



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LUIGI DEIVSON DOS SANTOS

**DESAFIOS À OFERTA DE SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

Recife, 2017

Luigi Deivson dos Santos

**DESAFIOS À OFERTA DE SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como critério para obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Orientador: Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque

Co-orientadora: Dr^a Islândia Maria Carvalho de Sousa

Recife, 2017

Catalogação na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

S237d Santos, Luigi Deivson dos.
Desafios à oferta de serviços de práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde brasileiro / Luigi Deivson dos Santos. – Recife: o autor, 2017.
92 f.; 30 cm.

Orientador: Paulo Henrique Martins.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em saúde coletiva.
Inclui referências e anexos.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Práticas integrativas e complementares. I. Martins, Paulo Henrique (orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 026)

Luigi Deivson dos Santos

**DESAFIOS À OFERTA DE SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como critério para obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Aprovado em 18/12/2017

Profº Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)
Orientador

Profª Drª. Islândia Maria Carvalho de Sousa (IAM/Fiocruz-PE)
Co-orientadora

Profª Drª. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (UFPE)
Membro titular

Profº Dr. Alexandre Franca Barreto(Univasf)
Membro titular

Dedico o trabalho a todos os militantes, trabalhadores, gestores e usuários defensores das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde

RESUMO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares marca a valorização dos recursos, sistemas e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura, favorecendo a discussão e incentivo ao pluralismo médico no país e o conceito de integralidade no Sistema Único de Saúde. No mundo temos um cenário diversificado de institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nos sistemas de saúde oficial, que varia de acordo com a história que cada país estabelece com a cultura dos povos tradicionais. O fato coloca as PICs num lugar desprivilegiado no campo de disputa do exercício legal/oficial. O estudo visa compreender os aspectos relacionados às dificuldades relatadas pelos gestores municipais para a implantação de serviços PICs no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, que analisa os motivos relacionados à não implantação de serviços de PICs nas redes públicas municipais de saúde do Brasil. Os instrumentos técnico-normativo e as formas de financiamento estabelecidas para as PICs ainda se mostram inadequadas e/ou insuficientes no incentivo a ampliação da institucionalização das PICs. O trabalho contribui para análise e desenvolvimento de futuras estratégias de enfrentamento das barreiras citadas pelos gestores como impeditivas para implantação da oferta de serviços PICs.

Palavras Chaves: Políticas Públicas de Saúde. Serviços de Saúde. Práticas Integrativas e Complementares

ABSTRACT

SANTOS, L. D; MARTINS, P. H; SOUSA, I. M. C; SANTOS, C. R; **Challenges to the provision of integrative practices services and complements in the Brazilian Unified Health System.** Recife, 2018.

The National Policy on Integrative and Complementary Practices marks the valorization of non-biomedical resources, systems and methods related to the health / illness / healing process, favoring the discussion and incentive to medical pluralism in the country and the concept of integrality in the Unified Health System. In the world there is a diversified scenario of institutionalization of Integrative and Complementary Practices (PICs) in the official health systems, which varies according to the history that each country establishes with the culture of traditional peoples. The fact is that they place the PICs in an underprivileged place in the field of legal / official exercise. The study aims to understand the aspects related to the difficulties reported by the municipal managers for the implantation of PIC services in the Unified Health System. This is an exploratory study with a qualitative and quantitative approach, which analyzes the reasons related to the non-implantation of PIC services in health public municipal networks in Brazil. The technical-normative instruments and forms of funding established for the PICs are still inadequate and / or insufficient in encouraging the institutionalization of the PICs. The work contributes to the analysis and development of future strategies to address barriers cited by managers as impeding the implementation of the provision of PICs services.

Key Words: Public Health Policies. Health Services. Integrative and Complementary Practices

LISTA (Tabela e Quadro)

Tabela 01 – Distribuição dos municípios sem serviços de práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde do Brasil, segundo informante, média populacional e PIB per capita

Quadro 01 – Procedimentos metodológicos.

Quadro 02 – Categorias de motivos, segundo resposta padrão

LISTA (Siglas)

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
PNPIC	Políticas Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
MTC	Medicina Tradicional e Complementar
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MT	Medicina Tradicional
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
AB	Atenção Básica
PS	Promoção da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterapia
MNT	Medicina Natural e Tradicional
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
SUS	Sistema Único de Saúde
GPS	Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde
PMPICs	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
AVAPICS	Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
<i>1.1 Apresentação.....</i>	12
<i>1.2 Delimitação do problema.....</i>	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
<i>2.1 Medicina alternativa e complementar, Medicina Tradicional Complementar e Práticas Integrativas e Complementares.....</i>	17
2.1.1 O uso das Medicinas Tradicionais e Complementares no mundo e o papel da Organização Mundial de Saúde.....	19
2.1.2 Práticas Integrativas e Complementares e o consenso sobre o termo no Brasil.....	21
<i>2.2 Política de Práticas Integrativas e Complementares e sua relação com a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.....</i>	23
2.2.1 Oferta de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde brasileiro.....	28
2.2.2 Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros.....	29
<i>2.3 Aspectos socioculturais relacionados à Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde brasileiro.....</i>	32
2.3.1 Normatização das Práticas Integrativas e Complementares.....	37
2.3.2 Formação de recursos humanos em Práticas Integrativas e Complementares.....	40
2.3.3 Financiamento.....	44
3 MÉTODO.....	46
<i>3.1 Desenho.....</i>	46
<i>3.2 Plano de análise.....</i>	47
4 RESULTADO/DISCUSSÃO.....	50
RESUMO.....	50
ABSTRACT.....	51
INTRODUÇÃO.....	52
<i>Institucionalização da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.....</i>	53
<i>Aspectos socioculturais relacionados à Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde brasileiro.....</i>	55
MÉTODO.....	58
<i>Desenho.....</i>	58
<i>Plano de análise.....</i>	59
RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	61
<i>Distribuição dos municípios sem serviços de práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde do Brasil.....</i>	61

<i>Análise sobre os motivos apresentados como justificativa para não oferta de serviços de Práticas Integrativas e Complementares.....</i>	63
<i>Considerações sobre a institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares.....</i>	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERENCIAS.....	72
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXO.....	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

A dissonância durante a formação acadêmica de qualquer sujeito é comum e necessária para seu amadurecimento no “mundo científico”. Comumente era acometido por dúvidas que atordoavam o meu pensamento lógico e destroçavam minhas convicções. Aliás, convicções parecem ser nossa eterna busca quando transitamos pelo curso de psicologia.

Com a compreensão de ciência em seu significado amplo - incluída aqui a crítica ao pensamento cartesiano, segui meu percurso até me encontrar com a prática psicológica dentro de uma unidade de internamento para dependentes químicos. Nessa nova experiência, passei a me deparar com as limitações que a psicologia e outros saberes da saúde exibem diante da clínica cotidiana da dependência química. Observo os efeitos benéficos das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na qualidade de vida e proteção de riscos nos usuários, assim como, busco compreender os efeitos iatrogênicos das intervenções dos profissionais de saúde sobre tal serviço.

Aproximei-me da saúde coletiva motivado pela idéia de que as limitações da minha prática como profissional da saúde estavam intimamente relacionadas à má gestão dos serviços públicos. Contudo, percebo que se trata de uma meia verdade, a má gestão é apenas um dos aspectos que agravava nossas práticas no serviço. As nossas insuficiências, no trabalho com saúde mental, eram resultados do encadeamento de diversos outros problemas estruturais, o que no fim nos abre um interessante campo de análise sobre as fronteiras estabelecidas pelo pensamento biomédico na saúde. O que é capaz de promover o bem para o sujeito, nem sempre tem o devido reconhecimento. Verifica-se facilmente a falta de reconhecimento legal ou institucional de práticas de cuidado que estão fora do escopo da medicina oficial, o que acaba por situá-las numa posição vulnerável de legitimação.

Suas valorações ficam limitadas à experiência positiva vivenciada pelos usuários das práticas populares ou tradicionais. Na minha família, assim como em tantas outras, encontrávamos a cura para diversas enfermidades no uso de plantas medicinais, ensinamentos que eram transmitidos de gerações a gerações pelos

cuidadores de nosso bairro, o que nos levava a ter certa autonomia no cuidado comunitário. Existiam pessoas de referência no cuidado, mas a arte de cuidar não era exclusiva destas.

Minha trajetória de vida me levava a crer que a arte de cuidar não repousava apenas nos saberes pregados pela força hegemônica da biomedicina, eles precisavam ser múltiplos e integrativos. Acreditava que a prática psicológica que exercia tinha limites significativos e não alcançava a complexa necessidade de cuidado. Na procura de outras possibilidades de compreensão dos sentidos escusos das práticas de saúde, decidi trilhar pelo caminho das práticas “marginais” de saúde e cuidado.

Passei a experimentar e me aproximar das PICs, inicialmente com o curso de Constelação Familiar, aromaterapia, meditação, reiki e depois com a massagem ayurvédica e auriculoterapia. Em cada uma das formações pude experimentar, em níveis diferentes, o cuidado vivo e gerador de autonomia.

Concomitantemente as minhas formações em PICs, passei a compor o Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas de Saúde da Fiocruz-PE e foi quando conheci o projeto: “Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste” (AVAPICS). Cujo objetivo era avaliar a qualidade dos serviços de PICs existentes no SUS no Brasil, tendo a meta de produzir um diagnóstico situacional sobre os serviços, com evidências de suas potencialidades e limitações para o SUS.

Meu interesse pelo tema das PICs se tornou ainda maior ao ser convidado para integrar a Coordenação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICs) do Recife. Transitando entre as experiências de pesquisa no projeto AVAPICS – nos grupos de estudo, seminários e coleta de dados - e na prática da gestão na coordenação da PMPICs de Recife. O contexto me incitou a realizar perguntas que envolviam o entendimento sobre os desafios enfrentados na gestão em PICs.

Mesmo encontrando legitimidade social a PMPICs de Recife enfrenta cotidianamente problemas elementares para o sustento de qualquer política, como: poucos profissionais com vínculo efetivo e pouco investimento para compra de insumos. Recorrentemente, as solicitações de compras e editais de licitação são

fracassadas por falta de interesse das empresas em fornecer os insumos (a exemplo dos óleos essenciais, kit essências florais, óleos vegetais), sob a justificativa de que o quantitativo solicitado é pequeno ou que determinado material é de difícil aquisição por sua especificidade. O fato é que os insumos necessários à manutenção dos serviços de PICs são de baixo valor de mercado e não geram lucro às empresas. Apesar de observarmos o crescente interesse e investimento da industria farmacêutica por certos produtos “alternativo”.

Em maio de 2016 participei como gestor no evento comemorativo dos 10 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), organizado pela Fiocruz-PE. Na oportunidade, tivemos a explanação e discussão das experiências de diversas capitais com PICs – Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, Florianópolis, Recife, Belém e Belo Horizonte.

Nesse evento concluí que os desafios e inquietações vivenciados por nós em Recife são comuns a outros municípios que estavam no evento. Tais desafios também podem ser observadas nos trabalhos de autores que refletem teoricamente sobre experiências nos municípios brasileiros, tais como: desconhecimento ou insuficiência de normativas legais (LIMA, 2014; GALHARDI *et al*, 2013; THIAGO & TESSER, 2011; BRASIL, 2011); imprecisão conceitual do que é PICs (LIMA, 2014; SOUSA, 2012; CONTATORE, 2015); fatores culturais e científicos que distanciam as PICs da integração com o modelo oficial de saúde (LIMA, 2014); a insuficiência de recursos financeiros e humanos capacitados ou de espaços/organização de serviços (NAGAI & QUEIROZ, 2011; BRASIL, 2011); insuficiência do planejamento (NAGAI & QUEIROZ, 2011); desconhecimento da PNPIC (GALHARDI *et al*, 2013). A experiência vivenciada na gestão e no grupo de pesquisa me motivou a investigar o cenário da oferta de PICs no Brasil e os desafios enfrentados pelos gestores municipais para institucionalização dos serviços na rede de saúde.

2.1 Delimitação do problema

O tema das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) é ainda pouco explorado em nossas pesquisas no Brasil, mesmo diante do reconhecimento de que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contribui para a efetivação da Atenção Básica e o estabelecimento dos princípios do SUS (TESSER & BARROS, 2008; CHRISTENSEN & BARROS, 2010; CONTATORE, 2015).

Apesar de ser marco significativo no campo da Saúde Pública, nesses 10 anos de existência, a PNPICT não foi suficiente para superar diversas dificuldades para institucionalização das PICs no SUS. No relatório do primeiro Seminário Internacional de PICs, que ocorreu em 2008 no Brasil, ficam evidentes algumas dessas dificuldades, a saber: ausência de sistematização das diversas realidades dos serviços e modelos de gestão implantados no país, o baixo financiamento e pouco investimento na educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2009). Tais desafios permeiam transversalmente o SUS, mas se mostram superiores em áreas principiantes como as PICs.

Dentre os poucos trabalhos, temos a informação de que a institucionalização das PICs no país ocorre de forma diversificada, desigual e lenta (CHAVES, 2015). Contudo encontrarmos em documentos institucionais do Ministério da Saúde afirmativas contrárias, que além de informarem um crescimento expressivo dos serviços, os relacionam à indução normativa da PNPICT (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Assumindo o cenário de ínfima ampliação de serviços PICs impulsionados pelas gestões municipais, eis a pergunta que conduz o trabalho: Quais os motivos que impedem os gestores municipais de ofertarem serviços PICs no Brasil? A curiosidade em investigar o tema é ascendida quando da inexistência de trabalhos científicos ou mesmo institucionais que a respondam concretamente.

O estudo visa compreender os aspectos relacionados às dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais para a implantação de serviços PICs no SUS. Para isso, busca analisar os motivos relacionados à não implantação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares nas redes públicas municipais de saúde do Brasil. Se propõe a descrever a distribuição nacional dos municípios sem serviços PICs, categorizar os motivos e compreender seus sentidos e significados para institucionalização das PICs no SUS.

Entender os sentidos e significados envolvidos nos oferece elementos para relacionar as dificuldades à falta de priorização da PNPICT no cenário nacional. Essa não priorização pode estar atrelada a subalternização das diversas rationalidades não incluída no bojo da racionalidade hegemônica - biomedicina. Adicionalmente, o trabalho contribui para análise e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento

das barreiras citadas pelos gestores como impeditivas para implantação da oferta de serviços PICs.

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, que utiliza o método de Análise de Conteúdo de Bardin (2002) para a análise das respostas dos gestores municipais registradas no banco de dados do projeto AVAPICS¹. Na ocasião, ocorreu a investigação dos motivos apresentados pelos gestores para não oferta de serviços PICs.

Na revisão de literatura foram visitados os temas da Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e Medicina Tradicional (MT), por ser o termo utilizado internacionalmente como referência, no Brasil nomeamos de PICs. Em seguida discuto sobre a PNPIC e sua relação com a atenção básica, haja vista ser ferramenta estratégica de potencialização dos cuidados que não envolvem alta densidade tecnológica. Adiante, reflito sobre alguns aspectos intimamente relacionados ao processo de institucionalização da PNPIC no SUS, e que influenciam as posturas dos atores.

¹ Detalhes sobre o método de coleta do AVAPICS serão discorridos no Método

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Medicina alternativa e complementar, Medicina Tradicional Complementar e Práticas Integrativas e Complementares

O movimento da contracultura, iniciado na década de 60, surge num contexto de questionamento dos valores da sociedade ocidental, que acabara de passar por duas grandes guerras mundiais e vive o afã de disseminar/impor sua cultura a outras sociedades. Parte da ‘estratégia revolucionária’ do movimento da contracultura era a “Importação de sistemas exógenos de crença e orientações filosóficas, geralmente orientais, que serviram de fundamento para a construção de um corpo ideológico de orientações práticas” (SOUZA & LUZ, 2009 p. 394). Os praticantes das terapias alternativas tensionavam o ocidente a olhar as demais concepções/percepções (principalmente as orientais) para a compreensão do sujeito e do mundo.

Tal movimento inspira a crítica ao centralismo do modelo biomédico nos sistemas de saúde dos diversos países no mundo. Nasce a pungente necessidade de fundar um novo modelo com vista ao enfrentamento mais adequado dos problemas de saúde, consagrado na conferência de Alma Ata em 1978. O novo modelo, apoiado e incentivado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), trata, entre outras questões, de retomar o saber tradicional de medicinas não oficiais (OMS, 1978).

Ainda no século passado, inicia-se um movimento inovador no campo científico, o desenvolvimento da teoria da complexidade (originada na física e matemática). Surge com a proposta de apontar outra direção para os diversos fenômenos que desafiam a compreensão humana. A ciência da razão, que nos salvou do obscurantismo medieval promovido pela religião, parece não atingir o primado da completude, olha a realidade editada pelos vieses dos sentidos e da razão e não reconhece a nossa limitação humana intelectual. Desde então, a sua aplicação está sendo paulatinamente inserida nos diversos campos do conhecimento e oferece para o campo da saúde uma visão integradora da dinâmica do processo saúde-doença (FARIÑAS SALAS, et al., 2014).

Santos (1988) sinaliza que a ciência da razão começa a dar lugar a um novo ciclo de oportunidades, de medo das novas abundâncias que ocorrerá ao fim da transição.

Insatisfeitos, buscamos novamente as respostas para os questionamentos elementares feitos por Rousseau há mais de duzentos anos:

“O progresso das ciências e das artes contribuirá para purificar ou para corromper nossos costumes? [...] Há alguma razão de peso para substituirmos o conhecimento vulgar que temos da natureza e da vida e que compartilhamos com os homens e mulheres de nossa sociedade pelo conhecimento científico produzidos por poucos e inacessíveis a maioria?” (SANTOS, 1988 apud ROUSSEAU, 1750 p. 47).

A influência dessa transição no campo da saúde aparentemente favorece a abertura receptiva da biomedicina às outras práticas associadas às Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC). A crítica ao pensamento cartesiano-linear, representado pela biomedicina dentro do campo da saúde, oferece a oportunidade de olhar e/ou enfrentar os problemas “indissolúveis” próprios desse campo, utilizando as tecnologias disponíveis, principalmente, dos saberes orientais (NOGUEIRA, 2010; SOUZA & LUZ apud CAMPBELL, 1997). O que parece oportunizar o movimento de *orientalização* do aforismo ocidental e introdução do paradigma vitalista, que segundo Tesser & Barros (2008) apud Luz (1996), é atribuído às medicinas orientais pela importância que têm noções como: “energia, sopro, corpo energético, desequilíbrios individuais, forças naturais e ‘sobrenaturais’” (p. 918).

