ao pensar as origens da medicina tradicional, deparamo-nos com práticas ancestrais milenares, sendo que a herança dos povos originários representa uma vastidão de conhecimentos que antecedem o advento da escrita. Esses conhecimentos foram repassados de geração em geração através, principalmente, da oralidade, atualizando, complementando e modificando-se ao serem compreendidos em diferentes épocas por diversos sujeitos. O saber popular é a base da medicina popular, que por sua vez é a precursora da medicina ortodoxa, que mesmo tendo sido a última a se consolidar na sociedade, conseguiu se impor e delimitar o campo da saúde de forma a excluir e deslegitimar a maior parte das medicinas heterodoxas (CARMO *et al.*, 1999).

A partir da década de 1970, alguns determinantes da saúde das populações (biológicos, ambientais e de estilo de vida) passam a ganhar mais relevância, sugerindo questionamentos com relação ao modelo biomédico ser o único ofertado na atenção à saúde pública e o principal em âmbito privado. A sociedade ocidental vive neste período o levante e o crescimento dos movimentos de contracultura, e as reflexões e manifestações iniciam um processo de mudança de paradigmas em diversos setores, sendo a saúde um deles. Este contexto, somado ao alto custo das ações biomédicas, proporcionam condições ideais para o fortalecimento das pautas populares acerca da inclusão e do reconhecimento das medicinas heterodoxas pelas instituições (CARMO *et al.*, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 1970 o Programa de Medicina Tradicional, visando fomentar o desenvolvimento

de políticas públicas na área. Em 2002, é publicado um segundo documento, WHO Traditional Medicine Strategy, que legitima o primeiro, com o objetivo de apoiar programas nacionais de pesquisa e treinamento, definir diretrizes técnicas e padrões internacionais, facilitar a troca de informações e integrar a as Medicinas Tradicionais (MT) e as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) nos sistemas nacionais de saúde (OMS, 2013).

No Brasil, o cenário político e econômico, vigente nas últimas décadas do século XX, dificultou o avanço e o debate no campo da saúde social, mas não conseguiu impedir movimentos como a Reforma Sanitária, que insurgiu em meio à repressão, vinculada à luta pela redemocratização do país que vivia uma ditadura militar. Nesse contexto, as Conferências Nacionais de Saúde foram importantes marcos e apresentaram a demanda da população pela incorporação das práticas alternativas nos cuidados ofertados pelo SUS. Mas somente em 2006, quatro anos após o lançamento do segundo documento pela OMS, o Ministério da Saúde (MS) decide aprovar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que orientam o desenvolvimento e a implementação das PIC no SUS (BRASIL, 2006).

Dois anos após a publicação da PNPIC, foi realizado um diagnóstico, em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB), com o objetivo de analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta das PIC nos municípios brasileiros. A partir dos resultados deste trabalho, foram listados alguns desafios mais imediatos e estratégicos para o desenvolvimento da política, a saber:

- 1) viabilização da formação e qualificação dos profissionais em número adequado para atuar no SUS; 2) implementação do Monitoramento e Avaliação; 3) o fornecimento de insumos (medicamentos homeopáticos/fitoterápicos, agulhas para MTC/acupuntura); e 4) a implementação de pesquisa em PIC, fomentando a ampliação de conhecimento, considerando as necessidades e diretrizes do SUS (SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008, p. 70-76).

Em 2011, a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, publicou o Relatório de Gestão 2006-2010. O docu-

mento traz um panorama da PNPIC no SUS no âmbito da Atenção Básica (AB). O principal avanço relatado neste documento se refere à normatização e à institucionalização das experiências em PIC nos municípios, em consonância com as diretrizes do documento da OMS. Como perspectivas, destaca-se a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que viabiliza a inserção de profissionais médicos homeopatas e acupunturistas, bem como outros profissionais praticantes de PIC no âmbito da AB. Como desafios, o relatório resgata fatores apontados pelo primeiro diagnóstico e acrescenta outros como a estruturação dos serviços na rede pública e o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS (BRASIL, 2011).

Após 11 anos da implantação da PNPIC, o MS publicou em 2017 a Portaria nº 849/2017, que amplia os procedimentos oferecidos pela política no SUS. Assim, meditação, arteterapia, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático e reiki passam a integrar a oferta de PIC. A terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/auto massagem, auriculoterapia, massoterapia, tratamento termal/crenoterápico já faziam parte dos serviços desde abril de 2016. Todos esses procedimentos, por meio de dados confirmados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), eram realizados por muitos municípios brasileiros (BRASIL, 2017).