Esse movimento cultural permite a comparação, análise e discussão sobre as relações estabelecidas entre as práticas biomédicas com as práticas de cuidado milenarmente utilizadas no oriente. Abrindo margem para a transformação das práticas de saúde concernentes ao cuidado plural e enfrentamento de problemas complexos. A comunicação e identidade de cada uma dessas medicinas guardam elos que as situam diante do mesmo objeto: a saúde dos sujeitos. Enfrentamos o desafio de comunicação entre rationalidades divergentes (TELESI JUNIOR, 2016; MARTINS, 2013).

Na virada do século, a OMS passa a tratar o tema em dois documentos importantes, que entre outras questões fundamentais, tratam da definição dos conceitos de Medicina Alternativa Complementar (MAC) e Medicina Tradicional Complementar (MTC). Sendo os dois intitulados de “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional”, o primeiro versa sobre as estratégias de 2002 a 2005 e o segundo para o decênio 2014 a 2023.

No primeiro documento, é chamada a atenção do leitor quanto à dificuldade da equipe de edição em estabelecer com precisão o que seria de fato uma medicina tradicional, suas terapias e produtos. Essa dificuldade é apontada, principalmente, por considerar a grande diversidade de conceitos e aplicações nos países membros, para as chamadas Medicinas Tradicionais (MT) e Medicinas Complementares e Alternativas (MCA) (OMS, 2002).

As MT e MCA se diferenciam entre si, considerando sua origem e inclusão no sistema de saúde oficial. Se a prática médica é originária do país e inserida no sistema de saúde oficial é considerada MT e caso não seja originária do país ou não esteja inserida no Sistema é considerada com MCA. O termo Medicina Tradicional Complementar (MTC) é referente a fusão MT com MCA, utilizado para se referir às duas medicinas concomitantemente (OMS, 2002; OMS, 2013).

Independentemente disso, MT, MCA ou MTC, são classificadas como: práticas de cuidado com enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas, que incluem *uso de medicações* - fitoterapia, uso de minerais e/ou animais e/ou *terapias sem medicações* - terapias manuais e espirituais, uso de águas termais, meditação, que visam manter o bem estar, tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades (OMS, 2002). Essas características as colocam numa posição favorável a sua disseminação no mundo, seja nos países ricos ou não.

2.1.1. O uso das Medicinas Tradicionais e Complementares no mundo e o papel da Organização Mundial de Saúde

As Medicinas Tradicionais são amplamente utilizadas em todo o mundo. Na África, 80% da população têm incorporado os cuidados dessas medicinas para satisfazer suas necessidades sanitárias. Na Ásia e América Latina, seguem sendo utilizadas devido às circunstâncias históricas e crenças culturais. Na China, 40% da atenção à saúde é atribuída à MT, já no Chile 71% e na Colômbia 40% da população a utilizam. Em países desenvolvidos, a porcentagem da população que utilizou ao menos uma vez as MCA, é de 48% na Austrália, 70% no Canadá, 38% na Bélgica e 75% na França (OMS, 2002).

Dentre os fatores que estão associados ao crescimento do uso da MTC nos países em desenvolvimento estão à acessibilidade e o baixo custo. Normalmente, o acesso à biomedicina nesses países tende a ser caro e tem o número de profissionais

habilitados reduzido, principalmente nas zonas rurais. Em se tratando de países ricos, os fatores associados estão relacionados à iatrogenia na medicina alopática e à busca de alternativas para tratamento de doenças crônicas (OMS, 2002; OMS, 2013, QUICO, 2011)

Vale ressaltar o aumento no número de: países membros que elaboraram políticas nacionais (passou de 25 em 1999 para 69 em 2012); regulamentos para medicamentos fitoterápicos (passou de 65 em 1999 para 119 em 2012) e institutos nacionais de pesquisa em MTC, que passou de 19 para 73, no mesmo período (OMS, 2013).

Apesar da expansão no uso da MTC pela população mundial e do reconhecimento dos governos, há ainda inúmeros desafios a serem enfrentados pelos países que desejam implantar e/ou implementar serviços de MTC. A OMS os classifica em quatro categorias: 1. *Política nacional e marcos legislativos* - falta de reconhecimento oficial, pouca integração com sistema de saúde oficial, falta de mecanismo legislativo; 2. *Segurança, eficácia e qualidade* - falta de metodologia de investigação, falta de normativas e registros adequados; 3. *Acesso* - falta de indicadores que avaliem o nível de acesso; 4. *Uso racional* - falta de formação dos praticantes das MTC em atenção primária, falta de formação dos profissionais alopáticos em MTC, falta de informação pública sobre o uso racional das MTC (OMS, 2002).

A OMS vem realizando esforços para o enfrentamento, principalmente, nas duas primeiras categorias de desafios. Apoiando os países membros no desenvolvimento de políticas nacionais ou legislação oficial para integração das MTC nos sistemas de saúde; e participando de oficinas e criação de documentos normativos de boas práticas, com objetivo de resguardar a segurança, qualidade e eficácia das MTC. Como exemplo, temos a produção de: guias de formação, estudo clínico e segurança básica em acupuntura, guias para uso apropriado da medicina e produtos com base em plantas medicinais; além de apoiar a criação de institutos de desenvolvimento científico de MTC em diversos países (OMS, 2002; OMS, 2013).

Para o decênio 2014-2023, a OMS define três objetivos estratégicos: 1. Desenvolver a base de conhecimentos para gestão ativa da MTC através de políticas nacionais apropriadas; 2. Fortalecer a garantia de qualidade, segurança, a utilização adequada

e a eficácia da MTC, mediante a regulamentação de seus produtos, práticas e profissionais; 3. Promover a cobertura sanitária universal, por meio da apropriada integração dos serviços da MTC no sistema de saúde nacional. (OMS, 2013).

Para o alcance desses objetivos é necessário: 1. *Compreender e reconhecer o papel e as possibilidades da MTC – produtos, terapias e profissionais* – 1.1 definindo os riscos e benefícios, ampliando o acesso a informação e serviços, assegurando a supervisão da prática da MTC (produtos, profissionais e práticas), 1.2 estabelecendo diretrizes relativas à formação dos profissionais – qualificação, código de conduta de boas práticas, acreditação de instituições de ensino, 1.3 desenvolvendo ou atualizando documentos técnicos e normativos, 1.4 criando uma rede nacional de colaboradores; 2. *Fortalecer a base de conhecimentos, reunir provas científicas e preservar recursos* – 2.1 promovendo atividades de pesquisa e desenvolvimento, inovação e gestão do conhecimento, 2.2 fomentando o diálogo entre as partes interessadas (OMS, 2013). Mas antes de tudo é necessário estabelecer um consenso do que chamamos de MTC ou Práticas integrativas e esse talvez seja o nosso primeiro desafio.

2.1.2. Práticas Integrativas e Complementares e o consenso sobre o termo no Brasil

Considerando os esforços empreendidos pelos diversos países e a OMS para o desenvolvimento de consenso mundial relativo à MTC, é fato que as diferentes maneiras de avaliar e percebê-las tornam o problema complexo. Não obstante, é de se esperar que os governos ainda enfrentem desafios referentes à incipiente: da atividade de pesquisa e desenvolvimento científico; da formação e capacitação dos praticantes; da informação e comunicação sobre políticas; da regulamentação e financiamento dos serviços e produção de indicadores (OMS, 2013).

O debate favorece o desenvolvimento de conceitos como o da Racionalidade Médica. Tesser e Luz (2008 p. 196) apud Luz (1995), definem como:

“Um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia.”

Tal concepção nos permite fazer uma diferenciação entre um sistema complexo (composto pelas seis dimensões) de um recurso terapêutico. No grupo das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), por exemplo, temos os: “Sistemas médicos (homeopatia, ayurvédica) [e os recursos terapêuticos como]: as intervenções mente-corpo (meditação), terapias biológicas, métodos de manipulação corporal (massagens) e terapias energéticas (reiki)” (TESSER & BARROS, 2008 p. 916). Ganham o termo de complementar quando são utilizadas como alternativa pela biomedicina e integrativa quando são aplicadas concomitantemente a essa.

Essa compreensão é reforçada por Quico (2011), que diferencia um recurso ou método terapêutico de um sistema médico complexo, por esse último apresentar: *Aspectos conceituais* – que explicam o processo saúde-doença, como o desequilíbrio das relações familiares, comunitárias ou com a natureza; *Métodos de diagnóstico e terapêuticos* – utilizando elementos disponíveis na natureza, como folha de coca e canto de algumas aves (diagnóstico), as plantas medicinais, rituais de reintegração social, recursos animais e minerais (terapêuticos).

Nesse sentido, fica mais tangível a compreensão que permeia a dificuldade metodológica em definir um conceito único que abarque a enorme variabilidade de práticas e recursos terapêuticos e suas diversas origens teóricas, práticas e ideológicas. (SOUSA et al 2012).

O que no mundo se convencionou nomear de Medicina Tradicional, Medicina Complementar, Medicina Alternativa, Medicina Não Convencional, no Brasil ganha a nomenclatura de Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Com a seguinte definição na PNPI:

“[São] sistemas e recursos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (BRASIL, 2015a p. 13).

Essa definição considera a diferença significativa entre os sistemas complexos e recursos terapêuticos, contudo os insere dentro da acepção de Práticas Integrativas e Complementares.

Mesmo que existam significativas diferenças entre as PICs, unificaremos num só termo, por concordarmos que elas “ganham homogeneidade mais como expressão de negação do que chamamos de biomedicina oficial, que da presença de uma coerência epistemológica e afirmativa [...]” (Martins, 2013, p. 07). Nesses escritos, faremos a escolha de usar o termo PICs para nos referir às diversas rationalidades médicas, medicinas tradicionais e recursos terapêuticos que são ou não complementares ou alternativos aos cuidados biomédicos.

Fugindo da discussão conceitual do tema, é imprescindível situar as contribuições que as PICs levam ao desenvolvimento do cuidado no SUS. Independente da terminologia utilizada, é fato que as PICs são ferramentas eficazes e de baixo custo, ideais para atuação dos profissionais na Atenção Básica (TESSER & BARROS, 2008; CHRISTENSEN & BARROS, 2010; CONTATORE, 2015).

2.2 Política de Práticas Integrativas e Complementares e sua relação com a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

No documento da OMS de 2002, são apontados desafios para desenvolvimento potencial das PICs nos países, sendo eles relacionados à: política, segurança do uso, eficácia, qualidade, acesso e ao uso racional. Interessante ressaltar a importância no desenvolvimento de uma política nacional, haja vista, ser fundamental na constituição de legitimidade, instrumentos normativos e definição de recursos financeiros.

A OMS lista algumas medidas que os países membros devem tomar para implantar política nacional: 1. Estudar a utilização das PICs, em particular suas vantagens e riscos no contexto da história e cultura local, além de promover uma apreciação mais completa de seu papel e suas possibilidades; 2. Analisar os recursos nacionais para a saúde, entre eles o financeiro e humano; 3. Fortalecer e estabelecer políticas e regulamentos concernentes a todos os produtos, práticas e profissionais e 4. Promover o acesso equitativo à saúde e à integração das PICs no sistema nacional de saúde (OMS, 2013).

As PICs representam opção importante de resposta ante a necessidade de atenção à saúde, sendo essa realidade encontrada nos diferentes países da América Latina e Caribe. A exemplo de Cuba, a Medicina Natural e Tradicional é essencialmente implantada na atenção primária de saúde (NIGENDA, 2001).

Algumas características das PICs parecem corroborar com sua implantação na atenção básica, a exemplo do baixo custo e insatisfação com os serviços da medicina oficial. Sobre a insatisfação, Tesser (2009b) argumenta que se trata de fenômeno relacionado à “má medicina”, contrapondo ao eufemismo “má prática médica”. Nesse sentido as iatrogenias cometidas pelas práticas da biomedicina não poderiam ser reduzidas apenas as más práticas de alguns profissionais, essas estão relacionada ao *modus operantes* do paradigma biomédico.

Sobre o descontentamento com as práticas biomédicas, temos o trabalho de Martins (2013) que defende a tese de que há uma “crise do campo médico oficial” que favorece a busca de profissionais e usuários dos serviços de saúde pelas PICs. O “desencanto” com as práticas oficiais de saúde apareciam nos discursos de profissionais e usuários como: *“desatenção do profissional com o paciente, erro médico, desconfiança com relação ao diagnóstico dos especialistas, alto custo dos medicamentos e dos exames entre outras”* (p. 05).

Apoiando ainda esse argumento, temos o trabalho da Luz (2005) que encontra relação de partilha paradigmática entre o terapeuta (médico homeopata) e cliente. O fato de compartilharem representações sobre a saúde, relacionada à concepção de equilíbrio ou “energia como fonte de vitalidade” (p.36), favorecem a relação médico-paciente. Essa, por sua vez, surge como fator que influência significativamente no ‘sucesso’ terapêutico das PICs (LUZ, 2005).

Podemos observar as PICs preenchendo o “vácuo” terapêutico deixado pela biomedicina, como observamos nos trabalhos como o de Alvarez C., 2005, que cita o amplo uso das PICs na cidade de Medelín, tanto da população com menor poder aquisitivo, como das pessoas com maior renda. Ambas motivadas principalmente pela má qualidade da atenção da medicina oficial. O trabalho de Hernandez-Vela e Urrego-Mendoza (2014), agora em Bogotá, verificou o índice de empatia, utilizando a Escala de Empatia Médica de Jefferson, dos médicos com formação em PICs e concluiu que eles estão entre os melhores padrões.

No México, as PICs ganharam força quando o país enfrentou uma grande crise da assistência na atenção à saúde, desencadeada pela queda do preço do petróleo na década de 80. Houve uma redução alarmante na cobertura e qualidade da atenção, em especial nas zonas mais vulneráveis. Uma das estratégias do governo para

superação foi a criação de um programa nacional de PICs, que mirava no enfrentamento à falta e/ou encarecimento dos medicamentos. Tal experiência resultou numa mudança de postura do governo mexicano que passou a valorar os cuidados comunitário, expresso hoje na Lei da Saúde (PAGE, 2005).

Em Cuba, surge no início dos anos 90, incentivado pelo Ministério das Forças Armadas Revolucionárias, o uso mais sistemático de plantas medicinais e de outras técnicas orientais (acupuntura, terapias físicas e manuais), sendo inclusive, estratégia de enfrentamento ao embargo que enfrentara o país. A necessidade de aprofundar e sistematizar conhecimentos “alternativos” à biomedicina, parece ter motivado a introdução oficial da chamada Medicina Natural e Tradicional (MNT), em 1995, como especialidade médica (PASCUAL CASAMAYOR, 2014; GARCIA SALMAN, 2013; BARRANCO PEDRAZA, 2013, LÓPEZ GONZÁLEZ *et. al*, 2016).

A Medicina Natural e Tradicional de Cuba vem compensar o desbalanço produzido por um predomínio hegemônico das concepções puramente biomédicas. Ela é opção ao tratamento de diversas enfermidades, oportuniza maior acesso, tem melhor viabilidade econômica, valoriza a prática popular, sendo alternativa aos tratamentos alopáticos. Um pilar fundamental no cuidado em saúde, pois assegura uma prática orientada à pessoa, com enfoque preventivo e de promoção, oferecendo uma gama de ferramentas terapêuticas e de reabilitação de vários problemas de saúde, agudos ou crônicos. A MNT tem como um de seus ramos de atuação a homeopatia, que é praticada nos atendimentos da atenção primária (FIGUEIREDO, 2014; RODRIGUEZ DE LA ROSA & GRACIA, 2015; CASTRO MARTINEZ, 2016; LÓPEZ GONZÁLEZ *et. al*, 2016).

Adicionalmente, na Mongólia em 2004, foi levado a cabo um projeto que visava orientar a implantação de “farmácias da família” (composta por algumas espécies de plantas medicinais) para uma população que residia nas montanhas e que por isso tinham difícil acesso aos serviços de saúde. O resultado foi de 150 mil pessoas beneficiadas, 74% delas afirmaram que as farmácias, junto com os manuais de orientações foram eficazes e o custo aproximado era de oito dólares por família (OMS, 2013).

No contexto brasileiro, o SUS passa a investir mais no desenvolvimento da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária a Saúde (APS). O relatório da 8ª Conferência

Nacional de Saúde é documento impulsionador da criação do SUS e nele consta a necessidade do Sistema garantir o direito do usuário do SUS a escolher a terapêutica preferida, dentre elas as chamadas práticas alternativas (BRASIL, 1986; SANTOS & TESSER, 2012).

Na Política Nacional de Atenção Básica, temos que ela se caracteriza como:

“[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. [...] Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde” (BRASIL, 2012 p. 19).

A Promoção da Saúde (PS), já destacada na Constituição Federal de 1988 (Art. 196), aparece como um dos objetivos a ser alcançado pela Atenção Básica. Sendo conceituada na Política Nacional de Promoção da Saúde como:

“[...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassectorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social” (BRASIL, 2015b p. 07)

Referente à normatização de políticas nacionais de PICs no contexto brasileiro, em 2006 ocorre a publicação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS – que visa promover as práticas tradicionais de uso de plantas medicinais, largamente disseminadas na sociedade brasileira a partir da apropriação cotidiana feita pelas populações nativas (ANDRADE & COSTA, 2010).

Contudo é com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) – em 2005 nomeada de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - que as PICs ganham maior destaque, através da Portaria Ministerial 971/2006. Ocorre como resposta governamental à recomendação da OMS pela institucionalização de política nacional sobre o tema nos países membros e à crescente legitimação social, expressa principalmente nos espaços de controle social (CAVALCANTI et. al. 2014; BRASIL, 2011; BRASIL, 2015a).

A PNPICT marca a abertura e valorização dos recursos, sistemas e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura, favorecendo a discussão e incentivo ao pluralismo médico no país e o conceito de integralidade no SUS (ANDRADE & COSTA, 2010). Propõe-se como resposta a ínfima institucionalização de serviços PICs nas redes municipais de saúde (GALHARDI *et al.*, 2013; CONTATORE, 2015).

Dentre os objetivos da PNPICT estão: 1. Prevenir agravos, promover e recuperar a saúde, sobretudo na atenção primária; 2. Contribuir com o aumento da resolubilidade e ampliação do acesso a serviços primordialmente ofertados no âmbito privado; 3. Incentivar ações de controle/participação social. Destaca-se nas diretrizes: inserir as PICs essencialmente na atenção básica; estabelecer mecanismos de financiamento; produzir normas técnicas; desenvolver estratégias de qualificação profissional, incluindo o apoio técnico e financeiro; incentivar a pesquisa em PICs; além de acompanhar, avaliar e instrumentalizar os processos gestores (BRASIL, 2015a).