Em 2018, durante o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Pública, o MS anunciou a inclusão de outras dez práticas no SUS, através da Portaria nº 702/2018, que altera a anterior. Foram incluídas as seguintes PIC: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. A medicina antroposófica e a crenoterapia, que tinham sido incluídas em 2016 como observatório, foram definitivamente incluídas em 2018 (BRASIL, 2018).

Em 2019, por meio da publicação do Global Report, a OMS analisou o avanço global das MTCI nas últimas décadas, a partir das contribuições de 179 países dos Estados Membros. Os resultados mostraram avanços importantes, sinalizando que até 2018 um total de 98

Estados Membros haviam desenvolvido políticas nacionais de MTCI, o que representa 50% dos países membros da OMS, 109 países haviam publicado leis ou regulamentações nacionais, e 124 haviam implementado regulamentações sobre medicamentos fitoterápicos. O Brasil encontra-se na vanguarda entre os Estados Membros da OMS pelos avanços alcançados na construção de políticas em MTCI, bem como regulamentação das mesmas e na integração das práticas integrativas no SUS (OMS, 2019).

Dados do Ministério da Saúde mostraram que as PIC foram ofertadas em todos os níveis de atenção à saúde – primária, média, e alta complexidade. E, em 2018, estiveram presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, em especial na Atenção Básica, com 14.508 serviços distribuídos em 4.159 municípios (74%) e em todas as capitais de estado (SIAB/DATASUS, 2018). Considerando-se os resultados parciais de 2019, houve um aumento dessa oferta para 17.335 serviços de saúde no SUS, sendo 15.601 na Atenção Básica distribuídos em 4.296 municípios e em todas as capitais de estado (SIAB/DATASUS, 2019).

Integralidade no cuidado e racionalidade médicas

A integralidade surge como princípio do SUS na Constituição de 1988, embora noções afins tenham sido introduzidas no debate acadêmico da saúde bem antes, nas décadas de 1950 e 1960 (BRASIL, 1988). Embasada no modelo de História Natural da Doença e Níveis de Prevenção, a contraposição à intensa especialização da prática médica e à maciça incorporação de tecnologias biomédicas para o diagnóstico e tratamento, se dá tanto pelo entendimento do ser humano como um todo “biopsicossocial”, quanto pela identificação da necessidade de uma assistência integral à saúde de cada pessoa. A proposta da integração e articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, é introduzida visando garantir a integralidade da atenção à saúde, e repensar os modelos de assistência e de organização da atenção (PAIM; SILVA, 2010).

Assumindo a integralidade como um eixo orientador de novas formas de agir social em saúde, colocamo-nos diante de uma nova for-

ma de gestão de cuidados, possibilitando o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais (MATTOS, 2006, p. 45). As tecnologias assistenciais incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e pacientes, caracteriza-se portanto, um conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões; “o ser físico, o ser psíquico, o ser espiritual, o ser social, o ser intelectual, o ser que pensa, sente, aspira e deseja, o ser que age, o ser de relações, o ser particular e coletivo” (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Quanto às racionalidades médicas, Luz (2012) as descreve como sendo

[...] todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (provisoriamente definida como ‘anatomia’), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como ‘fisiologia’), uma doutrina médica (definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico (p. 21).

Posteriormente, tornou-se evidente que uma sexta dimensão, a cosmologia, embasava todas as dimensões das diferentes racionalidades médicas, inclusive a medicina ocidental contemporânea (ou biomedicina, de acordo com a designação antropológica) (LUZ, 2012).

A biomedicina vive uma situação na qual encontra um bloqueio interno pela sua própria conformação institucional e paradigmática. Sua capacidade de exercício clínico possui um baixo teor de integralidade – tanto do ponto de vista dos doentes quanto do ponto de vista dos círculos esotéricos. O que ocorre é uma cobrança da parte dos doentes pelos biomédicos e pela sua missão ética de curadores, para que façam uma atenção integral à saúde, sendo que seu saber e sua tradição recentes são centrados em algo que se assemelha ao contrário da integralidade. É notável que a biomedicina se considera “a” representante da ciência e busca ser a única capaz de validar qualquer prática em saúde-doença, mantendo sua hegemonia socioinstitucional. Ten-

do controle e submetendo tal legitimação e validação social à si, pode estar sacrificando grande e relevante parte da integralidade das outras racionalidades médicas (TESSER; LUZ, 2008).

A relação entre a integralidade e as racionalidades médicas pode se estabelecer quando olhamos a partir de dois pontos de vista distintos: o primeiro seria voltado para as “outras” racionalidades médicas presentes na nossa e em diferentes culturas. O segundo seria uma imersão na própria biomedicina. Segundo Tesser e Luz (2008), as medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica têm traços teóricos vitalistas, caracterizando-se por uma abordagem dos problemas de saúde em perspectiva integradora, centrada na unidade individual do doente e suas relações com seu meio. Suas cosmologias, que integram o homem e a natureza numa perspectiva de macro e micro universos, e que postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de dimensões psicobiológica, social e espiritual, têm profundas repercussões tanto em suas doutrinas médicas quanto nos sistemas diagnósticos e terapêuticos. Nessas racionalidades médicas, a integralidade é também alicerce fundador de que se parte, organizador do saber, sobre o qual se trabalha na construção da diagnose e da terapêutica.

Segundo Merhy e Franco (2009, on-line), “a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. Este trabalho vivo em ato interage com diversas tecnologias no processo de trabalho, desde as tecnologias leves, que estão centradas na relação entre sujeitos e cuja materialidade só existe no momento do ato, passando pelas tecnologias leve-duras, representadas pelo saber técnico estruturado, quanto às tecnologias duras, que são as máquinas e os instrumentos. Ao falarmos de integralidade e racionalidades médicas podemos incluir as tecnologias leves como uma forma prática de tornar o ato de cuidar mais humanizado e integral (MERHY; FRANCO, 2009).

As PIC e a Odontologia

Em 2007, buscando disseminar o conhecimento das PIC entre os profissionais da Odontologia e a população em geral, o Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal (CRO-DF) criou a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal (CPICSB) para debater a regulamentação dessas práticas, atendendo à solicitação do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e do MS, com o objetivo de implementar a PNPIC (BRASIL, 2011).

Após muitos debates sobre o tema, o CFO realizou o Fórum de Regulamentação das Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal (PICSB) em 2008 e, através da Resolução/CFO nº 82/2008, aprovou as práticas da acupuntura, fitoterapia, hipnose, homeopatia, laserterapia e terapia floral como habilitações na Odontologia. Com a regulamentação das PIC na Odontologia, a CPICSB do CRO-DF deu início a uma série de eventos com o objetivo de disseminar os conhecimentos dessa nova racionalidade em saúde, destacando o diferencial da abordagem sistêmica no atendimento odontológico. Em 2009, a CPICSB/CRO-DF realizou o primeiro Ciclo de Palestras na antiga sede da Associação Brasileira de Odontologia do Distrito Federal (ABO-DF) (BRASIL, 2008).

Em 2011, a CPICSB/CRO-DF realizou o I Encontro Nacional de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal – EPACSB – em Brasília. Nesse Encontro, reuniram-se profissionais de vários estados do Brasil, representantes das Entidades Odontológicas do DF, do MS e da Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF). Foram proferidas 21 palestras sobre as diversas áreas de PIC focadas na área odontológica, porém aberto a todas as áreas de saúde e terapeutas.

Em 2012, dando continuidade ao projeto de disseminação dos conhecimentos das PIC e do pensamento sistêmico na Odontologia, a CPICSB/CRO-DF realizou o I Simpósio de Terapia Floral Aplicada à Odontologia, evento transdisciplinar que contou com a presença de representantes de entidades da Terapia Floral, terapeutas e cirurgiões-dentistas. Em 2015, o CFO realizou a Assembleia de Especialidades Odontológicas (ANEOD), na qual foram aprovadas as especialidades

de Acupuntura, Homeopatia e as habilitações de Odontologia Antroposófica e Ozonioterapia, por meio da Resolução CFO nº 160/2015, somando-se às habilitações de Fitoterapia, Hipnose, Laserterapia e Terapia Floral, que já haviam sido aprovadas em 2008 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015).