Nesse sentido, as PICs guardam uma potência desmedicalizante, enriquecedoras da clínica, da promoção da saúde e sustentabilidade das comunidades (CAVALCANTI *et. al.* 2014), fundamentais no alcance da universalidade, equidade e integralidade. Sendo elas melhor adaptadas ao processo saúde-doença característico dos usuários do SUS (TESSER & BARROS, 2008; CHRISTENSEN & BARROS, 2010; CONTATORE, 2015). Além disso, está em curso o desenvolvimento de diversas experiências de implantação das PICs nas redes públicas de saúde municipais, encontrando legitimidade social dos usuários dos serviços (TESSER & BARROS, 2008 *apud* Simoni, 2005; TESSER, 2009a; TESSER & SOUSA, 2012). Sobre isso, dos 1.000 projetos aprovados junto à Rede de Promoção da Saúde, 118 incluíam Lian Gong, Shiatsu entre outras PICs (BRASIL 2011).

A materialização da PNPICT no SUS ocorre de diversas formas no território brasileiro, seja por iniciativa de profissionais praticantes integrativos, ou por gestores que apregoam a institucionalização da Política.

2.2.1 Oferta de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde brasileiro

No ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o primeiro diagnóstico da oferta de PICs em todos municípios brasileiros. Na ocasião foram enviadas cartas com um questionário que deveria ser respondido pelos gestores. Esse trabalho contribuiu para construção do texto da PNPIIC e apresentou como resultados: taxa de resposta 24%, prevalência de serviços PICs em 4% dos municípios brasileiros (232 no total), dos quais 6,5% dos respondentes tinham lei ou ato institucional que criava serviços PICs. Dentre as práticas mais prevalentes estavam a Automassagem (22,0%) Tai chi chuan (23,2%), Reiki (25,6%), Lian Gong (24,4%), Acupuntura (34,9%), Homeopatia (35,8%) e Fitoterapia (50%), sendo a maior parte desses serviços (86,2%) instalada na atenção básica. O questionário obteve 24% de taxa de resposta (BRASIL, 2015a).

Nos dados do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), consolidados no Monitoramento Nacional de 2014 da Coordenação Nacional da Política de Práticas Integrativas e Complementares, encontramos dados relativos ao número de municípios que ofertam PICs no Brasil (total de 1.217), cerca de 22% dos municípios (BRASIL, 2014). Os dados aqui foram coletados diretamente com as equipes de saúde da família (ESF) e 86% dos municípios responderam.

Ainda no Monitoramento Nacional, temos informações coletadas em 2014 no SCNES, que nos apontam: a existência de 4.462 estabelecimentos de saúde que ofertam PICs e que tais estabelecimentos estão distribuídos em 10% dos municípios do Brasil.

Chaves (2015), nos informa o registro no Brasil de 3.848 estabelecimentos e como alguns desses ofertam mais de um tipo de serviço, temos a oferta de 4.939 serviços PICs, distribuídos em cerca de 15% dos municípios (872). Sendo a maior parte dos estabelecimentos da Atenção Básica (54%) e de gestão pública (84%). A cobertura brasileira de serviços PICs é de 2,77 para cada 100 mil habitantes.

Os informes divulgados pelo MS em 2016 e 2017 trazem os dados mais recentes consolidados sobre número de atendimento individuais, estabelecimentos e municípios que ofertam PICs. Em 2015 foram registrados 527.953 atendimentos individuais distribuídos em 1.362 municípios e 2.654 estabelecimentos de saúde da AB (BRASIL, 2016). Enquanto que ano de 2016, o número de registros dos atendimentos individuais quadriplica (2.203.661), o número de estabelecimentos e municípios cresceu mais de 43% (3.813) e 28% (1582), respectivamente (BRASIL, 2017a).

Temos aqui o registro de três diagnósticos com metodologias e objetivos distintos, além dos informes, que têm em comum o fato de analisarem a oferta no SUS de serviços PICs. Desses diagnósticos, dois são realizados pelo corpo técnico do ministério da saúde, sendo, o terceiro, produção do grupo de pesquisa Saberes e Práticas em Saúde. Os diagnósticos revelam discrepância nas informações referentes ao número de municípios que ofertam PICs, o que dificulta compreender qual o real cenário da oferta de PICs no SUS. Além do mais, nenhum dos três investiga os motivos pelos quais na maioria dos municípios não há oferta de PICs no SUS.

2.2.2 Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros

Como exemplo de experiências municipais, temos o trabalho realizado por Costa et al. (2015), que identificou os significados e repercussões da agricultura urbana e periurbana (AUP) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Embu das artes-SP. Afirma que o envolvimento de usuários, trabalhadores e gestores promoveram a criação de ambientes saudáveis e reorientação do funcionamento dos serviços, a mobilização da comunidade, a autonomia no cuidado e o retorno às práticas tradicionais. Localiza o projeto como sendo alinhado à Promoção da Saúde e PNPIc.

Sousa (2004) cita o exemplo do programa de medicina alternativa do Rio de Janeiro, composto pelas medicinas chinesas e homeopatia, além da fitoterapia. Sinaliza no trabalho sobre os benefícios relacionados à prática da massoterapia, à promoção da saúde e à forte aceitação por parte dos usuários nos serviços da Atenção Básica. Em oposição, identifica certo descompasso entre a concepção vitalista e a prática das diversas massagens. Oferece como hipótese explicativa para tal distanciamento,

a submissão das massagens à “adequação” delas a medicina hegemônica biomédica. Nagai & Queiroz (2011), corroboram com a afirmativa de subordinação das PICs à hegemonia do saber biomédico, quando à análise da implantação desses serviços no município de Campinas – SP.

No município de São Paulo, temos a experiência de ampliação das PICs na rede municipal por meio de projeto de expansão massiva pautado na educação permanente. O número de serviços com PICs passa de 06 (no ano 2000) para 520 (no ano 2016) unidades de saúde. Dentre os objetivos do projeto temos: a promoção, prevenção e recuperação da saúde; aumentar a capacidade resolutiva dos equipamentos de saúde, utilizando “*técnicas simples, de baixo custo, artesanais, sustentáveis e comprovadamente eficazes*” (TELESI JUNIOR, 2016, p. 101).

Outro exemplo é o trabalho de Galhardi e Barros (2008), ao trazer a percepção dos usuários de homeopatia de uma unidade de saúde de Jundiaí. Concluem que eles afirmam melhorias nas crises agudas, qualidade de vida, diminuição no uso de outros serviços e medicamentos alopáticos. Em Belo Horizonte, o trabalho de Lima *et al.* (2014) indica resultados favoráveis relativos à promoção da saúde em um serviço de referência em PICs. Nessa experiência, a concepção holística favorece ao empoderamento dos indivíduos e a consciência de sua saúde.

Ainda sobre a característica de empoderamento das PICs, temos a experiência em Fortaleza e Campinas. O trabalho com doula conclui que a atuação delas com PICs favorecem a promoção da autonomia da mulher centrando o cuidado no respeito. Além de diminuir o tempo do trabalho e melhor controle da dor, no momento do parto (SILVA *et al.*, 2016).

Além da promoção da saúde, outros dois conceitos guardam relação íntima com as PICs. A integralidade, que é condição ética das PICs e guardam características como: a *extensividade* - capacidade de unir, simplificar e ressignificar vários aspectos distintos de um mesmo fenômeno; a *veracidade* – eficácia e efetividade do tratamento e a *completude* – integrar as dimensões do adoecimento a algo que faça sentido ao curador e paciente (TESSER & LUZ, 2008; SOUZA & LUZ, 2009).

O acolhimento, que propõe o encontro do trabalhador com o usuário, proporciona, por vezes, a saída de um processo “biopolítico para um processo de biopotência” (CECCIM & MERHY, 2009; p. 535). Essa postura ou estratégia de organização dos

serviços de atenção primária da saúde (APS) busca construir um espaço de cuidado, respeitoso e empático para os sujeitos, oportunidade de subjetivação e singularização. Objetiva avaliar e resolver problemas concretos das pessoas, família ou comunidade, oportunizando atenção da equipe de forma espontânea, fugindo da burocratização do acesso (TESSER *et. al.*, 2010; CONTATORE, 2015)

As PICs são igualmente eficazes, no que se refere a resolver problemas concretos no ato do acolhimento. O profissional habilitado em auriculoterapia, por exemplo, pode ser resolutivo aplicando a técnica após escuta qualificada e avaliação individualizada do sujeito, sem que sejam necessários encaminhamentos, marcação de consultas ou espera do usuário (TESSER *et. al.*, 2010).

Outras características parecem aproximar ainda mais os dois fenômenos (PICs e APS), que segundo Tesser e Sousa (2012), mesmo tendo o desenvolvimento pautado em processos sociais divergentes, se aproximam quanto: à crítica ao modelo biomédico; ao caráter contra hegemônico; às formas de organização e de relacionamento com a clientela (centrada na pessoa); efeitos terapêuticos e ético-políticos; além do caráter desmedicalizante.

As PICs têm como braço forte a promoção e prevenção da saúde, sendo a atenção básica o campo mais potente para o desenvolvimento de suas ações. É na atenção básica que o Ministério da saúde, acertadamente, aposta no incentivo a implantação dos serviços e desenvolvimento do princípio da integralidade da saúde, dado as características pertinentes as PICs em apresentar postura abrangente do processo saúde doença e centrada na pessoa (TESSER & LUZ, 2008; ANDRADE & COSTA, 2010; NAGAI & QUEIROZ, 2011; LIMA *et al.* 2014; ARDILA JAIMES, 2015; BRASIL, 2015a).

Tem-se nas PICs a oportunidade de potencializar os ditames necessários para uma prática de saúde holística e cuidadora. Elas atuam num trabalho vivo e não apenas seguidor de protocolos rígidos. Podemos perceber um exemplo de como a “micropolítica do trabalho” pode resistir a “macropolítica da gestão em saúde” (CECCIM & MERHY, 2009 p. 533).

Diante da complexidade epistemológica, social, institucional e operacional inerentes às PICs, para avançar na institucionalização dessas práticas no SUS, é necessário ainda o enfrentamento político que viabilize: aumento de números de profissionais

capacitados para atuação no Sistema; educação permanente dos profissionais em PICs; apoio institucional (financeiro e normativo) aos gestores municipais; qualificação e ampliação dos serviços de PICs (TESSER & BARROS, 2008; TESSER & SOUSA, 2012; COSTA, 2015).

2.3 Aspectos socioculturais relacionados à Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde brasileiro

Menédez *et al.* (2015), defende a tese de que nos processos saúde-doença pode-se analisar grande parte dos problemas econômico-políticos e ideológicos-culturais com maior transparência e menos vieses se comparado com o estudo de cada tema isolado. Afirma que, podemos detectar conflitos e contradições, as reações dos grupos dominantes e dominados, assim como os nossos vários mitos e imaginários coletivos. Adicionalmente, auxilia no desenvolvimento de novas perguntas. O mesmo autor, *apud* Berlinguer (1983, 2006), assevera que tais contradições e conflitos, não são exclusivas dos governos capitalistas, mas ocorrem igualmente nos socialistas reais ou de mercado.

Outro argumento a favor da valoração do olhar sobre o processo saúde-doença está relacionado à influência ideológica da biomedicina, que ultrapassa o âmbito do setor saúde e alcança a vida cotidiana em diversos países, formulando consenso e hegemonias em disputa comumente com os costumes tradicionais presentes e enraizados pelos povos ancestrais. Como é o exemplo da medicalização social, associada às transformações sociais, políticas e culturais, relacionadas à biomedicina (TESSER & BARROS, 2008; TESSER *et. al*, 2010; MENÉDEZ *et al.*, 2015). Souza e Luz (2009), argumenta que as PICs, também “*exprimem um aspecto de transformação dos valores culturais nas sociedades contemporâneas*” (p. 393), não sendo essas transformações motivadas apenas pela insatisfação para com a biomedicina.

Sobre o fenômeno da medicalização social, Tesser *et. al* (2010 p.3616) *apud* Illich (1981), afirma ser:

“Um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e

muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença.”

Esse fenômeno parece estar associado à apropriação pelo capitalismo médico da medicina moderna, que segundo Martins (2003) é:

“[...] um golpe difícil de ser absorvido pela sociedade. Ao desconhecer a importância do simbólico na prática de cura, o capitalismo coloca as instituições e os indivíduos em condições de incerteza institucional e existencial insuportável” (p. 187).

Em 1994, no México, tais condições de incerteza somadas ao surgimento do exército zapatista de libertação nacional, impulsionou a criação de organizações de cuidadores tradicionais. O fato intensificou a luta ideológica, que reivindicava, não só o reconhecimento da eficácia das práticas tradicionais, como também a capacidade de possibilitar a continuidade cultural e social dos saberes tradicionais. Essas eram as principais bandeiras de resistência, diante da “investida” do neoliberalismo, através da biomedicina (MENÉDEZ *et al.*, 2015). A luta é contra a:

“latrogenia cultural – efeito difuso e nocivo da ação biomédica que diminui o potencial cultural das pessoas para lidar autonomamente com situações de sofrimento, enfermidade, dor e morte” (TESSER & BARROS, 2008 *apud* Illich, 1981, p. 915).

Dentre as formas autônomas das pessoas lidarem com o sofrimento e enfermidade, temos o curandeirismo e as práticas das parteiras, além das demais medicinas e práticas tradicionais. O conceito de curandeirismo, Puttini (2011), “*aparece como um termo de interface ideológica*” (p.35), representa conflitos de legitimidade dos saberes populares com a biomedicina. Na palavra curandeirismo “*sobre sai o vigor negativo empreendido pelo discurso médico sobre práticas curandeiras na sociedade*” (p.47). Aqui a biomedicina mostra sua natureza controladora da vida, ao mesmo tempo que, estabelece a manutenção da corporação médica. Tais forças controladoras quando somadas as forças religiosas, colocam as práticas dos curandeiros em igual comparação com as práticas pagãs (MENÉDEZ *et al.*, 2015, TESSER, 2009a; FIGUEIREDO, 2014).

O pensamento sistêmico que paulatinamente vai ganhando espaço nas práticas de saúde, oferece para o campo da saúde uma visão integradora da dinâmica do processo de cuidado. Aqui a ética fundadora repousa na soma das múltiplas

intervenções providencialmente efetivas e na valorização dos diversos conhecimentos populares, tradicionais ou mágicos. Observamos o incentivo ao resgate das práticas culturais populares e consequente reconhecimento de nossa ancestralidade (FARIÑAS SALAS, et al., 2014).

Borges, 2008, afirma que as práticas de cuidado das parteiras e benzedeiras, estão ocultas aos olhos da racionalidade científica, “impregnadas de desqualificação, marginalização, supressão e encontram-se silenciadas ou ocultas” (p. 329). Sobre isso, Menédez *et al.* (2015), sinaliza que as parteiras, no México, ocupam um lugar secundarizado até mesmo dentro das organizações de cuidadores tradicionais. Contudo são práticas que “*acolhem a carência humana dentro do contexto real da necessidade*” (p. 329), e o acolhimento dessa carência é o que caracteriza uma prática terapêutica e de cuidado. Nesse sentido, o saber cuidador delas guardam “*maior competência para criar, tecer, enredar, acessar as intersubjetividades que permeiam as ações necessárias na rede do cuidado em saúde*” (p. 330). No Brasil, esse lugar secundarizado se dá em relação ao modelo biomédico (SILVA *et al.*; 2016).

Ainda sobre a incredibilidade e a efetividade das práticas tradicionais, temos que a medicina tradicional andina e dos indígenas colombianos exercem práticas que se relacionam com o pensamento mágico, cósmico e animista, exercido por agentes tradicionais de saúde que guardam o dom da cura e do serviço. Essas medicinas convivem com a medicina oficial, porém tendo seus valores éticos depreciados, assim como, a cosmovisão, concepção de vida em sociedade e harmonia com a natureza/universo. Contudo o arraigamento cultural delas garante sua coexistência com a medicina oficial e legitimação social da população que a utiliza (QUICO, 2011; CLAVIJO USUGA, 2011).

Na Medicina Tradicional colombiana existe a divisão em dois ramos: o sistema mágico-religioso e o curandeirismo, tal medicina concebe a enfermidade como uma punição e invocam o poder sobrenatural/divino para auxiliar na cura. Contudo o primeiro ramo guarda mais as características antigas da prática incluindo, por exemplo, o uso de plantas alucinógenas nos rituais de cura. Enquanto o segundo ramo representa mais um processo de assimilação-negociação com a medicina ocidental, estandardizados pelas parteiras, raizeiros e rezadeiras (ALVAREZ C., 2005).

Em Cuba, apesar de fazer parte oficialmente do sistema de saúde e ser abertamente incentivada pelo governo, o uso de várias das terapias alçadas pela MNT são questionadas, principalmente quanto à falta de debate entorno do tema e seu distanciamento da chamada prática segura, qualificada e efetiva. São acusadas de *pseudociências*, visto que são incapazes de serem avaliadas através de experimentos científicos controlados, critérios da Medicina Baseada em Evidências (BARRANCO PEDRAZA, 2013; GARCIA SALMAN, 2013; ROJAS OCHOA *et. al.*, 2013a; ROJAS OCHOA *et. al.*, 2013b; PASCUAL CASAMAYOR, 2014; CONTATORE, 2015; RODRIGUES DE LA ROSA, 2015).

Em se tratando da homeopatia nesse país, temos o desenvolvimento significativo no século XIX e um declínio no início do século seguinte, este relacionado à entrada da escola de medicina e indústria farmacêutica norte-americana no país. Após a revolução cubana e incentivo do governo em investir em práticas que oferecem autonomia ao Sistema Nacional de Saúde, houve a revalorização das PICs. Fato que nos faz refletir sobre as influências político-ideológico-científicas que permeiam as práticas de saúde vigentes nos vários países (LÓPEZ GONZÁLEZ *et. al.*, 2016).

Nos primeiros séculos da história brasileira, as práticas populares de curar estavam associadas à irracionalidade e eram encaradas como um “mal necessário” (WITTER, 2005 p. 14), diante da escassez de médicos-cientistas. Contudo essa leitura historiográfica tem-se modificado, o que abre a possibilidade de conceber as práticas populares de cura como tendo uma arquitetura diversa no trato do cuidado, quando comparado à “medicina científica”. Trata-se de práticas portadoras de racionalidade específica e “não apenas reativa a outros saberes ou a falta deles” (WITTER, 2005 p. 16).

Contatore *et al* (2015), conclui em trabalho de revisão de literatura, que há predominância de trabalhos que buscam a validação científica por meio de processos metodológicos biomédicos. O fato de buscar legitimação científica que priorize o viés quantitativo contribui para o rechaçamento das PICs por apresentar pressupostos teóricos diversos aos da medicina hegemônica. O que consequentemente levam-nas a serem consideradas “incapazes” de produzir “provas” de eficácia e eficiência. Contradicoratoriamente, as indústrias farmacêuticas transnacionais ocultam a falta de evidência das terapêuticas da biomedicina e prescrevem a ordem da atuação das profissões de saúde (GØTZSCHE, 2016).

Diante do cenário de disputa ideológica travada entre as práticas de saúde que têm seu embasamento em dois pensamentos distintos (o cartesiano e o sistêmico), temos a hegemonia em detrimento da subordinação ou secundarização do outro. O lugar contra-hegemônico, onde se situa a PICs, desfavorece significativamente a sua inserção dentro desse domínio de pensamento. O que explicaria em parte, o lento processo de institucionalização no SUS, verificado, por exemplo, no cenário normativo, financeiro e de formação de recursos humanos direcionados as PICs, que observamos a seguir.

Contribuindo com o debate, Barros (2014), nos traz a reflexão de que a disputa ideológica parece repousar na ambivalência representada na imagem de um núcleo permeado por suas margens. Nomeia como “núcleo” o agrupamento das práticas ditas convencionais (hegemônicas) e como “margem” as chamadas práticas “*não ortodoxas*” – com certa inércia institucional - (p. 51). Nos lembra, que a ambivalência presente nessa relação, que por vezes gera *“intensa flutuação das fronteiras entre o núcleo e as margens”* (p. 51), contribui para constituição do “terceiro espaço”. Lugar de convivência dos contrários, lugar interacional.

“Por certo, o desafio da coerência é que explica a condição e como não nos cabe mais a exclusividade do pólo formal ou seu oposto, parece lógico abrir espaço para diversas verdades, visões de futuro e operações com representações passadas. Ao fazer-se cumprir um conteúdo explícito e impostos pela formalidade de um modelo protocolado reproduzem-se os valores ocultos de uma sociedade que ainda tem dificuldade de lidar com a ambivalência e não dúvida segue vigiando e punindo” (BARROS, 2014, p. 58).

Outro aspecto a ser considerado, repousa no fato da busca pelas PICs, no Brasil, guardar sentidos diversos aos encontrados nos demais países da América Latina. Enquanto em países como a Bolívia, há busca pela manutenção ou resgate cultural das práticas populares de cuidado, no Brasil observamos uma apropriação da classe média de “ferramentas de cuidado” que respondem bem ao vácuo terapêutico deixado pela biomedicina. Segundo Luz (2005):

“essas práticas em grande parte respondem a essa demanda subjetiva de cuidado e atenção, sobre tudo em camadas médias da população, pois tanto terapeutas como pacientes são geralmente oriundos das classes médias urbanas”.

Ponto de discussão que pode influir no processo de institucionalização das PICs no setor público.

2.3.1 Normatização das Práticas Integrativas e Complementares

O fato de apresentarem pouca regulamentação no mundo na formação ou relativos às normatizações jurídicas, colocam as PICs num lugar desprivilegiado no campo de disputa do exercício legal/oficial nos sistemas de saúde do mundo (CECCIM & MERHY, 2009; GARCIA SALMAN, 2013). Dentro desse cenário é difícil construir sustentabilidade institucional, administrativa e política para a institucionalização das PICs nos serviços públicos, conselhos de classe e sociedade civil.

Nigenda *et al* (2001), cita algumas razões que desafiam a implementação de programas e práticas dos médicos tradicionais: o desconhecimento do número de praticantes, das formações, do tipo de população que demandam a medicina tradicional e principalmente a falta de um marco legislativo que regule a prática.

O trabalho de Nigenda *et al* (2001), versa sobre uma pesquisa investigativa da regulação e tolerância da Medicina Tradicional na América Latina e Caribe. Conclui que o processo legislativo é variado nos diversos países e quando existentes, são pouco precisos e objetivam mais um controle que uma regulação. Essa realidade também é citada em estudo com países do continente Europeu (OMS, 2013). O autor atrela essa variabilidade à quebra de braço entre as entidades governamentais e os terapeutas. Outro aspecto relacionado é a dificuldade de regulamentar uma prática com baixo treinamento formal, com práticas variadas e que se sustentam em costumes difíceis de localizar nos sistemas de saúde oficiais (NIGENDA, 2001).

No campo da regulação, são apontadas três grandes tendências, inclusive bem parecidas com a proposta pela OMS: Integração, Coexistência e Tolerância. No primeiro caso um bom exemplo é a Medicina Tradicional na China, na Coréia e Vietnã, onde o trabalho dos médicos tradicionais é oficial, reconhecido e o seguro de saúde cobre os serviços. Nos outros países, existe no máximo uma coexistência com a medicina oficial a partir de um marco jurídico bem estabelecido, como é o caso da Índia, Paquistão, Bangladeste, que conseguem até certo nível de integração com a medicina oficial, mas permanecem a margem dessa (NIGENDA, 2001; OMS, 2002; OMS, 2013).

Contudo a maioria dos países tem a tendência de Tolerância, como é o caso de Hong Kong, Mali, Malásia e a maioria dos países da América Latina, como ocorre na Colômbia, onde a população busca as diversas medicinas a depender da demanda

apresentada. No exemplo da Bolívia e Chile, existe a permissão oficial para a prática da medicina tradicional, sendo uma tendência de Coexistência. Contudo, podemos afirmar que essa prática só é tolerada caso não haja competição com a medicina oficial (NIGENDA, 2001; OMS, 2002; ALVAREZ C. 2005).

No México há o reconhecimento da prática do terapeuta tradicional pelo Instituto Nacional Indígena, Secretaria de Saúde e Instituto Mexicano do Seguro Social, mas os terapeutas enfrentam diversas dificuldades, como: a falta de respeito com a cultura indígena, as limitações na livre atuação da prática, o limitado apoio jurídico e financeiro e a falta de respeito por parte da medicina biomédica. Tal cenário se repete, em alguma medida, no Chile, Guatemala, Bolívia, Nicarágua e Peru. Nesses países a aclamação pela regulamentação da prática tradicional ocorre pelos profissionais e usuários dos serviços (NIGENDA, 2001).

Na Colômbia a resolução nº 2927 de 1998 reconhece as PICs e as define como:

“Um conjunto de conhecimentos e procedimentos terapêuticos derivados de alguma cultura médica existente no mundo, que tenha alcançado algum desenvolvimento científico, empregados para a promoção da saúde, prevenção e diagnóstico de enfermidades e tratamento e reabilitação dos enfermos, no marco de uma saúde integral e considerando o ser humano como uma unidade essencial constituída de corpo, mente e energia.” (ROJAS-ROJAS, 2012 *apud COLOMBIA*, 1998, p. 470, tradução do autor)

Contudo, essas terapias só poderiam ser exercidas por médicos com registro profissional ativo e com formação específica na área de atuação.

No caso de Cuba, mediante as resoluções ministeriais 261/2009 e 381/2015 e guia normativo nº 156 são aprovadas para todo o país, diferentes modalidades terapêuticas da Medicina Natural e Tradicional (MNT), além de firmar a necessidade de priorizar ao máximo seu desenvolvimento a serem praticadas na assistência médica, docência e pesquisa. Passa a fazer parte da formação do médico generalista, que engloba um aspecto interdisciplinar na formação. Nesse sentido a MNT passa integralmente a fazer parte do arsenal terapêutico da biomedicina, em qualquer dos seus ramos, não sendo considerada como uma medicina complementar ou alternativa (PASCUAL CASAMAYOR, 2014; GARCIA SALMAN, 2013; CUBA, 2015; RODRIGUEZ DE LA ROSA, 2015; CASTRO MARTINEZ, 2016).

No Brasil temos a experiência de implantação do Projeto Paidéia, que vislumbrava a implantação e ampliação de serviços de PICs no município de Campinas. Relatada por Nagai & Queiroz (2011), que concluem haver um convívio democrático entre as rationalidades vitalista e biomédica. Sendo essa relação possível, por haver, em alguma medida, a “adequação” das PICs às perspectivas da biomedicina.

As PICs têm sua primeira normativa legal no Brasil em 1988 com a publicação das resoluções da Comissão interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia (BRASIL, 2015a). Sendo os procedimentos em PICs inseridos paulatinamente nos Sistemas de Informação do SUS. Em 1999 – os procedimentos de acupuntura e homeopatia são incluídos no Sistema de Informação Ambulatorial e em 2006 – incluído no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o serviço de PICs².

De outra parte, temos a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovada pelo decreto presidencial nº 5.813/2006, com objetivo de atender “a demanda por diretrizes que abrangessem toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos” (BRASIL, 2011, p. 13).

No âmbito de estados e municípios temos normatizações sobre as PICs que vão desde portarias e decretos, até leis que instituem o serviço de fitoterapia ou diretrizes gerais sobre PICs na rede pública de saúde – Ceará, Santa Catarina e São Paulo; até mesmo Políticas e Programa de PICs – São Paulo, Espírito Santo (e na capital Vitória), Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2011).

No mundo temos um cenário diversificado de institucionalização das PICs nos sistemas de saúde oficial. O nível de institucionalização varia de acordo com a história que cada país estabelece com a cultura dos povos tradicionais, quanto maior a aceitabilidade de suas práticas pelos governos, maior sua capacidade de

² Atualmente existem os seguintes procedimentos específicos das PIC: sessão de acupuntura com inserção de agulha; sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa; práticas corporais em medicina tradicional chinesa; sessão de auriculoterapia; sessão de massoterapia; tratamento termal/crenoterapia; sessão de arterapia; sessão de musicoterapia; tratamento naturopático; sessão de tratamento quiroprático; sessão de tratamento osteopático; sessão de reiki; terapia comunitária; dança circular/biodança; yoga; sessão de meditação; oficina de massagem/automassagem (BRASIL, 2017b)

influenciar e interagir no âmbito social, inclusive no cuidado com o sofrimento e enfermidade (LOVERA ARELLANO, 2014).

Contudo é premente a necessidade de enfrentar o sectarismo entre a biomedicina e as PICs e: intervir na consciência e subjetividade dos profissionais de saúde; fortalecer, onde houver as práticas de cuidado tradicionais que guardam relação com a identidade dos povos que as utilizam; diversificar os procedimentos de legitimação das várias práticas de saúde, para além da racionalidade biomédica; fomentar pesquisas e capacitações na área das PICs, principalmente as potencialmente relacionadas à promoção da saúde. Tais estratégias contribuem para o favorecimento da integração das práticas oficiais com as que encontram respaldo no fazer cotidiano popular, além de gerarem argumentos a favor da ampliação dos investimentos financeiros e de formação em recursos humanos para as PICs (TESSER, 2009a; CLAVIJO USUGA, 2011; SANTOS & TESSER, 2012; GARCIA SALMAN, 2013; SILVA *et al.*; 2016).

2.3.2 Formação de recursos humanos em Práticas Integrativas e Complementares

A institucionalização do SUS trouxe a necessidade de revisão dos processos de aprendizagens apregoados nos estabelecimentos de ensino. O princípio da integralidade, exprimido no conceito ampliado de saúde, produziu a demanda improrrogável de discutir os perfis curriculares dos cursos de graduação em saúde. Necessário pensar na formação adequada do profissional que atuará com a lógica complexa de cuidado presente no SUS (SAMPAIO, 2014). Nesse sentido, a autora ainda nos indica duas frentes de atuação: enfrentar a educação separada da vida e a prática educativa linear. Ambas constituem pilares da educação biologicista presente nos cursos de graduação em saúde e figuram como problemas centrais à conformação indispensável para o alcance do propósito fundamental do SUS. “*Para mudarmos o Sistema, temos que mudar as pessoas; para reformar práticas de saúde, temos que reformar pensamentos em relação ao ato de cuidar*” (SAMPAIO, 2014, p. 101).

Entendendo a importância de estabelecer normativas institucionais para a formação em PICs, que além de diminuir ou mesmo dirimir as ambivalências existentes, apregoa a segurança, qualidade e eficácia, diversos países no mundo reconhecem a formação, por meio de alguns critérios, entre eles a formação em instituições de

ensino superior, como é o caso da MTC na Índia (OMS, 2013). A não formalização do ensino em PICs pode trazer consequências nefastas à atuação e legitimação das práticas dos profissionais habilitados, inclusive desestimulando a atuarem com seus saberes nos espaços que já atuam com a prática de cuidado convencional (SANTOS & TESSER, 2012).

O contra ponto da institucionalização das PICs repousa no fato de alterar a forma como se origina e se constitui o seu saber. Esta pode gerar um afastamento das propriedades, verdadeiramente, curativas em nome do reconhecimento do paradigma científico que apóia a mercantilização. A exemplo disso, na década de 80, no México, com o objetivo de regular a prática do médico tradicional, houve a mudança na forma de transmissão do conhecimento, que acabou por rechaçar as terapias “mágicas” do seu leque de estratégias de cuidado. Tal postura gerou modificações profundas nas raízes de produção do conhecimento tradicional, tudo em nome da profissionalização da medicina tradicional, que a subjuga diante da biomedicina (MENÈDEZ, 2015; CLAVIJO USUGA, 2011; TESSER, 2009a).

Referente à formação de recursos humanos em PICs no Brasil, temos o estudo de Christensen e Barros (2008), que traz uma revisão de literatura acerca da formação nas escolas médicas. Conclui que sua inserção se deu de diversas formas, em especial, durante o processo de reforma curricular ou em formas de cursos eletivos, e que os estudantes do curso médico reconhecem a importância de ampliar o escopo de ferramentas diagnósticas e terapêutica para a atenção e cuidado dos pacientes. Teixeira (2007) corrobora com essa afirmação num trabalho com estudantes de medicina, onde 64% deles desejavam ter a disciplina de homeopatia como obrigatória. O autor defende a inclusão da homeopatia nos primeiros anos do curso médico como forma de enfrentamento ao desconhecimento dessa racionalidade.

A baixa inserção de disciplinas e cursos de especializações ou aperfeiçoamento em PICs nos cursos de saúde do Brasil (CAVALCANTI *et al*, 2014) contribui para a procura de profissionais de saúde pela formação na área, identificada como um fenômeno social que ocorre apesar do ínfimo incentivo das gestões públicas (SOUZA, 2012).

O despertar do profissional de saúde para a necessidade de aprimorar seus recursos terapêuticos está comumente relacionado à busca por respostas de questões existenciais. Essa busca parece ser reflexa da carência de vivencia formativa, principalmente durante a graduação, sobre o *saber ser* e o *saber conviver*. Sampaio (2014) situa esse hiato como o grande desafio para formação contemporânea.

Em geral os terapeutas em PICs buscam na formação “responder a questões cruciais sobre auto-conhecimento, auto-realização, busca espiritual, solução para experiências extramundanas, desejos de romper com as tradições e de correr riscos que levem a uma nova razão de viver” (MARTINS, 2013, p. 20). Marques et. al. (2012), nos revela em estudo sobre a caracterização dos recursos humanos em PICs do Distrito federal, que além das motivações elencadas a cima, temos: “busca por atendimento mais humano; critica ao modelo de diagnose e terapêutica oferecido pela biomedicina; sofrimento próprio e/ou da família”.

Martins (2013) ainda afirma que esses protagonistas sociais se revelam como catalizadores da ruptura epistemológica que vivenciamos no setor saúde e que por isso encontramos práticas que “oscilam permanentemente nas fronteiras do conhecido e do desconhecido, do certo e do incerto, do científico e do místico, do sagrado e do profano” (p.11).

Uma vez formados os trabalhadores de PICs desejam exercer suas práticas no cotidiano de trabalho e a falta de conhecimento dos gestores e colegas de trabalho acaba por forçar um exercício informal da prática nos serviços, que beira o voluntarismo (TELESI JUNIOR, 2016; FIGUEIREDO, 2014). Os profissionais qualificados em PICs, atuantes no SUS, alçam mão de suas qualificações, incrementam suas habilidades de cuidado e são onerados por serem obrigados a cumprirem determinações burocráticas que dificultam o processo de trabalho, a exemplo do atendimento homeopático que deve ocorrer no mesmo tempo que o atendimento convencional. Além da “aceitação informal”, gestada pelo desconhecimento das PICs, ocorre comumente a insuficiência da infraestrutura de equipamentos e insumos nas unidades de saúde que acolhem os profissionais de PICs (SOUZA, 2004; TEIXEIRA, 2007; BRASIL, 2009; THIAGO & TESSER, 2011; SANTOS & TESSER, 2012; SOUSA, 2012).

A formação em medicina de família e comunidade, saúde da família e em saúde coletiva parece favorecer a aceitação e inclusão das PICs nos serviços públicos de saúde, como comentam Galhardi (2013), Tiago e Tesser (2011), quando se referem à realidade de Campinas e Florianópolis. No primeiro caso, os sanitaristas gestores da secretaria de saúde foram ativamente responsáveis pela inclusão dos serviços PICs na rede municipal. No segundo trabalho, foi encontrado aceitação das PICs, por parte dos profissionais da atenção básica que havia tido contato prévio com elas nos cursos de residência ou especialização em saúde da família ou medicina de família e comunidade.

Dentre as estratégias para contribuir com a formação e educação permanente dos profissionais de saúde em PICs, o MS usa: o Sistema de Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Programa Nacional de Telesaúde, o Programa de Educação Permanente pelo Trabalho para a saúde (PET- Saúde), Cursos de especialização (Como o curso de Gestão da Assistência Farmacêutica, ofertados para 440 farmacêuticos) e mestrados profissionalizantes. Mais recentemente, vem utilizando o espaço virtual das Comunidades de Práticas (CdP), para formação e troca de experiências no âmbito do SUS, dentre os cursos promovidos estão: Curso introdutório em antroposofia aplicada a saúde, Gestão de Práticas Integrativas e Complementares e Uso de plantas medicinais e fitoterapia para Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012). Estratégias que envolveram mais de 28 mil profissionais de saúde, tendo mais de 6 mil concluintes (BRASIL, 2017a).

Diante do exposto temos três grandes desafios para a formação em PICs: o primeiro é o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as PICs, que acaba por contribuir com a insegurança e deslegitimação da atuação profissional no SUS; o segundo é a necessidade de estabelecer conteúdos curriculares mínimos para a capacitação e formação em PICs (BRASIL, 2011); e o terceiro é reconhecer o autoconhecimento e buscas espirituais e de sentido como questões imprescindíveis para a formação de cuidadores/profissionais de saúde (MARTINS, 2013; SAMPAIO, 2014).

Somado aos desafios da formação em PICs, temos os entraves relacionados ao subfinanciamento do SUS que acabam por refletir consideravelmente a institucionalização do campo das PICs.

2.3.3 Financiamento

Com a consagração da Constituição Federal de 1988 o país implementa um plano solidário de cuidado com a saúde de toda a população. Passa a ser dever do Estado garantir acesso universal e igualitário aos serviços de assistência, prevenção, promoção e recuperação da saúde. Tal postura vai na contra mão das recomendações do Banco Mundial, expressas no documento: “Financiamento dos serviços de saúde: uma agenda para a reforma” de 1987 contrariando a agenda de redução dos gastos públicos (MATTOS & COSTA, 2003).