No ano de 2017, a CPICSB/CRO-DF realizou, em Brasília, a segunda edição do ENPICSB. Neste encontro, o conceito de Odontologia Integrativa (OI) foi apresentado ao público pela presidente da CPICSB do CRO-DF, e desde então, é de conhecimento geral que a OI é a área da odontologia que, a partir da abordagem sistêmica, utiliza as PIC no atendimento odontológico. Depois desse Encontro, a Comissão passou a se denominar Comissão de Odontologia Integrativa (COI) do CRO-DF.

Com o apoio da Universidade de Brasília, em 2018, a COI/ CRO-DF organizou a terceira edição do Encontro Nacional, denominado Encontro Nacional de Odontologia Integrativa (ENOI) e a primeira Feira de Experiências em Odontologia Integrativa (FEOI), que reuniu também profissionais de vários estados brasileiros e mostras de trabalhos terapêuticos aos inscritos em diversas áreas das PIC. Em setembro de 2019, a Câmara Técnica de Odontologia do CRO-DF, com o apoio do Sindicato dos Odontologistas do DF (SODF), da Universidade de Brasília e do CRO-DF, promoveu o 4º ENOI, com programação arrojada, incluindo um pré-evento que consistiu no Curso de Fitoterapia, mesa-redonda, painéis de trabalhos científicos e a segunda edição da FEOI.

Os eventos citados são exemplos de esforços para a incorporação das PIC no universo da Odontologia no âmbito institucional; entretanto, observam-se lacunas nesse processo nos últimos anos. Isto pode ser consequência de uma soma de fatores, micro e macropolíticos, envolvendo desde a formação desses profissionais até o alastramento de governos e ideologias conservadoras e neoliberais, que tem levado ao desfinanciamento progressivo do SUS e ao seu desmonte.

Para exemplificar, em um estudo realizado em Anápolis (GO), em que se buscou identificar os conhecimentos, atitudes e práticas do cirurgião-dentista de serviços públicos e privados sobre a fitoterapia

na prática clínica, pode-se observar que, dentre os 105 profissionais participantes, cerca de 16% afirmaram ter embasamento teórico acerca da fitoterapia adquirido, apenas por metade destes, durante a graduação. Embora mais da metade desses profissionais (61,9%) achassem viável a inserção da fitoterapia no tratamento principal ou auxiliar de patologias bucais, poucos a prescreviam (12,4%) ou tinham o hábito de questionar, durante a consulta, se seu paciente fazia uso de fitoterápicos (36,2%). Dentre os fatores que dificultam a inserção dos fitoterápicos na prática clínica, os profissionais citaram o desconhecimento, a ausência de pesquisas e a falta de divulgação sobre os fitoterápicos/as plantas e seus usos. Quanto ao conhecimento da legislação sobre o tema, 58,1% referiram desconhecer a Resolução do CFO nº 82/2008 e um percentual mais elevado de participantes (72,4%) também alegou desconhecer a Portaria do MS/GM nº 971/2006 (REIS *et al.*, 2014).

Outro estudo realizado em Natal (RN), que teve por objetivo conhecer a aceitabilidade dos cirurgiões-dentistas da assistência pública em relação à possibilidade de inserção da fitoterapia na atenção básica de saúde, analisou por meio de entrevistas a visão do cirurgião dentista frente à uma prática considerada integrativa e complementar. Além disso, o estudo também discutiu a formação acadêmica dos odontólogos, para saber se houve em algum momento da graduação embasamento teórico-prático sobre esse assunto, bem como investigar a confiança atribuída por eles aos fitoterápicos. Os resultados deste trabalho apontam para a deficiência na formação acadêmica dos CD com relação aos conhecimentos e práticas populares e o reflexo disso na conduta clínica destes profissionais (LIMA JR; DIMENSTEIN, 2006).

Feitosa e colaboradores (2016), em um estudo desenvolvido com estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia de uma universidade de Minas Gerais, constataram que a maioria dos estudantes eram a favor da inserção do conteúdo de fitoterapia em suas grades curriculares, principalmente por oportunizar a ampliação do conhecimento, porém os mesmos desconheciam a PNPIC. Tal estudo também evidencia as deficiências na formação dos profissionais. No ensino da Odontologia, assim como nos outros cursos da saúde, ainda prevalece o modelo biomédico, tecnicista e individualista, que leva à

especialização, ao especialismo, ao biologicismo e à exclusão de práticas alternativas do exercício odontológico, com foco na odontologia curativa e de gestão tecnocrática (PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003).