A sustentabilidade de um sistema nacional como o SUS é um desafio financeiro e social que exige da população e governantes uma postura solidária e de enfrentamento da desigualdade social vigente. Continuamos a atravessar por tempos de restrições financeiras que impossibilitam a implementação da verdadeira proposta projetada para o SUS. Adicionalmente, o principal montante de recursos financeiros para o setor saúde é arrecadado pelo governo federal, mas executado pelos estados e primordialmente pelos municípios (MATOS & COSTA, 2003).

O fato determina o baixo nível de autonomia financeira dos municípios quanto à sustentação de políticas pensadas para responder as demandas locoregionais. Tal organização coloca o MS como detentor de poder indutor de políticas públicas para a saúde, que pode ser mais reativo a determinado posicionamento político, que comprometido com a consolidação do SUS (MATOS & COSTA, 2003; FAVERET, 2003).

A experiência boliviana nos ensina, que a centralização do poder nacional é um desserviço à democracia participativa e “a quebra desse modelo colonial de reprodução do poder oligárquico” (MARTINS, 2014, p. 14), é necessária a institucionalização efetiva de uma lógica antiutilitarista, que no caso da Bolívia foi consagrada na Constituição de 2009.

A PNPIc, apesar de marco histórico na institucionalização das PICs no país padece de definição clara dos recursos que financiem a implantação e implementação dos serviços e por isso perde força na sua função indutora. A crítica à falta de definição financeira aparece no relatório da coordenação nacional de PICs (2006-2011), no

relatório do primeiro seminário internacional de PICs, além de trabalhos que retratam algumas experiências municipais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009)

Na realidade do programa de medicina alternativa do Rio de Janeiro, Sousa (2004) relata as fragilidades na institucionalização, que além da ausência de financiamento específico, vivenciavam a insuficiência de investimentos em infraestrutura e recursos humanos. Na experiência de Campinas, Nagai e Queiroz (2011), nos relatam, quanto à implantação dos serviços de PICs, que a gestão da secretaria de saúde não notava como benefício à rede municipal, o serviço de homeopatia. Haja vista o atendimento ser mais demorado e o município receber o mesmo valor de repasse das demais consultas médicas. Os autores avivam a importância do repasse financeiro do Ministério da Saúde como suporte imprescindível na implantação dos serviços.

Ainda sobre a importância no repasse ministerial, Galhardi *et al* (2013), sugere que uma das barreiras para a ampliação dos serviços de homeopatia no estado de São Paulo está acoplada à insuficiência de financiamento do ente federal e, consequente, “autofinanciamento” dos municípios. Os gestores encontram pouco ou nenhum apoio financeiro dos estados e União para implantação dos serviços PICs municipais.

A relação custo-efetividade é ainda argumento favorável à institucionalização das PICs no SUS. É possível encontrar trabalhos que defendem um menor custo das PICs quando comparados com a medicina alopática. Kooreman & Baars (2011), nos informam um percentual 30% menos custoso, sendo associado ao fato dos pacientes de PICs permanecerem menor tempo internado em hospitais, consumirem menos drogas alopáticas e por fim apresentarem menores taxas de mortalidade. Como exemplo de apoio, temos o trabalho que avaliou o custo-efetividade das PICs no sistema de saúde peruano, que para um número específico de patologias, entre elas: osteoartrite, asma, ansiedade, as PICs tiveram melhor relação custo-efetividade e menos efeitos secundários (OMS, 2002; CASTRO MARTINEZ, 2016). Outro estudo sugere que a práticas manuais (massagem, por exemplo) são melhores custo-efetivas, sendo o custo cerca de um terço do valor, quando comparada a fitoterapia e a biomedicina (OMS, 2013).

3 MÉTODO

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa a partir do banco de dados do projeto AVAPICS. Importante destacar que o AVAPICS continha dentre seus objetivos, identificar a oferta municipal de serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS³ em todo Brasil.

Para coleta dos dados do AVAPICS, foram enviados e-mails a todas as secretarias municipais de saúde e prefeituras. No e-mail era solicitado aos secretários de saúde, coordenador de atenção básica e/ou coordenador de práticas integrativas o preenchimento de um questionário online, contendo perguntas acerca dos serviços de práticas integrativas e complementares oferecidos pelos municípios (ANEXO 01). Além dos e-mails, foram realizados contatos telefônicos com todos os 5.570 municípios do Brasil, com o objetivo de incentivar e auxiliar no preenchimento do questionário online.

No caso da inexistência de serviço de PICs, era solicitado ao entrevistado responder o motivo pelo qual o serviço não era ofertado. No questionário, em tela, houve o seguinte questionamento aberto: “*Descreva o motivo de seu município não possuir oferta de práticas integrativas e complementares nos estabelecimentos públicos de saúde*”. Aqui os informantes (gestores municipais) descreviam abertamente os motivos ou razões que estavam relacionados a não implantação dos serviços de PICs. O período de coleta foi entre 2014 e 2016.

O presente estudo se debruça sobre as respostas de todos os gestores que informaram não possuir serviço PICs em seu município e que apresentaram justificativa coerente a pergunta contida no questionário online. Para isso, foi excluído da análise os municípios, cujos gestores responderam ter oferta de PICs ou não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

³ Modalidade ofertada pelos estabelecimentos de saúde. Dessa forma, um estabelecimento de saúde pode oferecer os serviços de Reiki, Tai chi chuan e Acupuntura, seja ele especialista em PIC ou não.

3.2 *Plano de análise*

Para a análise quantitativa foi realizado a aplicação dos testes Kruskal Wallis, Dunn test e Quiquadrado (PANDIS. 2016; THEODORSSON-NORHEIM, 1986). A escolha de uma abordagem descritiva e analítica se deu por beneficiar a organização de dados (indicadores) que facilitam a reflexão sobre as diferenças e associações entre as variáveis do estudo. Realizou-se cruzamento das variáveis Informante e Motivos com Produto Interno Bruto (PIB) per capita e População do ano 2014. O PIB per capita - valor de mercado dos bens e serviços produzidos em um dado período de tempo - fornece uma medida do desenvolvimento econômico do município. As 1.016 respostas dos gestores municipais são consolidadas nas 5 regiões do país, forma de apresentação apropriada para as comparações e discussão desse estudo.

O método qualitativo utilizado foi o da Análise de Conteúdo de Bardin (2002), por favorecer a sistematização objetiva das mensagens expressa pelos gestores. Sendo a sua quantificação e categorização, indicadores que proporcionaram a organização de elementos para inferência das condições de produção e significado das respostas apresentadas pelos gestores. Trabalhou-se aqui com a materialidade linguística, mas não nos limitamos ao conteúdo do texto. Ressaltam-se os saltos exploratórios na análise de alguns aspectos socioculturais, onde buscou-se nos sentidos das mensagens, os atravessamentos relacionados à implantação de serviços PICs (BARDIN, 2002; CAREGNATO & MUTTI, 2004).

Na pesquisa qualitativa, e mais especificamente na análise de conteúdo como método, o foco não está na quantificação, mas na análise do fenômeno em profundidade, elencando as subjetividades, suas relações, bem como interlocuções na malha social (CAVALCANTE et. al, 2014, p. 17).

Dessa forma, obteve-se na sistematização qualitativa uma oportunidade de interpretação dos conteúdos submanifesto nas falas dos sujeitos pesquisados. A Análise de Conteúdo: “técnica que se propõe a apreensão de uma realidade visível, mas também uma realidade invisível, que pode se manifestar apenas nas ‘entrelinhas’ do texto, com vários significados” (CAVALCANTE et. al, 2014 p. 15). “[...] o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem” (CAREGNATO & MUTTI, 2004, p. 682).

A técnica requer uma pré-compreensão do tema em análise, suas manifestações e suas interações com o contexto para ampliar as probabilidades de interpretação e apreensão do objeto, fato que é favorecido pela imersão do pesquisador nos círculos de profissionais, gestores e pesquisadores em PICs.

Para o alcance de cada objetivo específico foram cumpridas as seguintes etapas:

3.2.1 Descrever a distribuição nacional dos municípios sem serviços PICs na rede de saúde pública, segundo região, densidade demográfica e informante

Etapa 01 - Identificação dos municípios que apresentaram resposta negativa quanto à existência de serviços de PICs no banco de dados do inquérito do AVAPICS – utilizado software Excel 2010 para produção da descrição estatística;

Etapa 02 - Agrupamento dos municípios, segundo as categorias de Informante, Região, População e Produto Interno Bruto *per capita* – utilizado software Excel 2010 para organização das categorias.

Etapa 03 – Análise de possíveis diferenças entre as categorias de Informante, Região, População e Produto Interno Bruto *per capita* – levantamento de algumas hipóteses explicativas

3.2.2 Categorizar os motivos apresentados pelos gestores municipais que justificam a não implantação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares nas redes públicas municipais de saúde do Brasil

Etapa 01 – Realização de leitura flutuante de todas as respostas dos municípios incluídos na análise – utilizado software Excel 2010 para organização dos dados.

Etapa 02 – Definição de categorias de respostas (seguindo a ordem de proximidade semântica, exclusividade e frequência) que representem um consolidado das respostas apresentadas pelos gestores – utilizado a técnica da análise de categoria “[...] que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. [...] rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 2002, p. 153)

Etapa 03 - Definição de “respostas padrão”⁴ que possam representar “os núcleos de sentido” de cada categoria – utilizado o método da análise de categoria para classificar respostas segundo sua exclusividade e homogeneidade

Etapa 04 – Análise das diferenças entre as categorias de informante, motivos, região brasileira, população e PIB percapita – utilização dos testes estatísticos kruskal Wallis, Dunn test e Quiquadrado

3.2.3 Relacionar a distribuição nacional dos municípios sem serviços PICs na rede de saúde pública, segundo região, população, informante e categorias de motivos.

Etapa 01 – Busca documental relativo às PICs no sitio oficial do ministério da saúde – Coleta de materiais informativo, legislativo, administrativos e noticias que subsidiem a análise

Etapa 02 - Identificação dos sentidos e significados implícitos nas categorias de motivos relacionados à implantação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares nas redes públicas municipais de saúde

Etapa 03 – Discussão sobre os sentidos e significados relacionados à implantação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares nas redes públicas municipais de saúde

Etapa 04 – Análise dos resultados do estudo com as discussões atuais sobre a implantação de serviços PICs e institucionalização da PNPIc.

⁴ Respostas literais dos informantes que representam o núcleo de sentido das categorias. Foram utilizadas como referência para a classificação das respostas, ou seja, cada resposta era confrontada com as respostas padrão antes de sua classificação em determinada categoria.

4 RESULTADO/DISCUSSÃO

DESAFIOS À OFERTA DE SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

RESUMO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares marca a valorização dos recursos, sistemas e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura, favorecendo a discussão e incentivo ao pluralismo médico no país e o conceito de integralidade no Sistema Único de Saúde. No mundo temos um cenário diversificado de institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nos sistemas de saúde oficial,, que varia de acordo com a história que cada país estabelece com a cultura dos povos tradicionais. O fato, colocam as PICs num lugar desprivilegiado no campo de disputa do exercício legal/oficial. O estudo visa compreender os aspectos relacionados às dificuldades relatadas pelos gestores municipais para a implantação de serviços PICs no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, que analisa os motivos relacionados à não implantação de serviços de PICs nas redes públicas municipais de saúde do Brasil. Os instrumentos técnico-normativo e as formas de financiamento estabelecidas para as PICs ainda se mostram inadequadas e/ou insuficientes no incentivo a ampliação da institucionalização das PICs. O trabalho contribui para análise e desenvolvimento de futuras estratégias de enfrentamento das barreiras citadas pelos gestores como impeditivas para implantação da oferta de serviços PICs.

Palavras Chaves: Políticas Públicas de Saúde. Serviços de Saúde. Práticas Integrativas e Complementares

ABSTRACT

SANTOS, L. D; MARTINS, P. H; SOUSA, I. M. C; SANTOS, C. R; **Challenges to the provision of integrative practices services and complements in the Brazilian Unified Health System.** Recife, 2018.

The National Policy on Integrative and Complementary Practices marks the valorization of non-biomedical resources, systems and methods related to the health / illness / healing process, favoring the discussion and incentive to medical pluralism in the country and the concept of integrality in the Unified Health System. In the world there is a diversified scenario of institutionalization of Integrative and Complementary Practices (PICs) in the official health systems, which varies according to the history that each country establishes with the culture of traditional peoples. The fact is that they place the PICs in an underprivileged place in the field of legal / official exercise. The study aims to understand the aspects related to the difficulties reported by the municipal managers for the implantation of PIC services in the Unified Health System. This is an exploratory study with a qualitative and quantitative approach, which analyzes the reasons related to the non-implantation of PIC services in health public municipal networks in Brazil. The technical-normative instruments and forms of funding established for the PICs are still inadequate and / or insufficient in encouraging the institutionalization of the PICs. The work contributes to the analysis and development of future strategies to address barriers cited by managers as impeding the implementation of the provision of PICs services.

Key Words: Public Health Policies, Health Services, Integrative and Complementary Practices

INTRODUÇÃO

Na virada do século, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a tratar o tema das Medicinas Tradicionais (MT) em dois documentos intitulados de “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional”, o primeiro versa sobre as estratégias de 2002 a 2005 e o segundo para o decênio 2014 a 2023 (OMS, 2002; OMS, 2013). Definem as Medicinas Tradicionais como: práticas de cuidado com enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas, que incluem *uso de medicações - fitoterapia, uso de minerais e/ou animais e/ou terapias sem medicações - terapias manuais e espirituais, uso de águas termais, meditação, que visam manter o bem estar, tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades* (OMS, 2002; OMS, 2013). Tais características as colocam numa posição favorável à sua disseminação no mundo.

Dentre os fatores que estão associados ao crescimento do uso da MTC nos países em desenvolvimento estão à acessibilidade e o baixo custo. Normalmente, o acesso à biomedicina nesses países tende a ser caro e tem o número de profissionais habilitados reduzido, principalmente na zona rural. Em se tratando de países ricos, os fatores associados estão relacionados à iatrogenia na medicina alopática e à busca de alternativas para tratamento de doenças crônicas (OMS, 2002; OMS, 2013, QUICO, 2011).

O tema das PICs (termo utilizado no Brasil como referência as MTC) é ainda pouco explorado, mesmo diante do reconhecimento de que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contribui para a efetivação da Atenção Básica e o estabelecimento dos princípios do SUS (TESSER & BARROS, 2008; CHRISTENSEN & BARROS, 2010; CONTATORE, 2015).

Dentre os poucos trabalhos relativos a oferta de serviços PICs no SUS, temos a informação que sua institucionalização no país ocorre de forma diversificada, desigual e lenta (CHAVES, 2015). Contudo, encontrarmos em documentos institucionais do Ministério da Saúde (MS) afirmativas contrárias, que além de informarem um crescimento expressivo dos serviços, os relacionam à indução normativa da PNPIC (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Assumindo o cenário de ínfima ampliação de serviços PICs impulsionados pelas gestões municipais, Quais seriam os motivos que impedem os gestores municipais

de ofertarem serviços PICs no Brasil? A curiosidade em investigar o tema é ascendida quando da inexistência de trabalhos científicos ou mesmo institucionais que respondam ao questionamento concretamente.

O artigo visa explorar os aspectos relacionados às dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais para a implantação de serviços PICs no SUS. Para isso, busca analisar os motivos relacionados à não implantação de serviços de PICs nas redes públicas municipais de saúde do Brasil.

Entender os sentidos e significados envolvidos nos oferece elementos para relacionar as dificuldades à falta de priorização da PNPIC no cenário nacional. Essa não priorização pode estar atrelada a subalternização das diversas rationalidades não incluída no bojo da racionalidade hegemônica - biomedicina.

Institucionalização da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde

A PNPIC (Criada por meio da Portaria Ministerial 971/2006) marca a abertura e valorização dos recursos, sistemas e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura, favorecendo a discussão e incentivo ao pluralismo médico no país e o conceito de integralidade no SUS (ANDRADE & COSTA, 2010). Nasceu como resposta governamental à recomendação da OMS, baixa institucionalização no país e à crescente pressão social - expressa nos espaços das conferências de saúde (CAVALCANTI *et. al.* 2014; BRASIL, 2011; BRASIL, 2015; GALHARDI *et al.*, 2013; CONTATORE, 2015).

Dado o passo documental para institucionalização das PICs no SUS, começou o desafio de concretização da PNPIC nos territórios. Para isso, faz-se necessário conhecer a oferta de serviços PICs, além de compreender como operam e são materializadas nos municípios. As produções a seguir nos ajudam a vislumbrar e conhecer o cenário, ainda controverso, da oferta de serviços PICs no SUS, enquanto que outras nos relatam experiências de como elas operam e se materializam nos municípios.

O Ministério da Saúde (MS) em 2004 elaborou o primeiro diagnóstico sobre a oferta de PICs em todos municípios brasileiros. Na ocasião foram enviadas cartas com um questionário que deveria ser respondido pelos gestores. Esse trabalho contribuiu

para construção do texto da PNPIC e apresentou como resultados: taxa de resposta de 24% e prevalência de serviços PICs em 4% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2015).

Nos dados do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), consolidados no Monitoramento Nacional de 2014 da Coordenação Nacional da Política de Práticas Integrativas e Complementares, encontramos dados mais atualizadas relativos ao número de municípios que ofertam PICs no Brasil (total de 1.217), cerca de 22% dos municípios (BRASIL, 2014). Esses dados foram coletados diretamente com as equipes de saúde da família (ESF) e obteve taxa de respostas em 86% dos municípios.

Chaves (2015), nos informa o registro no Brasil de 3.848 estabelecimentos e como alguns desses ofertam mais de um tipo de serviço, temos a oferta de 4.939 serviços PICs, distribuídos em cerca de 15% dos municípios (872). Sendo a maior parte dos estabelecimentos da Atenção Básica (54%) e de gestão pública (84%). Calcula que a cobertura brasileira de serviços PICs é de 2,77 para cada 100.000 habitantes.

Os informes divulgados pelo MS em 2016 e 2017 trazem os dados mais recentes consolidados sobre número de atendimentos individuais, estabelecimentos e municípios que ofertam PICs. Em 2015 foram registrados 527.953 atendimentos individuais distribuídos em 1.362 municípios e 2.654 estabelecimentos de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2016). Enquanto que ano de 2016, o número de registros dos atendimentos individuais quadriplica (2.203.661), o número de municípios e estabelecimentos cresceram mais de 28% (1582) e 43% (3.813), respectivamente (BRASIL, 2017a).

Parte significativa das experiências com PICs estão na Atenção Básica das redes públicas de saúde municipais. Tais experiências encontram legitimidade social dos usuários e trabalhadores dos serviços (TESSER & BARROS, 2008 *apud* SIMONI, 2005; TESSER, 2009a; TESSER & SOUSA, 2012). Como exemplo dessas experiências, temos o trabalho realizado por Costa *et al.* (2015), que identificou os significados e repercussões da Agricultura Urbana e Periurbana em Unidades Básicas de Saúde em Embu das artes-SP. Afirma que o envolvimento de usuários, trabalhadores e gestores promoveram a criação de ambientes saudáveis e

reorientação do funcionamento dos serviços, a mobilização da comunidade, a autonomia no cuidado e o retorno às práticas tradicionais.

Observa-se nas PICs a oportunidade de potencializar os ditames necessários para uma prática de saúde holística e cuidadora. Elas atuam num trabalho vivo e não apenas seguidor de protocolos rígidos. Nessas práticas podemos perceber um exemplo de como a “micropolítica do trabalho” pode resistir a “macropolítica da gestão em saúde” (CECCIM & MERHY, 2009 p. 533).

Aspectos socioculturais relacionados à Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde brasileiro

Diante do cenário de disputa ideológica travada entre as práticas de saúde que têm seu embasamento em dois pensamentos distintos (o cartesiano e o sistêmico), temos a hegemonia em detrimento da subordinação ou secundarização do outro. Contudo o lugar contra hegemônico, onde se situa as PICs, desfavorece significativamente a sua inserção em meio ao pensamento biomédico.

O fato de apresentarem pouca regulamentação ou normatizações jurídicas relativo a institucionalização, colocam as PICs num lugar desprivilegiado no campo de disputa do exercício legal/oficial nos sistemas de saúde do mundo (CECCIM & MERHY, 2009; GARCIA SALMAN, 2013). Nesse cenário é difícil construir sustentabilidade institucional, administrativa e política para a institucionalização das PICs nos serviços públicos, conselhos de classe e sociedade civil.

Nigenda *et. al* (2001), uma década atrás, colocava como desafios a institucionalização: o desconhecimento do número de praticantes e de suas formações, o tipo de população que demandam a medicina tradicional e principalmente a falta de um marco legislativo que regule a prática. Atualmente tais desafios persistem em grande parte dos países latinos, em especial os relacionados à formação de recursos humanos e instrumentos normativos (LOVERA ARELLANO, 2014).

No âmbito de estados e municípios temos normativas legais sobre as PICs que vão desde portarias e decretos, até leis que instituem o serviço de fitoterapia ou diretrizes gerais sobre PICs na rede pública de saúde – Ceará, Santa Catarina e São

Paulo; até mesmo Políticas e Programa de PICs – São Paulo, Espírito Santo (e na capital Vitória), Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2011).

No mundo temos um cenário diversificado de institucionalização das PICs nos sistemas de saúde oficial. Varia de acordo com a história que cada país estabelece com a cultura dos povos tradicionais e quanto maior a aceitabilidade de suas práticas pelos governos, maior sua capacidade de influenciar e interagir no âmbito social, inclusive no cuidado com o sofrimento e enfermidade ((LOVERA ARELLANO, 2014).

Por conseguinte, parece coerente fortalecer as práticas de cuidado tradicionais que guardam relação com a identidade dos povos, principalmente as potencialmente relacionadas à promoção da saúde. O que contribui para o favorecimento da integração das práticas oficiais com as que encontram respaldo no fazer cotidiano popular, além de gerarem argumentos a favor da ampliação dos investimentos financeiros e de formação em recursos humanos para as PICs (TESSER, 2009a; CLAVIJO USUGA, 2011; SANTOS & TESSER, 2012; GARCIA SALMAN, 2013; SILVA *et al.*; 2016).

Sobre o financiamento das PICs no Brasil, ainda não há definição clara sobre os recursos financeiros, o que consequentemente pode inviabilizar a implantação e/ou implementação de serviços PICs nos municípios. A crítica à falta de definição financeira aparece no relatório da coordenação nacional de PICs (2006-2011), no relatório do primeiro seminário internacional de PICs, além de trabalhos que retratam algumas experiências municipais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009; NAGAI & QUEIROZ, 2011).

Somado a indefinição de financiamento, temos a baixa inserção de disciplinas e cursos de especializações ou aperfeiçoamento em PICs nos cursos oficiais de saúde do Brasil (CAVALCANTI *et al.*, 2014). O que podemos considerar como reflexo da priorização massiva da formação em saúde sob as regras do saber biomédico - pautada excessivamente na *techne*. Que segundo Sampaio (2014), gera carência de vivencia formativa que relate o *saber ser* e o *saber conviver* dos sujeitos. O fato

contribui para busca “clandestina” dos profissionais de saúde por formações em instituições não oficiais.

Diante da complexidade epistemológica, social, institucional e operacional inerentes às PICs, é importante compreender que elementos ressoam na institucionalização dessas práticas no SUS. Sabe-se da necessidade de ampliação do corpo de profissionais PICs atuantes no SUS e apoio institucional (financeiro e normativo) aos gestores municipais, por parte dos Estados e União (TESSER & BARROS, 2008; TESSER & SOUSA, 2012; COSTA, 2015; BRASIL, 2009).

MÉTODO

Desenho

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa a partir do banco de dados do projeto AVAPICS - “Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste” – Coordenado pelo Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas de Saúde, Fiocruz-PE e financiado pelo edital MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Cujo objetivo era diagnosticar e avaliar a qualidade dos serviços de PICs existentes no SUS no Brasil.

Para coleta dos dados do AVAPICS, foram enviados e-mails a todas as secretarias municipais de saúde e prefeituras. No e-mail era solicitado aos secretários de saúde, coordenador de atenção básica e/ou coordenador de práticas integrativas o preenchimento de um questionário online, contendo perguntas acerca dos serviços de práticas integrativas e complementares oferecidos pelos municípios. Além dos e-mails, foram realizados contatos telefônicos com todos os 5.570 municípios do Brasil, com o objetivo de incentivar e auxiliar no preenchimento do questionário online.

No caso da inexistência de serviço de PICs, era solicitado responder o motivo pelo qual o serviço não era ofertado. Havia o seguinte questionamento aberto: “*Descreva o motivo de seu município não possuir oferta de práticas integrativas e complementares nos estabelecimentos públicos de saúde*”. O período de coleta foi entre 2014 e 2016.

O estudo se debruça sobre as respostas de todos os gestores que informaram não possuir serviço PICs em seu município e que apresentaram justificativa coerente à pergunta contida no questionário online. Para isso, foi excluído da análise os municípios, cujos gestores responderam ter oferta de PICs, não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou não apresentaram resposta coerente ao questionamento a cima.

Plano de análise

Para a análise quantitativa foi realizado a aplicação dos testes Kruskal Wallis, Dunn test e Quiquadrado (PANDIS. 2016; THEODORSSON-NORHEIM, 1986). A escolha de uma abordagem descritiva e analítica se deu por beneficiar a organização de dados (indicadores) que facilitam a reflexão sobre as diferenças e associações entre as variáveis do estudo. Realizou-se cruzamento das variáveis Informante e Motivos com Produto Interno Bruto (PIB) per capita e População do ano 2014. O PIB per capita - valor de mercado dos bens e serviços produzidos em um dado período de tempo - fornece uma medida do desenvolvimento econômico do município. As 1.016 respostas dos gestores municipais são consolidadas nas 5 regiões do país, forma de apresentação apropriada para as comparações e discussão desse estudo.

Para análise qualitativa foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2002), por favorecer a sistematização objetiva das mensagens expressa pelos gestores. Sendo a sua quantificação e categorização, indicadores que proporcionaram a organização de elementos para inferência das condições de produção e significado das respostas apresentadas. Trabalhou-se aqui com a materialidade linguística, mas não nos limitamos ao conteúdo do texto. Ressalta-se os saltos exploratórios na análise de alguns aspectos socioculturais, que buscaram nos sentidos das mensagens, os atravessamentos relacionados à implantação de serviços PICs (BARDIN, 2002; CAREGNATO & MUTTI, 2004). Dessa forma, obteve-se na sistematização qualitativa uma oportunidade de interpretação dos conteúdos submanifesto nas falas dos sujeitos pesquisados.

Quadro 01 – Procedimentos metodológicos.

Objetivos	Etapas			
Descrever a distribuição nacional dos municípios sem serviços PICs na rede de saúde pública, segundo região, densidade demográfica e informante	Identificação dos municípios que apresentaram resposta negativa quanto à existência de serviços de PICs no banco de dados do inquérito do AVAPICS – utilização do software Excel 2010 para produção da descrição estatística	Agrupamento dos municípios, segundo as categorias de Informante, Região, População e Produto Interno Bruto <i>per capita</i> – utilização do o software Excel 2010 para organização das categorias	Análise de possíveis diferenças entre as categorias de Informante, Região, População e Produto Interno Bruto <i>per capita</i> – levantamento de algumas hipóteses explicativas	
Categorizar os motivos apresentados pelos gestores municipais que justificam a não implantação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares nas redes públicas municipais de saúde do Brasil	Realização de leitura flutuante de todas as respostas dos municípios incluídos na análise – utilização do software Excel 2010 para organização dos dados	Definição de categorias de respostas (segundo a ordem de proximidade semântica, exclusividade e frequência) que representem um consolidado das respostas apresentadas pelos gestores – utilização da técnica da análise de categoria	Definição de “respostas padrão” que possam representar “os núcleos de sentido” de cada categoria	Análise de possíveis diferenças entre as categorias de informante, motivos, região brasileira, população e PIB percapita – utilização dos testes Kruskal Wallis, Dunn test e Quiquadrado
Relacionar a distribuição nacional dos municípios sem serviços PICs na rede de saúde pública, segundo região, população, informante e categorias de motivos	Busca documental relativa às PICs no sitio oficial do Ministério da Saúde – Coletado materiais informativo, legislativo, administrativos e notícias que subsidiem a análise	Discussão sobre os sentidos e significados relacionados à implantação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares nas redes públicas municipais de saúde	Análise dos resultados do estudo com as discussões atuais sobre a implantação de serviços PICs e institucionalização da PNPI	

(Fonte: Produção dos próprios autores)

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Dos 5570 municípios, 1.617 (29%) responderam ao questionário online do projeto AVAPICS, taxa de resposta maior que a encontrada quando do primeiro diagnóstico de serviços PICs (24%) realizado pelo MS em 2004 (BRASIL, 2015). Porém bem menor que taxa alcançada no 2º ciclo do PMAQ (86%), contudo devemos considerar o componente financeiro, repassado pelo MS aos municípios, como estímulo a adesão e prestação de informação ao PMAQ (BRASIL, 2014). Vale ressaltar que a metodologia adota pelo PMAQ diverge da adotada no AVAPIS. Enquanto que no PMAQ os informantes são profissionais da ESF, no AVAPICS os informantes são gestores. Todavia, nos dois diagnósticos foi concedido a possibilidade de participação a todos os municípios brasileiros.

Ainda sobre a taxa de resposta, temos a região sudeste com maior taxa (35%), o dobro da região Norte, onde apenas 17% dos municípios responderam ao questionário online. Essas regiões são as com maior e menor acesso a internet no Brasil, com 60% e 38% dos domicílios conectados, respectivamente (ONU, 2016).

Outra comparação possível é quanto à taxa de municípios que negaram ofertar serviços de PICs. As taxas do AVAPICS (73%) e do 2º ciclo do PMAQ (74%), foram bem próximas, o que sugere que as respostas apresentadas pelos gestores municipais e profissionais de saúde, não divergem quanto à existência ou não de PICs na rede pública municipal de saúde (BRASIL, 2014). Ocorrência apoiada ao se analisar por regiões, em que verificamos taxa de ausência de serviços PICs entre 66% (Sudeste) e 79% (Nordeste), sendo a média de 75%. Nesse sentido, pode-se refletir que a prevalência de municípios sem serviços PICs no país deve se estar entre 73% e 75%.

Distribuição dos municípios sem serviços de práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde do Brasil

As respostas dos 1.016 gestores municipais incluídos na análise estão representados na tabela 01. Nessa, é possível observar a distribuição da amostra entre as regiões, segundo número de municípios e gestores informantes, além das médias populacionais e PIB *per capita*.

Tabela 01 – Distribuição dos municípios sem serviços de práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde do Brasil, segundo informante, média populacional e PIB per capita

Região	Nº Municípios	%	Nº de Coordenadores de Atenção Básica	%	Nº de Secretários de Saúde	%	Média pop.	Média PIB per capita
Norte	58	6,0	28	7,0	20	5,0	35.501	R\$ 11.324,03
Nordeste	371	37,0	152	38,0	164	41,0	28.656	R\$ 9.940,05
Sudeste	331	33,0	135	34,0	106	26,0	26.019	R\$ 18.076,57
Sul	196	19,0	67	17,0	88	22,0	17.786	R\$ 28.255,39
Centro Oeste	60	6,0	20	5,0	23	6,0	20.066	R\$ 26.037,29
Total	1016	100,0	1016	100,0	1016	100,0	25584	R\$ 17.153,73

(Fonte: AVAPICS, 2016)

A região Nordeste concentrou o maior número de respostas entre os gestores municipais que negaram ofertar PICs (37%). Também foi a região que apresentou maior taxa de ausência de serviços PICs, 79% dos municípios nordestinos que responderam ao questionário afirmaram não ofertar tais serviços. A região ainda concentra a menor média de PIB entre as regiões. A região Sudeste concentrou o segundo maior número de respostas (33%), menor taxa de ausência de serviços PICs (66%), sendo a que apresenta a terceira maior média de PIB.

As regiões Norte e Centro Oeste apresentaram, ambas, o menor número de respostas (6%) e a segunda maior taxa de ausência de serviços (78%). Contudo, a região Norte guardou a maior média populacional e o segundo menor PIB, enquanto que a região Centro Oeste menor média populacional e segunda maior média de PIB.

Testou-se estatisticamente a hipótese de que a ausência de serviços PICs encontra associação com o porte populacional ou capacidade econômica do município, ou seja, quanto menor a população e PIB, maior a ausência de serviços PICs. Apesar de haver associação significativa entre as variáveis (teste qui quadrado) e grande possibilidade da amostra ser representativa, não se pôde confirmar de forma enfática a hipótese.

Em relação ao PIB, encontramos a região Nordeste com menor PIB e maior taxa de ausência e a região sudeste com a terceira maior média de PIB e a menor taxa de ausência de serviços, informação que apóia a hipótese. Por conseguinte, as regiões Norte e Centro Oeste, por apresentarem maior média populacional e maior PIB *per capita*, respectivamente, em tese, deveriam apresentar as menores taxas de ausência de serviços PICs, mas isso não ocorre. Por essa ótica, descartar-se a hipótese levantada.

Com atenção aos dados sobre os informantes, temos na categoria de Gerente de Unidade a menor freqüência (2%), enquanto que as categorias mais prevalentes foram Coordenação de Atenção Básica (40%) e Secretário de Saúde (39%). Encontramos maior média de população nos municípios que tiveram como informantes os Coordenadores de Atenção Básica, quando comparados os municípios que tiveram como informantes os Secretários de Saúde, entre essas duas categorias constatamos diferença significativa (Teste de Dunn).

Análise sobre os motivos apresentados como justificativa para não oferta de serviços de Práticas Integrativas e Complementares

Os motivos informados pelos gestores municipais foram definidos em 08 categorias, junto com suas respectivas respostas-padrão (Quadro 02). O amplo número de categorias foi necessário para tornar a investigação mais sensível a captação dos diversos motivos que poderiam dificultar ou mesmo inviabilizar a implantação de serviço, devido à característica exploratória do estudo.

Desta feita, temos que, dos motivos ou justificativas declaradas pelos gestores, 82% estavam distribuídos em três categorias - *Escassez de profissionais qualificados* (53%), *Escassez de financiamento* (18%) e *Escassez de orientação normativa* (11%). Observa-se que essa ocorrência aparece com frequência na literatura, que mesmo sem trazer elementos quantitativos, as consideram como os principais desafios à institucionalização das PICs no SUS (TESSER & BARROS, 2008; TESSER & SOUSA, 2012; COSTA, 2015).

Dentre as demais categorias, menos presentes nos estudos, nota-se que 6% dos gestores afirmaram que não havia interesse nos serviços de PICs - 3% *Desinteresse da gestão ou profissionais* e 3% *Desinteresse da população*. O argumento de que a

gestão estava no *Inicio de organização gestora* surgiu em 5% das respostas, enquanto que 4% atrelam a dificuldade de implantação à *Escassez de planejamento gestor*. Apenas 2% das respostas justificaram o fato por ser *Município de pequeno porte*.

Quadro 02 – Categorias de motivos, segundo resposta padrão

Categoría	Resposta padrão da categoria
ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS	Falta de profissionais capacitados; Não possui profissionais destinados para as atividades
ESCASSEZ DE FINANCIAMENTO	Falta de recurso financeiro disponível; Não possuir recurso financeiro de estado e/ou união
ESCASSEZ DE PLANEJAMENTO	Ausência de planejamento da gestão; Não elaborou plano de ação com PIC; Não incluído no plano de saúde; Não organização da oferta de PIC
ESCASSEZ DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA/NORMATIVA	Não ter conhecimento das normas legais e ofertas em PIC; falta de divulgação; Falta de apoio técnico do estado e/ou união
DESINTERESSE DA GESTÃO/PROFISSIONAIS	Por falta de interesse da gestão; Falta de interesse dos profissionais; Não implantamos por falta de convicção; Não há interesse do município em implementar tais práticas
DESINTERESSE DA POPULAÇÃO	Falta de interesse da população; A população tem preferência pela medicina convencional
INICIO DE ORGANIZAÇÃO GESTORA	Preparando um projeto para poder ofertar para população em breve; Está em processo de formação; Estamos organizando o serviço de atenção básica para posteriormente implantar estas práticas
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE	Somos um município pequeno, com poucos recursos; Por ser um município de pequeno porte, fica difícil a oferta; O município não possui condições de ofertar ao paciente esta opção de tratamento. Isso dificulta a diversificação de tratamento e também dificulta a contratação do profissional

(Fonte: Produção dos próprios autores)

Testou-se a hipótese de que determinados motivos poderiam guardar relação com o porte populacional e econômico dos municípios. Por exemplo, para o motivo *Escassez de financiamento* era esperada mais ocorrência nos municípios com menor porte populacional/econômico, haja vista, serem os com menor autonomia financeira, enquanto que *Escassez de profissionais qualificados* ou *Escassez de*

orientação normativa era mais esperada nos municípios com porte populacional e econômico maiores.

Apesar de na análise estatística, a variável Motivo mostrar associação significativa com a População, mas não com o PIB, não se pôde constatar a hipótese. As categorias *Escassez de financiamento* e *Escassez de profissionais qualificados*, por exemplo, apresentaram distribuição uniforme entre os portes populacionais/econômico dos municípios. Mas, ao se analisar as categorias de Motivos com menor prevalência na nossa amostra, observamos dois achados interessantes.