No Brasil, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o bacharelado em Odontologia não incluem especificamente as PIC, mas trazem, no art. 5º, o entendimento de que o cirurgião-dentista deve apoderar-se das racionalidades médicas e dos diferentes pontos da rede de atenção do SUS para que possa “atuar na integralidade do cuidado à saúde por meio do desenvolvimento de ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde, individual e coletiva” (BRASIL, 2019). Apesar disso, poucos cursos de graduação apresentam inovações em seus currículos, incluindo as PIC e outras formas de cuidado mais integral em seus Projetos Pedagógicos dos Cursos.

Algumas considerações finais

Ao longo deste ensaio foram apresentadas, embora de forma breve, importantes e complexas questões para se pensar sobre as práticas integrativas e complementares no cuidado integral em saúde, principalmente na prática da Odontologia à luz da saúde coletiva em sua gênese original. Vimos, por exemplo, que os conceitos de doença, doente e curador modificaram-se ao longo da história à medida que teorias foram sendo comprovadas e aceitas pela sociedade e cultura em questão. Todavia, a medicina ocidental convencional tem exercido um papel centralizador de poder, os médicos e demais profissionais da área da saúde, dentre esses os dentistas, estão sujeitos à doutrina ortodoxa e dela também recebem fundamentos para exercer a profissão dentro das convenções já propostas e consolidadas pela comunidade científica. Da mesma forma, ao fragmentar-se em especialidades e tomar o caminho da medicalização, a medicina ortodoxa ainda está distante de oferecer aos pacientes um cuidado integral.

Nesse contexto, as PIC surgem como uma forma de enfrentamento da racionalidade biomédica que particiona os sujeitos em sistemas e órgãos, dessa forma representando um modelo de cuidado alter-

nativo. A valorização da medicina tradicional e das medicinas heterodoxas se contrapõe ao entendimento atual que tende especialmente à medicalização e aos procedimentos invasivos, além de fazer o resgate histórico cultural do entendimento a respeito do cuidado e da saúde. Ao reivindicar a incorporação e o subsídio governamental da medicina tradicional e das PIC, abrem-se campos para atuação multidisciplinar, além da valorização da participação da comunidade e seus saberes, formando um diálogo essencial para a clínica ampliada que pensa o cuidado não apenas para alguém, mas COM alguém, um sujeito com autonomia e saberes sobre o próprio corpo que precisa ser ouvido e respeitado junto ao meio onde se insere.

Observa-se ainda que, o cirurgião-dentista, apesar de ter tido reconhecido o exercício das PIC pela PNPIC em 2006, demonstra uma certa insegurança com relação à prática ou a prescrição destas, além de pouco entendimento acerca de outras racionalidades médicas. Essa realidade se mantém pela falta de inclusão destas temáticas na formação dos profissionais, exigindo que os mesmos realizem cursos e capacitações de pós-graduação quando desejam incluir alguma PIC na sua prática clínica. Ademais, a maior parte dos currículos nas universidades mantém um modelo flexneriano, no qual a medicalização e a fragmentação da atenção e do cuidado afastam o profissional da integralidade e do entendimento de sua real importância no fazer saúde. O que temos visto na atualidade, especialmente com relação a prática odontológica, é um reflexo da mercantilização da saúde, que afasta o odontólogo da noção de saúde como direito à vida e dignidade e, por consequência, o coloca num lugar de isolamento no consultório, onde sua função, até pouco tempo atrás, era reduzida a “consertar o dente estragado” e agora se expande no sentido de corrigir imperfeições da face com o advento da harmonização orofacial.

A transformação desta realidade que está posta para a comunidade odontológica e para a sociedade em geral perpassa pela necessidade de um intenso debate nos campos de formação, profissionalização e atuação dos CD's e também pela politização das massas, no sentido de fornecer aporte para o pensamento crítico desviante das perspectivas individualistas e desumanas às quais estão submetidas dentro

do sistema capitalista que vende, através da cultura de massas, que cidadão é quem pode fazer harmonização facial ou ortodontia e não aquele que vai para rua exigir que sua unidade básica tenha dentista e que este não seja um mero tapador de buracos e sim um sanitarista capaz de enxergar o encontro entre cuidador e pessoa a ser cuidada como um espaço que exige não apenas as racionalidades médicas hegemônicas. Apenas com este amplo debate e com a ruptura da cultura vigente de práticas de cuidado em saúde, será possível num futuro, ainda que distante, que as PIC sejam reconhecidas e valorizadas como importante instrumento para oferta de um cuidado integral, que sejam incorporadas e ainda mais requisitadas nos consultórios odontológicos públicos e privados, bem como por outros núcleos profissionais.