Primeiro que a dificuldade com planejamento gestor para implantação de serviços PICs é mais relatada pelos gestores de municípios do Nordeste, com menor capacidade econômica e maiores populações. Segundo, que o desinteresse de implantação de serviços PICs (seja dos gestores, profissionais ou população) foi mais relatado pelos gestores de municípios com maior porte econômico e populacional, tendo concentração maior nas regiões Sul e Sudeste. Tal fato pode estar associado aos efeitos do fenômeno da medicalização social, visto que, municípios com essas características apresentam maior propensão a uso exacerbado de medicações, maquinário tecnológico, somados a desvalorização dos saberes tradicionais ou populares (TESSER et. al, 2010).

Considerações sobre a institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares

Discuti-se a seguir as implicações e sentidos relacionados aos aspectos mais prevalentes no estudo (Normatização, Financiamento e Formação de Recursos Humanos), entendidos como elementares à institucionalização das PICs.

Observa-se que 11% (113) dos gestores municipais acreditam que a escassez de orientação técnico-normativa ainda é importante percalço para implantação de serviços PICs. Apesar de encontrarmos no site do MS acervo normativo-legal relacionado às PICs – 01 decreto; 02 Instruções Normativas; 07 Resoluções; 16 portarias e 03 procedimentos para implantação de serviços (Plantas Medicinais, Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa), esses não chegam ao conhecimento do gestor local ou não sanam a necessidade de orientação. Possível refletir que os

instrumentos e apoio técnico-normativos das gestões estaduais e federal são insuficiente no auxílio do gestor municipal aspirante à implantação de serviços PICs.

A escassez de institucionalização reforça o lugar subalterno das PICs em relação ao saber biomédico, fato que encontra ressonância em diversas culturas, como no México (MENÉDEZ *et al*,2015), Colômbia (QUICO, 2011; CLAVIJO USUGA, 2011) e Cuba (GARCIA SALMAN, 2013; CONTATORE, 2015). Contudo, as normativas existentes, apesar de insuficientes no alcance de institucionalização incisiva das PICs no SUS, são ferramentas políticas que encorajam profissionais e gestores a assumirem as PICs como estratégia de cuidado, sendo por tanto elemento imprescindível e catalizador para mudança de cenário (secundarização ou subalternarização) hora posto no SUS para as PICs.

Além da fragilidade técnico/normativa, temos no relatório do primeiro Seminário Internacional de PICs, que ocorreu em 2008 no Brasil, apontamentos de outras importantes dificuldades institucionais, a saber: ausência de sistematização das diversas realidades dos serviços e modelos de gestão implantados no país, poucos recursos financeiros e investimento na educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2009).

O fato de convivemos com o modelo centralizado de financiamento da saúde (MATOS & COSTA, 2003), coloca os municípios e estados num lugar secundário na definição e sustentação de políticas locoregionais específica. Segundo Vieira e Benevides (2016), a participação da União com gastos totais em saúde diminuiu de 50% (2003) para 43% (2015), enquanto que a parcela dos municípios aumentou de 25%(2003) para 31% (2015). A participação dos estados permanece nesse período estável, indo de 24% (2003) para 26% (2015).

A promulgação da EC 86/2015 em conjunto com a EC 95/2016, constituíram dois graves golpes ao setor saúde. Estima-se, só com a implementação da EC 86/2015 uma perda de 257 bilhões para o setor saúde - Caso vigora-se suas regras ao invés das regras da EC 29/2000, entre o período de 2003-2015. Ocorrência que inviabilizaria fundamentalmente as ações de Estados e Municípios. Projeta-se com a vigência da EC 95/2016 perda de 654 bilhões nos próximos vinte anos - Perda calculada entre os anos de 2017-2036 e considerando 13,2% da Receita Corrente

Líquida do PIB de 2016 com crescimento de 2% ao ano (VIEIRA & BENEVIDES, 2016).

Não basta o setor saúde não ser prioritário, temos que as PICs dentro do setor saúde, não é hegemônica, o que torna a situação ainda mais caótica do ponto vista do financiamento dos serviços PICs.

O financiamento nacional das PICs no SUS ocorre basicamente por meio de pagamento por Procedimentos - Sessão de acupuntura por inserção de agulha (R\$ 4,13); Sessão de acupuntura com aplicação de vento/moxa (R\$ 3,67) e Sessão de Eletroestimulação (R\$ 0,77); pagamentos por Consultas; além de editais de fomento elaborados pelo MS para incentivo de projetos pontuais, a exemplo dos Arranjos Produtivos Locais (CAVALCANTI, *et al*; 2014).

Segundo dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), coletadas em setembro deste ano, entre os anos de 2008 e 2016 houve crescimento de 50% do valor de consultas e procedimentos relacionados especificamente as PICs, pagos pela União aos estados e municípios - passa de R\$ 23 para 35 milhões. Tal crescimento pode estar atrelado a diversos fatores: aumento dos registros, ampliação de unidades especializadas que acomodam serviços PICs, mas que não trabalham com a visão integrativa do sujeito. Contudo, pode sim indicar um crescimento de profissionais PICs atuantes no SUS, o que sugere aumento do interesse na formação PICs ou mesmo insatisfação com o modelo biomédico, base do ensino formal (MARQUES et. al, 2012).

Outra questão a ser considerada é a aprovação do Projeto SUS Legal, que contraditoriamente, oferece autonomia aos gestores municipais sobre a aplicação dos recursos financeiros repassados. Extingui-se o condicionamento das aplicações financeiras por blocos de financiamento. Agora o gestor municipal possui discricionariedade para delimitar em qual modelo de saúde irá investir, não apenas seguindo as orientações do MS.

Apesar de aprendermos com a experiência boliviana (MARTINS, 2014) que a descentralidade é necessária à implementação do modelo originário do SUS, temos que a reforma implementada pelo Projeto SUS Legal, abri, tanto a possibilidade de

se investir mais num modelo integrativo, como de se ampliar as desigualdades e o utilitarismo, quando do investimento na biomedicina.

A falta de definição clara de recursos financeiros para as PICs, somados a dita reforma do Projeto, pode entusiasmar os defensores do modelo integrativo de atenção a saúde. Visto que os gestores, mais sensíveis ao modelo, ganham mais liberdade na aplicação dos recursos. Podem realocar recursos que iriam custear a atenção alopática e passar a investir em serviços de PICs, por exemplo.

Esse entusiasmo pode ser sobressaltado quando observamos os dados desse estudo: que 94% dos gestores municipais manifestam interesse em ofertar serviços PICs, e que 18% dos gestores informam como justificativa para não implantação de serviços PICs a Escassez de financiamento, sendo a segunda maior prevalência, uma vez que a equação: interesse de gestores municipais, mais falta de recurso indutor, somados a essa nova abertura, proporcionaria certa janela de oportunidade.

Contudo, vale refletir, sobre o nível de interesse dos gestores sobre as PICs: trata-se de uma priorização ou mera aceitação da convivência dos dois modelos (integral e biomédico)? Considerando as contribuições de Nigenda (2001) o Brasil ainda não avançou para uma coexistência ou mesmo Integração entre os modelos e permanece apenas como tolerante às PICs. Situação que dificilmente favorece a institucionalização das PICs no país.

A mudança da tendência “tolerante” para uma tendência mais próxima da “coexistência”, não depende apenas de esforço argumentativo no âmbito acadêmico, inclusive os argumentos de que as PICs promovem e recuperam saúde já estão bem estabelecidos na literatura, constituindo-se por vezes melhor custo-efetivas (OMS, 2013; KOOREMAN & BAARS, 2011). É necessário um investimento político-cultural que vá além da discussão acadêmica, as decisões dos gestores de saúde pouco se apóiam em argumentos técnicos, tendo mais importância os argumentos políticos.

Sobre o cenário de formação de recursos humanos, é sabido que a direcionalidade que as instituições de ensino dão a formação dos profissionais que atuam no setor saúde definem qual modelo de atenção e gestão será aplicado no cotidiano do cuidado no SUS (CAVALCANTI et. al. 2014), justo por isso o debate da formação no setor é recorrentemente forte. Nesse sentido, com a fundação dos princípios do

sistema, torna-se pertinente debater sobre a inadequação das formações em saúde. A integralidade posta como princípio, coloca em xeque o esquema formativo baseado na biomedicina (SAMPAIO, 2014) e impulsiona o dialogo entorno das formações em saúde.

A constatação da inadequação do processo formativo estimula a inclusão de novas disciplinas ou mesmo reformas dos currículos. Como afirmam Christensen e Barros (2008), quanto à inclusão da homeopatia nas escolas médicas. Contudo o processo de modificação ocorre a passos lentos e não consegue acompanhar as demais atualizações (mesmo que insuficientes) que ocorreram no âmbito da gestão PICs do SUS - a exemplo das inclusões técnico-normativo-legais e ampliação de serviços PICs.

A luta corporativa pelo lócus de atuação profissional parece impedir a inserção das PICs nas instituições públicas de ensino formal. Por consequência ocorre a confluência de dois fatores: número baixo de profissionais qualificados em PICs e a busca, por aqueles interessados, por formações em instituições não formais.

Sobre isso, encontramos apontamentos explicativos em trabalhos como o de Marques et. al. (2012), que, investigando o percurso formativo dos profissionais de PICs do Distrito Federal, nos traz o conhecimento que a maioria tem formação inicial no ensino formal das escolas de saúde e que buscam por iniciativa própria, a formação em PICs nas instituições de ensino sem reconhecimento formal. A demanda por formação dá-se depois de se sentirem impulsionados a tornarem-se melhores cuidadores das pessoas e do planeta ou mesmo por buscar mudança interior.

A indisposição das instituições de ensino formais, em especial as públicas, implica em outra questão um tanto pertinente ao debate. A formação em PICs ocorrida em instituições de ensino não formais inclinam-se a preparar os profissionais para prática no âmbito privado, caracterizado por atendimento fora da lógica do atendimento compartilhado e em rede, próprio do SUS. Algo equivalente ao que vivenciamos na Política Municipal de PICs do Recife, onde observamos que os profissionais carecem de esclarecimentos sobre o funcionamento ou mesmo do sentido político pertinente ao SUS.

Em meio ao preâmbulo levantado a cima, não parece ser por acaso que o principal empecilho, relatado pelos gestores municipais, à implantação de serviços PICs seja a *Escassez de profissionais qualificados* - com prevalência (53%). O MS parece consciente e concordante que tal realidade gera grande entrave a institucionalização das PICs no SUS, intenciona o remodelamento do quadro em voga. Vem investindo em formações gratuitas em PICs disponíveis na Comunidade de Práticas em modalidade EaD. Cursos como “introdutório em antroposofia aplicada à saúde” e “fitoterapia para Agentes Comunitários de Saúde”, são exemplos da oferta formativa disponibilizada pelo órgão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A taxa de resposta para o questionário online aplicado no AVAPICS apresentou proporções animadoras (29%), maior taxa já alcançada se compararmos estudos relacionados à investigação sobre a oferta de serviços PICs (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; CHAVES, 2015). Poderíamos considerar que a diversidade de estratégias de coleta possibilitaram o resultado.

Quanto à taxa de ausência de serviços PICs, observa-se que ficam entre 73% e 75%, ou seja, cerca de 4.178 municípios brasileiros não ofertam qualquer serviços PICs. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram menor e maior taxa de ausência, respectivamente. E na análise dos Motivos, verifica-se, que 94% dos gestores municipais demonstram certo interesse em implantar serviços PICs na sua rede de saúde e que não o fazem por enfrentarem determinados desafios. Nesse sentido, o desinteresse ou descrença nos serviços PICs não é argumento vigoroso que justifique a não implantação no SUS.

Os dados quantitativos dos sistemas de informações (BRASIL, 2014) e diagnósticos (BRASIL, 2014; CHAVES, 2015), assim como os informes (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017), revelam indícios de aumento no processo de institucionalização das PICs no país, contudo, não podemos ser taxativo nas afirmativas de que há considerável crescimento das PICs, ou mesmo, que esse está atrelado à indução da União ou estados.

Nesse sentido, parece ainda controverso ou prematuro afirmar que os instrumentos normativo-técnico induzem o crescimento das PICs no SUS, ainda mais quando verifica-se que tal fragilidade ainda é bem significativa – terceiro motivo mais prevalente. Tais instrumentos ainda são insuficientes no auxílio ao gestor municipal aspirante à implantação de serviços PICs.

Relativo ao financiamento, pode-se inferir que as formas estabelecidas para as PICs, mesmo que numa constante crescente, ainda são inadequadas e insuficientes no incentivo a ampliação da institucionalização das PICs. Visto que, as principais formas de contribuições financeiras derivam de pagamento de consultas e procedimentos, que por sua vez constituem formas de custeio e não de incentivo.

Outra questão conclusiva é sobre a formação de recursos humanos, o que implica diretamente na insuficiência de praticantes integrativos formados. O fato pode ser explicativo para a vultuosa prevalência de gestores que afirmam não implantar serviços PICs porque falta profissionais qualificados. Contudo, a situação pode revelar a disputa ideológica entre o saber integrativo e o saber biomédico.

As informações aqui levantadas podem explicar, em parte, o lento processo de institucionalização das PICs no SUS. Adicionalmente, o trabalho contribui para análise e desenvolvimento de futuras estratégias de enfrentamento das barreiras citadas pelos gestores como impeditivas para implantação da oferta de serviços PICs.

REFERENCIAS

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>.

BARDIN, Laurence (1977). **Análise de conteúdo**. Trad. Sob a direção de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPI**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 196 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, fevereiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento Nacional** – Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. **Informe / novembro de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_novembro_PICsS.pdf Acessado: em 16 de setembro de 2017 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. **Informe / Maio de 2017**. Brasília, 2017a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf Ac essado: em 16 de setembro de 2017

BRASIL. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a. 96 p. : il.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. 4, p. 679-684, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.

CAVALCANTI, F. et. al. **Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS: Histórico, Avanços, Desafios e Perspectivas.** In: **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação.** BARRETO (Org.). Recife. Ed. UFPE, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>.

CHAVES, Laura Milena Fortunato. **Oferta e distribuição das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil: um olhar sobre o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.** Trabalho de conclusão de curso (Residência em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife. 2015.

CHRISTENSEN, Marisa Corrêa; BARROS, Nelson Filice de. **Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, p. 97-105, mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100012>.

CLAVIJO USUGA, Carmen Raquel. **Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos.** latreia, Medellín , v. 24, n. 1, p. 5-15, mar. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932011000100001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 nov. 2016.

CONTATORE, Octávio Augusto et al . **Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3263-3273, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>.

COSTA, Christiane Gasparini Araújo et al. . **Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde.** Ciênc.

saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3099-3110, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003099&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00352015>.

GALHARDI, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filice de; LEITE-MOR, Ana Cláudia Moraes Barros. **O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 213-220, Jan. 2013 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100022>.

GARCIA SALMAN, Jorge Daniel. **Consideraciones sobre la Medicina Natural y Tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano.** Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana , v. 39, n. 3, p. 540-555, sept. 2013 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300010&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 nov. 2016.

IBGE. Produto Interno Bruto dos Municípios: 2010-2014. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?edicao=9089&t=downloads>. Acessado em: 13 de janeiro de 2017.

KOOREMAN P, BAARS EW. **Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer.** Eur. J. Health Econ. 2011. Jun 22. Disponível em: http://download.springer.com/static/pdf/293/art%253A10.1007%252Fs10198-011-0330-.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10198-011-0330-2&token2=exp=1485207796~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F293%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10198-011-0330-2.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10198-011-0330-2*~hmac=e67840c4d5b9a751afc40e198782eff3ca11617d8a27185a65508dbdc95417f3. Acessado em 23 de jan. 2016.

LOVERA ARELLANO, A. A. **Regulación en medicina alternativa y complementaria en América Latina: experiencia y reglamentación en países seleccionados.** Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MARQUES, A. M. P. et. al. **Confluência das práticas alternativas de saúde: caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal.** Brasília: Unb/ObservaRH/Nesp, 2012.

MARTINS, P. H. **Bien Vivir, uma metáfora que libera a experiência sensível dos Direitos Coletivos na Saúde.** Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, v. 16, p. 12-23, 2014.

MATTOS, Ruben Araujo de; COSTA, Nilson do Rosário. **Financiando o SUS: algumas questões para o debate.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 1, n. 2, p. 315-333, Sept. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000200008>.

MENENDEZ, Eduardo L.. **Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder.** Salud Colectiva, Lanús , v. 11, n. 3, p. 301-330, Sept. 2015 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.719>.

NAGAI, Silvana Cappelletti; QUEIROZ, Marcos de Souza. **Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1793-1800, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300015>.

NIGENDA, Gustavo et al. **La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia.** Salud pública Méx, Cuernavaca , v. 43, n. 1, p. 41-51, Feb. 2001 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342001000100006>.

OMS; **Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005.** Gienebra, 2002.

OMS; **Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023.** Hong Kong, 2013.

ONU; Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade de Informação sob auspicio da UNESCO. Núcleo de informação e coordenação do ponto BR. Comitê gestor da internet no Brasil. 2016. **Panorama Setorial da Internet: Acesso à internet no Brasil – Desafios para conectar toda população.** Disponível em: http://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/6/Panorama_Setorial_11.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2017.

QUICO, Alejandro Vela; **Medicina Tradicional Andina. Arequipa.** Perú, 2011 Disponível em: http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/medicina_tradicional_andina-definiciones_operacionales_de_los_sistemas_de_salud_alejandro_vela_quico.pdf. Acessado em: 22 de novembro de 2016.

SAMPAIO, A. T. L. **Educação em saúde: caminhos para formação integrativa.** In: Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. BARRETO (Org.). Recife. Ed. UFPE, 2014.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3011-3024, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>

SILVA, R. M. et al. **Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP).** Saude soc., São Paulo , v. 25, n. 1, p. 108-120, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100108&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016143402>.

TESSER, C. D. **Práticas complementares, rationalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Aug. 2009a. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>.

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

TESSER, C. D; SOUSA, I. M. C.. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas.** Saude soc., São Paulo , v. 21, n. 2, p. 336-350, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008>.

Theodorsson-Norheim, E. **Kruskal-Wallis test: BASIC computer program to perform nonparametric one-way analysis of variance and multiple comparisons on ranks of several independent samples.** In Computer Methods and Programs in Biomedicine, Volume 23, Issue 1, 1986, Pages 57-62. Acessado em 28 de novembro de 2017. Disponível em: ISSN 0169-2607, [https://doi.org/10.1016/0169-2607\(86\)90081-7](https://doi.org/10.1016/0169-2607(86)90081-7).

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S.. **Nota Técnica nº28: Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Governo Federal. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Economia Aplicada. Brasília, 2016.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A taxa de resposta para o questionário online aplicado no AVAPICS apresenta proporções animadoras (29%), maior taxa já alcançada se compararmos estudos relacionados à investigação sobre a oferta de serviços PICs (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; CHAVES, 2015). Poderíamos considerar que a diversidade de estratégias de coleta possibilitaram o resultado.