Referências

BADARÓ, W. O. O que não nos contam sobre o Egito Antigo: a medicina primeira veio da África e dos negros. **Laboratório de Ensino de História do Recôncavo da Bahia (LEHRB)** [online]. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), 2017. Disponível em: <<http://www3.ufrb.edu.br/lehrb/wp-content/uploads/2017/08/2017-07-Txt-Badaro-Medicina-Egito-Antigo.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BARATA, R. C. B. **A historicidade do conceito de causa:** epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1985.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade** [online], v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares-PNPIC, no Sistema Úni-

co de Saúde-SUS. 2006. Disponível em: <<http://www.crbm1.gov.br/Portaria%20MS%20971%202006.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 82, de 25 de setembro de 2008**. Reconhece e regula o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal. 2008. Disponível em: <<https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%c3%87%c3%83O/SEC/2008/82>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2006-2010**. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Resolução nº 160, de 02 de outubro de 2015**. Reconhece a Acupuntura, Homeopatia e Odontologia do Esporte como especialidades odontológicas. 2015a. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Resolucao-cfo-160-2015.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 166, de 24 de novembro de 2015**. Reconhece e regula o uso pelo cirurgião dentista da prática de Ozonioterapia. 2015b. Disponível em: <http://www.crors.org.br/legislacao/%5Bwww.crors.org.br%5Dresolucao_cfo_166-2015_-reconh_e_regula_uso_do_cd_ozonioterapia.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 2017. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. 2018. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES/2019 – Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia**. Brasília: MEC, 2019. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CARMO, E.D. *et al.* Práticas médicas ortodoxas e heterodoxas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 32-37, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/5DPv94rcQc8S9FHdCVKv48J/?format=pdf&lang=pt>>.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-160/2015**. Reconhece a Acupuntura, a Homeopatia e a Odontologia do Esporte como especialidades odontológicas. Conselho Federal de Odontologia. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Resolu%c3%a7%c3%a3o-CFO-160-15-novas-especialidades.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

FEITOSA, M. H. A. *et al.* Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 40, n. 2, p. 197-203, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/Rmbg6DyCvzvC85yLrqnX3bS/?lang=pt#>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

LIMA JR, J. F.; DIMENSTEIN, M. A Fitoterapia na Saúde Pública em Natal/RN: visão do odontólogo. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 8, n. 19, p. 37-44, 2006. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/12710678-A-fitoterapia-na-saude-publica-em-natal-rn-visao-do-odontologo.html>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T; BARROS, N. F. de (org.). **Racionalidade Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, p. 15-24, 2012. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2021/07/racionalidades-medicas.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (org.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

MORAILA, F. Z.; GARCIA, M. E. L.; DOMINGUEZ, C. F. Contribuições de mulheres acadêmicas para o desenvolvimento da medicina e da cirurgia. Contagem histórica. **Cir. gen**, Cidade do México, v. 36, n. 3, pág. 186-191, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992014000300186&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2021.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n.3, p. 107-123, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. E-book. [s.l.]: OMS, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=02EC9A42BFCE55E4DB8E09FD7FB53DC0?sequence=1>. Acesso em: 02 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019**. Geneva, 2019. Disponível em: <<http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

PAIM, J. S. SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, p. 109-114, 2010.

PEREIRA, D. Q; PEREIRA, J. C. M; ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: inspanidual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

REBOLLO, R. A. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientiae Studia** [online], v. 4, n. 1, p. 45-81, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662006000100003>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

REIS, L. B. M. dos *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas de Cirurgiões-Dentistas de Anápolis-GO sobre a fitoterapia em odontologia. **Revista de Odontologia da UNESP** [online], v. 43, n. 5, p. 319-325, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/rou.2014.051>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB); DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS (DATA-SUS). 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB); DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS (DATA-SUS). 2019. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>.

SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Ano XI, Ed. Especial, p. 70-76, 2008.

FAUSTINO, V. R. *et al.* • Práticas integrativas e complementares na Odontologia: um caminho para a construção de integralidade do cuidado

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXWYqZpL6fwdfdVhGmMLqxQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Rev elet. Disciplinarum Scientia** [online], v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>>. Acesso em: 10 nov. 2021.