Quanto à taxa de ausência de serviços PICs, observa-se que ficam entre 73% e 75%, ou seja, cerca de 4.178 municípios brasileiros não ofertam qualquer serviços PICs. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram menor e maior taxa de ausência, respectivamente. E na análise dos Motivos, verifica-se, que 94% dos gestores municipais demonstram certo interesse em implantar serviços PICs na sua rede de saúde e que não o fazem por enfrentarem determinados desafios. Nesse sentido, o desinteresse ou descrença nos serviços PICs não é argumento vigoroso que justifique a não implantação no SUS.

Os dados quantitativos dos sistemas de informações (BRASIL, 2014) e diagnósticos (BRASIL, 2014; CHAVES, 2015), assim como os informes (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017), revelam indícios de aumento no processo de institucionalização das PICs no país, contudo, não podemos ser taxativo nas afirmativas de que há considerável crescimento das PICs, ou mesmo, que esse está atrelado à indução da União ou estados. Parece ainda controverso ou prematuro afirmar que os instrumentos normativo-técnico induzem o crescimento das PICs no SUS, ainda mais quando verifica-se que tal fragilidade ainda é bem significativa. Tais instrumentos ainda são insuficientes no auxílio ao gestor municipal aspirante à implantação de serviços PICs.

Por conseguinte, pode-se inferir que as formas de financiamento estabelecidas para as PICs, mesmo que numa constante crescente, ainda são inadequadas e insuficientes no incentivo a ampliação da institucionalização das PICs. Visto que, as principais formas de contribuições financeiras derivam de pagamento de consultas e procedimentos, que por sua vez constituem formas de custeio e não de incentivo.

Outra questão conclusiva é sobre a formação de recursos humanos, o que implica diretamente na insuficiência de praticantes integrativos formados. O fato pode ser explicativo para a vultuosa prevalência de gestores que afirmam não implantar serviços PICs porque falta profissionais qualificados. Contudo, a situação pode revelar a disputa ideológica entre o saber integrativo e o saber biomédico.

As informações aqui levantadas podem explicar, em parte, o lento processo de institucionalização das PICs no SUS. Adicionalmente, o trabalho contribui para análise e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das barreiras citadas pelos gestores como impeditivas para implantação da oferta de serviços PICs.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ C, Luz Stella. **El uso de medicina alternativa y medicina tradicional en Medellín, 2005.** Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Medellín , v. 25, n. 2, p. 100-109, July 2007 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Nov. 2016.
- ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica.** Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>.
- ARDILA JAIMES, Claudia Patricia. **La Medicina Tradicional China en la prevención de la enfermedad.** Rev. Cienc. Salud, Bogotá , v. 13, n. 2, p. 275-281, May 2015 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732015000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud13.02.2015.15>.
- BARDIN, Laurence (1977). **Análise de conteúdo.** Trad. Sob a direção de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BARRANCO PEDRAZA, Leonor María; BATISTA HERNANDEZ, Ismet Lidia. **Contribución social de la Medicina Tradicional y Natural en la salud pública cubana.** Rev Hum Med, Ciudad de Camaguey , v. 13, n. 3, p. 713-727, dez. 2013 . Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2016.
- BARROS, N. F. **Práticas integrativas em saúde: a Margem, o Núcleo e a Ambivalência.** In: Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. BARRETO (Org.). Recife. Ed. UFPE, 2014.
- BORGES, Moema da Silva; **Incorporação do saber de parteiras e benzedeiras às práticas de saúde.** Com. Com. Ciências Saúde. 2008;19(4):323-332, out. 2008. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1770/6/ARTIGO_IncorporacaoSaberParteiras.PDF. Acessos em 21 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. **Informe / novembro de 2016.** Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_novembro_PICsS.pdf Acessado: em 16 de setembro de 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no

SUS. Informe / Maio de 2017. Brasília, 2017a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf Acessado: em 16 de setembro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006-2010.** Brasília: Ministério da Saúde, fevereiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento Nacional –** Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas. Complementares. PMNPC.** Resumo executivo. Brasília, fevereiro de 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1

BRASIL. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a 96 p. : il.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS.** Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 36 p. : il.

BRASIL. **Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017.** Brasília, 2017b.

BRASIL. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 1986.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. 4, p. 679-684, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.

CASTRO MARTINEZ, Julio; MEDEROS LUIS, Isabel Idania; GARCIA GONZALEZ, Aracely. **Integración de contenidos de Medicina Natural y Tradicional desde una perspectiva interdisciplinaria.** EDUMECENTRO, Santa Clara , v. 8, supl. 1, p. 87-93, feb. 2016 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000500008&lng=es&nrm=iso>. accedido en 21 nov. 2016.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. **Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método.** Informação & Sociedade: Estudos, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000>. Acessado em 31 de janeiro de 2017.

CAVALCANTI, F. et. al. **Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS: Histórico, Avanços, Desafios e Perspectivas.** In: Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. BARRETO (Org.). Recife. Ed. UFPE, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>.

CHAVES, L. M. F. **Oferta e distribuição das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil: um olhar sobre o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.** Trabalho de conclusão de curso (Residência em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife. 2015.

CHRISTENSEN, Marisa Corrêa; BARROS, Nelson Filice de. **Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, p. 97-105, mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5502201000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-5502201000100012>.

CLAVIJO USUGA, Carmen Raquel. **Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos.** latreia, Medellín , v. 24, n. 1, p. 5-15, mar. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932011000100001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 nov. 2016.

CONTATORE, Octávio Augusto et al . **Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3263-3273, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.0032015>.

COSTA, Christiane Gasparini Araújo et al . . **Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3099-3110, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003099&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00352015>.

CUBA; Ministerio de Justicia. **Resolución No. 381.** Gaceta Oficial de la República de Cuba, No. 17 Extraordinaria. 20 de mayo de 2015 [citado 3 Agost 2015].http://www.juventudtecnica.cu/sites/default/files/materiales%20periodisticos/GO_X_17_2015.pdf

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200004>.

GALHARDI, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filice de; LEITE-MOR, Ana Cláudia Moraes Barros. **O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 213-220, Jan. 2013 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100022>.

GARCIA SALMAN, Jorge Daniel. **Consideraciones sobre la Medicina Natural y Tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano.** Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana , v. 39, n. 3, p. 540-555, sept. 2013 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300010&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 nov. 2016.

GØTZSCHE, P. C. **Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacéutica corrompeu a assistência médica** [recurso eletrônico] / Peter C. Gøtzsche ; tradução: Ananyr Porto Fajardo ; revisão técnica: Daniel Knupp Augusto. -Porto Alegre : Bookman, 2016.

HERNANDEZ-VELA, Sergio; URREGO-MENDOZA, Diana Zulima. **Caracterización de los niveles de empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa en Bogotá.** Rev.fac.med., Bogotá , v. 62, n. 3, p. 1-24, July 2014 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43927>.

IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios: 2010-2014.** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?edicao=9089&t=downloads>. Acessado em: 13 de janeiro de 2017.

KOOREMAN P, BAARS EW. **Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer.** Eur. J. Health Econ. 2011. Jun 22. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/293/art%253A10.1007%252Fs10198-011-0330-.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10198-011-0330-2&token2=exp=1485207796~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F293%2Fart%25253A10.1007>

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso. access on 16 Dec. 2016. Epub Mar 10, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. **Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, n. 49, p. 261-272, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Dec. 2016. Epub Mar 10, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>.

LÓPEZ GONZÁLEZ, I.; PÉREZ GONZÁLEZ, M.; ARTILES LÓPEZ, L. **La Homeopatía como modalidad terapéutica en América: un recuento histórico necesario.** Edumecentro;8(supl.1):74-86, feb. 2016. ilus. Disponible em http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000500007&lang=pt. accedido en 05 nov. 2016.

Luz, M. T. **Novas práticas em saúde coletiva.** In: MINAYO, M.C.S; COIMBRA JR, C.E.A., orgs. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541- 061-X. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acessado em 16 Ago 2017, diponivel em: <http://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf>

MARQUES, A. M. P. et. al. **Confluência das práticas alternativas de saúde: caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal.** Brasília: Unb/ObservaRH/Nesp, 2012.

MARTINS, P. H. **Bien Vivir, uma metáfora que libera a experiência sensível dos Direitos Coletivos na Saúde.** Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, v. 16, p. 12-23, 2014.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina: Crítica sociológica das práticas médicas modernas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. Cap. 03

MARTINS, P. H. **O Movimento das Terapias Alternativas: E sua importância na emancipação do paradigma da promoção na saúde.** In: **Aventuras Antropológicas no Campo da Saúde.** Puttini R. F. (Org.) ; ALBUQUERQUE, L. M. B. (Org.) 01. ed. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2013. v. 01.

MATTOS, Ruben Araujo de; COSTA, Nilson do Rosário. **Financiando o SUS: algumas questões para o debate.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 1, n. 2, p. 315-333, Sept. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000200008>.

MENENDEZ, Eduardo L.. **Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder.** Salud

Colectiva, Lanús , v. 11, n. 3, p. 301-330, Sept. 2015 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.719>.

NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. **Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1793-1800, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300015>.

NIGENDA, Gustavo et al. **La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia.** Salud pública Méx, Cuernavaca , v. 43, n. 1, p. 41-51, Feb. 2001 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342001000100006>.

NOGUEIRA, M. I. **Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade.** In: Por uma sociedade cuidadora. PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. (org.) Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010. Disponível em: <http://racionaismedicas.pro.br/wp-content/uploads/2011/06/Racionalidades-Medicas-e-Formação-em-Saúde-um-caminho-para-a-Integralidade.pdf>. Acessado em: 29 nov. 2016.

OMS; **Declaração de Alma Ata.** 1978.

OMS; **Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005.** Gienebra, 2002.

OMS; **Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023.** Hong Kong, 2013.

ONU; Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade de Informação sob auspicio da UNESCO. Núcleo de informação e coordenação do ponto BR. Comitê gestor da internet no Brasil. 2016. **Panorama Setorial da Internet: Acesso à internet no Brasil – Desafios para conectar toda população.** Disponível em: http://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/6/Panorama_Setorial_11.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2017.

PAGE, J.T. P. **Política sanitaria y legislación en materia de medicina indígena tradicional en México.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, p. 202-211, June 1995 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000200004>.

PANDIS, N. **The chi-square test.** In American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Volume 150, Issue 5, 2016, Pages 898-899. Acessado em

28 de novembro de 2017. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889540616304498>

PASCUAL CASAMAYOR, D. **Algunas consideraciones sobre el surgimiento y la evolución de la medicina natural y tradicional.** MEDISAN, Santiago de Cuba , v. 18, n. 10, p. 1467-1474, oct. 2014 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000019&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 nov. 2016.

PUTTINI, R. F; **Curandeirismo, curandeirices, práticas e saberes terapêuticos: reflexões sobre o poder médico no Brasil.** Revista de Direito Sanitário, v. 11, n. 3 p. 32-49, Nov. 2010/Fev. 2011.

QUICO, A. V; **Medicina Tradicional Andina.** Arequipa, Perú, 2011 Disponível em: http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/medicina_tradicional_andina-definiciones_operacionales_de_los_sistemas_de_salud_alejandro_vela_quico.pdf. Acessado em: 22 de novembro de 2016.

RODRIGUEZ DE LA ROSA, G.; PINO GARCIA, A. **El método clínico en Medicina Tradicional y Natural.** AMC, Camagüey , v. 19, n. 5, p. 539-550, oct. 2015 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000500013&lng=es&nrm=iso>. accedido en 23 nov. 2016.

ROJAS OCHOA (a), F. et al. . El debate sobre la Medicina Natural y Tradicional y sus implicaciones para la salud pública. Rev. cub. salud pública, La Habana , v. 39, n. 1, p. 107-123, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Nov. 2016.

ROJAS OCHOA (b), F. et al. **La Medicina Natural y Tradicional y la Medicina Convencional no responden a paradigmas en pugna.** Rev. cub. salud pública, La Habana , v. 39, n. 3, p. 571-587, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2016.

ROJAS-ROJAS, A. **Servicios de medicina alternativa en Colombia.** Rev. salud pública, Bogotá , v. 14, n. 3, p. 470-477, June 2012 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Jan. 2017.

SAMPAIO, A. T. L. **Educação em saúde: caminhos para formação integrativa.** In: **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação.** BARRETO (Org.). Recife. Ed. UFPE, 2014.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna.** Estud. av., São Paulo , v. 2, n. 2, p. 46-71, Aug. 1988 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007>.

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, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3011-3024, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>

SILVA, R. M. et al. **Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP).** Saude soc., São Paulo , v. 25, n. 1, p. 108-120, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100108&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016143402>.

SOUSA, I. M. C. et al. **Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 11, p. 2143-2154, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100014>.

SOUSA, I. M. C. **Medicina alternativa nos serviços públicos de saúde: A prática da massagem na área programática 3.1 no município do Rio de Janeiro.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. **Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 393-405, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000200007>.

TEIXEIRA, M. Z. **Homeopatia: desinformação e preconceito no ensino médico.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 31, n. 1, p. 15-20, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100003>.

TELESI JUNIOR, E. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS.** Estud. av., São Paulo , v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>.

TESSER, C. D. **Práticas complementares, rationalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Aug. 2009S. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2009000800009&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>.

TESSER, C. D. **Três considerações sobre a "má medicina".** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, n. 31, p. 273-286, Dec. 2009b . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Dec. 2016.

TESSER, C. D; BARROS, N. F. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>.

TESSER, C. D; LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e integralidade.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 195-206, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.

TESSER, C. D; POLI NETO, P; CAMPOS, G. W. S. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.

TESSER, C. D; SOUSA, I. M. C. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas.** Saude soc., São Paulo , v. 21, n. 2, p. 336-350, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008>.

THIAGO, S. C. S; TESSER, C. D. **Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 249-257, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2017. Epub Jan 26, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Nota Técnica nº28: Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Governo Federal. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Economia Aplicada. Brasília, 2016.

WITTER, N. A. **Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura.** Tempo, Niterói , v. 10, n. 19, p. 13-

25, Dec. 2005 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042005000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-77042005000200002>.

ANEXO

 Serviços em práticas integrativas e complementares no SUS

Luigi Santos

Questionários Extração para XLS Relatórios Controle de Acesso Download Formulários  Sair

PICSUS - Questionário

1 - Informações sobre o Município

1 - IDENTIFICAÇÃO:

1.1 - Número do Questionário : 1702 (Geração automática após salvar a 1a. página)

1.2 - UF :

1.3 - Código do Município :

2. RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:

2.1 - Quem é o responsável pelo preenchimento das informações ?

0 - Sem informação
 1 - Gerente da unidade
 2 - Coordenador de políticas de PICS
 3 - Coordenador de atenção básica
 4 - Secretário de saúde
 5 - Outro

enfermeiro

2.2 - e-mail do responsável pelo preenchimento das informações:

3. IDENTIFICAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS 

3.1. O seu município possui oferta de práticas integrativas e complementares sob gestão municipal no SUS?

2 - Não

3.1.1- Descreva o motivo de seu município não possuir oferta de práticas integrativas e complementares nos estabelecimentos públicos de saúde:

falta de adesão ao programa.

Confirmar Informações

Questionários Extração para XLS Relatórios Controle de Acesso  Download Formulários  Sair

PICSUS - Questionário - Cadastro de Práticas Integrativas e Complementares

1 - Informações sobre o Município 2 - Práticas Integrativas e Complementares 3 - Informações sobre os Profissionais

Para incluir uma nova prática clique no botão abaixo "Incluir nova prática"

[Incluir nova prática](#)

Nº	Prática	Alterar	Excluir
1	LIAN GONG  		

 

4 - INFORME A PRÁTICA INTEGRATIVA OU COMPLEMENTAR OFERTADA NOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE 

Nome da Prática : LIAN GONG 

5 - ONDE ?

ALTA COMPLEXIDADE

Hospitais
 Outro

MÉDIA COMPLEXIDADE

Policlínicas
 Centro de especialidade
 Unidade de PICS
 Outro

ATENÇÃO BÁSICA

UBS - ESF 
 UBS - Tradicional 
 Outro

6 - COMO SE DÁ O ATENDIMENTO AO PÚBLICO?

Demanda espontânea
 Demanda referenciada

7 - MODALIDADES DE OFERTA DA PRÁTICA

Consulta/atendimento/atividade individual
 Consulta/atendimento/atividade coletiva
 Ação de educação e promoção em saúde
 Educação permanente para profissionais da rede

[Confirmar Informações - Retornar para lista de práticas](#)

8. NORMATIVA LEGAL DE ESTABELECIMENTO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO

8.1 - Existe normativa legal que cria ou implanta serviços ou estabelecimentos de práticas integrativas e complementares no seu município?

9. GESTÃO DA POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES OU EQUIVALENTE

9.1 - Existe no seu município coordenação ou gerência para a gestão da política de práticas integrativas e complementares ou equivalente?

9.2 - Como se caracteriza a coordenação ou gerência para a gestão da política de práticas integrativas e complementares ou equivalente?

- 0 - Sem informação
- 1 - FORMAL - Exclusiva - só gerencia ou coordena a política de PIC
- 2 - FORMAL - Associada a outra função, gerência, coordenação
- 3 - INFORMAL - Exclusiva - só gerencia ou coordena a política de PIC
- 4 - INFORMAL - Associada a outra função, gerência, coordenação
- 9 - Não se aplica

1 - Coordenação formal EXCLUSIVA

2 - Coordenação formal ASSOCIADA

3 - Coordenação informal EXCLUSIVA

4 - Coordenação informal ASSOCIADA

10. FINANCIAMENTO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTÁRIAS

10.1 - Financiado por produção via SIA e SIH ?

10.2 - Financiado com recursos próprios do município ?

10.2.1 - O financiamento consta no orçamento municipal ?

10.3 - Outra fonte de financiamento ?

11. EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS:

11.1 - Número de profissionais que trabalham com PICs ?

11.1.1 - Destes profissionais, quantos trabalham exclusivamente com PICs?

11.2 - Tipo de vínculo

- Contrato CLT
- Servidor público
- Contrato temporário
- Voluntário

11.3 - Os profissionais têm formação específica ?

11.4 - Carga horária

- Menos de 20h semanais
- 20h semanais
- 30h semanais
- 40h semanais
- Mais 40h semanais

11.5 - Quais os profissionais atuam nos serviços?

- Assistente Social
- Biólogo
- Biomédico
- Educador Físico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Médico
- Médico Veterinário
- Nutricionista
- Cirurgião dentista
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Outro

Agente Comunitario

12. COLOQUE OUTRAS INFORMAÇÕES QUE CONSIDERE PERTINENTE:

[Confirmar Informações](#)